

Rôle infirmier dans la prise en charge des douleurs chroniques des personnes âgées



Travail personnel écrit présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'Infirmier

- 2 -

FERNBACH Anaïs

Promotion 2003-2006

Rôle infirmier dans la prise en charge des douleurs chroniques des personnes âgées

Travail personnel écrit présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'Infirmier

Institut de Formation en Soins Infirmiers
HOPITAUX CIVILS DE COLMAR

Remerciements

« Sois sage, ô ma douleur,
et tiens-toi plus tranquille »

Charles Baudelaire, Les Fleurs du Mal

Je voudrais remercier Mme Patricia SCHMITT pour m'avoir accompagnée et conseillée pour l'élaboration de ce travail de fin d'études.

De même, je suis très reconnaissante envers les infirmiers qui ont bien voulu répondre à mon questionnaire.

Enfin, je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont également aidée, de près comme de loin, à l'élaboration de ce travail, et notamment ma mamie qui m'a prêté ses mains pour l'illustration de la page de couverture ainsi que ma maman qui a eu la patience de me soutenir pendant mes études et encore plus durant la rédaction de ce travail de fin d'études, et David mon ami qui m'a encouragée lorsque j'en avais besoin.

Sommaire

**« Celui qui ne se soucie pas des souffrances d'autrui
ne vaut pas mieux qu'un meurtrier »**

Péladan

Introduction

1. CADRE CONCEPTUEL

- 1.1. Cadre législatif
- 1.2. L'infirmier
- 1.3. La douleur
- 1.4. Evaluation de la douleur
- 1.5. Prise en charge médicamenteuse de la douleur chronique
- 1.6. Prise en charge non médicamenteuse de la douleur chronique

2. EXPLORATION DE LA QUESTION DE RECHERCHE

- 2.1. Méthode utilisée : questionnaires
- 2.2. Résultats de mes questionnaires

3. ANALYSE

- 3.1. Epidémiologie et principales étiologies des douleurs chroniques
- 3.2. Place de la prise en charge des douleurs chroniques dans les services
- 3.3. Formation du personnel infirmier
- 3.4. Evaluation de la douleur
- 3.5. Soins du rôle propre effectués par les soignants
- 3.6. Ressenti des soignants par rapport à la prise en charge des douleurs chroniques
- 3.7. Propositions pour améliorer cette prise en charge

Conclusion

Introduction

« La douleur, elle est patiente,
mais quand elle vient c'est pour longtemps,
ne la méprise pas. »

André Major, Le vent du diable

Dans le cadre de l'épreuve écrite du Diplôme d'Etat d'Infirmier, il m'est demandé de rédiger un Travail de Fin d'Etudes sur le thème de mon choix.

Avant de faire la formation à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers, j'ai travaillé un an en service de Médecine Interne Gériatrique en tant qu'Agent de Service Hospitalier, où j'ai pu observer la prise en charge des personnes âgées. Ces patients avaient souvent un point commun : il s'agit de la douleur chronique. En effet, l'âge moyen des patients de ce service étant de 75 ans, bon nombre d'entre eux accumulaient les pathologies et de par la nature même de l'homme, leurs corps devenaient plus fragiles.

L'une des patientes, Mme K., m'avait particulièrement interpellée. Elle devait avoir 80 ans à l'époque. Elle souffrait de pathologies multiples associées et venait de se fracturer la jambe à la suite d'une chute : la voilà accablée d'une douleur supplémentaire ! Cette dame a été prise en charge par l'équipe pluridisciplinaire : le médecin, les infirmiers, les aide-soignants, le kinésithérapeute, les psychologues et les ergothérapeutes.

Malgré la persistance des douleurs, j'ai observé une nette évolution de l'état de la patiente. J'ai trouvé que l'équipe pluridisciplinaire avait eu un rôle très important dans l'amélioration du confort et par conséquent de l'état général de la patiente.

Au regard de cette situation professionnelle, l'idée s'est imposée à moi que ma problématique serait :

« *Quel est le rôle infirmier dans la prise en charge des douleurs chroniques des personnes âgées ?* »

Dans ma première partie, je présenterai une vue d'ensemble se rapportant à ma problématique, en rappelant notamment le cadre législatif ainsi que la définition des différents termes du sujet, et je déterminerai quelles actions de soins peuvent être effectuées par les infirmiers en développant davantage celles de leur rôle propre.

Dans ma deuxième partie, je présenterai le travail effectué auprès des infirmiers et j'analyserai les données obtenues.

Les objectifs de ce travail sont dans un premier temps d'étudier les moyens à la disposition de l'infirmier pour tenter d'optimiser la prise en charge des douleurs chroniques, tant par son rôle en collaboration avec le médecin que par son rôle propre.

Ensuite, cet exercice me permettra d'étudier la prise en charge effective des douleurs chroniques dans les services de soins, et par ce biais de cibler quelles sont les actions encore à développer pour améliorer ce problème de santé publique.

Cadre conceptuel

« On peut tout dominer : la douleur, la maladie,
il n'y a que la mort qui nous échappe »

Anne Bernard, L'amour sans passeport

1. CADRE CONCEPTUEL

1.1. Cadre législatif

- Décret n°2004-11-28-802¹ du 29/07/2004 extrait du Code de la Santé Publique, 4e partie, Livre III, Titre Ier, relatif à la profession d'infirmier et à l'exercice de la profession et aux actes infirmiers²
Art R.4311-2 alinéa 5 « Les soins infirmiers [...] ont pour objet [...] de participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur ».
Art R.4311-5 alinéa 19 « Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier [...] dispense les soins visant [...] à assurer le confort de la personne [...] : évaluation de la douleur ».
Art R.4311-8 « L'infirmier [...] est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés, signés par un médecin ».
- Charte du malade hospitalisé contenu dans la Circulaire DGS/DH n°95-22 du 6 mai 1995³
Art 2 (Soins)⁴ « Au cours de ces traitements et soins, la prise en compte de la dimension douloureuse, physique et psychologique des patients et le soulagement de la souffrance doivent être une préoccupation constante de tous les intervenants. Tout établissement doit se doter des moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'il accueille et intégrer ces moyens dans son projet d'établissement, en application de la loi n°95-116 du 4 février 1995 ».
- Loi 2002-303 du 4 mars 2002⁵ relative au droit des malades, Titre II, Chap 1, Art 3⁶
Art. L. 1110-5 « Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée ».
- Circulaire DGS/DH n°98/586 du 22 septembre 1998⁷ relative à la mise en oeuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur 1998-2001⁸
Objectifs : - prise en compte de la demande du patient.
 - développement de la lutte contre la douleur dans les structures de santé et les réseaux de soins.
 - développement de la formation et information des professionnels de santé sur l'évaluation et le traitement de la douleur.
 - information du public.

1 TEXTES OFFICIELS SEFIEC - « L'actualité réglementaire dans le domaine infirmier » - www.cefiec.fr/ressources/textes/infirmiers.htm, consultation le 29/06/2005.

2 Cf Annexe I.

3 ASSISTANCE PUBLIQUE - HOPITAUX DE PARIS - « Charte du patient hospitalisé » - www.aphp.fr/site/droits/documents/charte.pdf, consultation le 02/07/2005.

4 Cf Annexe II.

5 LEGIFRANCE « Le service public de l'accès au droit » www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=MESX0100092L, consultation le 02/07/2005.

6 Cf Annexe III.

7 MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES - « Lutte contre la douleur » - www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/douleur/2-lutte/34_980307.htm, consultation le 02/07/2005.

8 Cf Annexe IV.

- Circulaire DHOS/E2 n°2002-266 du 30 avril 2002⁹ relative à la mise en oeuvre du Programme National de Lutte contre la Douleur 2002-2005¹⁰
Objectifs : - associer les usagers par une meilleure information.
 - améliorer l'accès du patient souffrant de douleurs chroniques rebelles à des structures spécialisées.
 - amener les établissements de santé à s'engager dans un programme de prise en charge de la douleur.
 - renforcer le rôle infirmier, notamment dans la prise en charge de la douleur provoquée.

1.2. L'infirmier

L'infirmier¹¹ se définit comme une « personne diplômée, exerçant la profession d'auxiliaire médical, soignant les malades et pouvant participer à différentes activités en matière de prévention, éducation à la santé, formation ou encadrement »¹².

1.3. La douleur

1.3.1. Définition de la douleur chronique

Selon l'*International Association for the Study of Pain (IASP)*, la douleur se définit par une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage ».¹³

Deux types de douleurs existent :

- *douleur aiguë* : elle correspond habituellement à une lésion tissulaire, et a un rôle d'alarme, faisant percevoir à l'individu qu'une menace potentielle existe pour lui.
- *douleur chronique* : c'est une maladie à part entière, qui se définit comme une douleur quotidienne, existant depuis plus de trois mois, rebelle aux traitements antalgiques usuels.

1.3.2. Physiopathologie de la douleur

On dénombre trois types de douleurs¹⁴ :

- *Douleurs par excès de nociception* : les nocicepteurs périphériques (peau, muscles, tissus conjonctifs, viscères) sont activés en temps normal pour avertir le sujet d'une agression de l'organisme, afin qu'il ait une réaction adaptée comme par exemple retirer sa main au toucher d'un objet brûlant. Dans le cas des douleurs chroniques, ces nocicepteurs sont activés excessivement, en raison de lésions des tissus périphériques.

9 MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES - « Le programme de lutte contre la douleur 2002-2005 »

www.sante.gouv.fr/htm/actu/douleur/prog/htm, consultation le 02/07/2005.

10 Cf Annexe V.

11 Lire partout infirmier / infirmière.

12 GARNIER, Marcel; DELAMARE, Jacques – Dictionnaire des termes de médecine – 27e édition – Paris, Maloine, 2003, p. 435.

13 DEYMIER, Valérie – L'infirmière et la douleur – Paris, Institut UPSA de la douleur, 2000, p.12.

14 BEITZ, Brigitte - La douleur cancéreuse - Cours à l'Institut de Formation en soins infirmiers de Colmar, le 24 mars 2006.

- *Douleurs de désafférentation* : elles sont causées par des lésions du système nerveux périphérique ou central et se manifestent par des signes tels que «hypoesthésie (déficit de la sensibilité globale), anesthésie (absence de sensibilité), allodynie (douleur produite par un stimulus non nociceptif), hyperalgésie (sensibilité douloureuse exagérée), hyperesthésie (sensibilité cutanée exagérée) »¹⁵.
- *Douleurs psychogènes* : les douleurs proviennent d'une activation centrale d'origine émotionnelle qui provoque alors un phénomène périphérique.

1.3.3. Principales étiologies de la douleur chronique

- Rhumatismes, arthrose.
- Cancer.
- Zona.
- Artérite.
- Neuropathies.
- Crampes.
- Pseudo-polyarthrite rhizomélique.
- Escarres.

1.3.4. Douleur et personnes âgées

- **Définition de la personne âgée** : selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l' « âge de la vieillesse est de 65 ans et plus »¹⁶. Cependant, grâce notamment aux progrès de la médecine, la population tend à vieillir et de ce fait, les limites de mon sujet se situeraient plutôt au dessus de 80 ans.
- **Epidémiologie de la douleur en gériatrie** :
Il semblerait que « 40% à 80% des personnes âgées vivant en institution ont des douleurs chroniques »¹⁷, et qu'en règle générale, « 40 à 70% des personnes âgées présentent des douleurs chroniques »¹⁸.
- **Difficultés de prise en charge de la douleur des personnes âgées** :
Plusieurs facteurs sont à l'origine de ces difficultés : l'appréciation et l'expression de la douleur diminuent avec le vieillissement ; certaines personnes âgées considèrent la douleur, jusqu'à un certain niveau, comme faisant partie intégrante du vieillissement, et ne s'en plaignent donc pas ou très peu.

15 PRISER, Cécile - « La douleur » <http://www.infirmiers.com/etud/cours/anatphy/douleur.php>, consultation le 12/01/2006.

16 SECCALL, Agnès - « La personne âgée » http://www.unahfrance.org/personne_agee2.htm, consultation le 15/11/2005.

17 LEFEBVRE-CHAPIRO, Sylvie – La douleur en fin de vie, l'évaluer et la soulager - Soins gériatrie, mai/juin 2004, n°47, p.34-38.

18 SERRA, Eric ; DE BONVILLE, Pascale ; CAFFORT-DUPERRIER, Corine - Douleur et vieillissement : norme, fatalité ou défi soignant ? - Soins gériatrie, septembre/octobre2002, n°37, p.18-20.

De même, différents facteurs peuvent gêner l'appréciation de la douleur : absence de communication verbale, troubles de l'attention, confusion, troubles olfactifs ou visuels, démence . Dans ces cas-là, il est intéressant de relever des signes traduisant des douleurs tels que l'agitation, la confusion, ou tout autre changement de comportement.

Après avoir soulevé le problème de la difficulté à cerner la douleur des personnes âgées, je vais décrire les différentes techniques à la disposition de l'infirmier pour faire une évaluation de cette douleur.

1.4. Evaluation de la douleur

1.4.1. Echelles unidimensionnelles.

1.4.1.1. EVA (Echelle Visuelle Analogique)¹⁹

L'EVA se présente sous la forme d'une règle à deux faces orientées de gauche à droite sur laquelle se déplace un curseur.

Une face est destinée au patient, avec un trait de dix centimètres et un curseur qu'il doit déplacer entre les deux extrêmes : la gauche (absence de douleur) et la droite (douleur maximale imaginable).

L'autre face est destinée au soignant, qui peut alors lire l'intensité de la douleur du patient entre 0 et 10 grâce au curseur que le patient a positionné.

1.4.1.2. EVS (Echelle Verbale Simple)

L'évaluation se fait par un interrogatoire oral, sur le qualificatif de la douleur qu'il ressent. Le soignant propose une échelle imaginaire, avec par exemple des termes croissants qualifiant la douleur tels que « absente, faible, modérée, intense, extrêmement intense »²⁰. Le patient choisit alors l'un de ces termes pour décrire sa douleur.

C'est une échelle facilement compréhensible par le patient, mais elle reste trop peu précise.

1.4.1.3. EN (Echelle numérique)

Il s'agit pour le patient de donner une note à sa douleur entre 0 (absence de douleur) et 10 (douleur maximale imaginable).

¹⁹ Cf Annexe VI.

²⁰ COLLEGE DES ACTEURS EN SOINS INFIRMIERS - L'infirmier(e) et les soins palliatifs - Paris, Masson, 2005, p.142.

1.4.2. Echelles multidimensionnelles

1.4.2.1. Questionnaire douleur de Saint Antoine (QDSA)²¹

Ce document est composé de 61 mots répartis en 17 sous-classes pouvant décrire la douleur. Le patient doit d'abord cocher les adjectifs pouvant qualifier sa douleur (approche qualitative) puis noter de 0 à 4 l'intensité ressentie de chacun des mots cochés (approche quantitative).

Les adjectifs sont de deux types : sensoriel et affectif.

Ce questionnaire nécessite du temps pour être rempli et interprété, et est peu utilisé dans les services.

1.4.2.2. McGill Pain Questionnaire (MPQ)

Il s'agit de l'outil américain traduit et réadapté pour obtenir le QDSA.

Ce questionnaire comporte 78 adjectifs répartis en 20 sous-classes, qui permet aussi au soignant d'évaluer la douleur du patient de façon qualitative et quantitative.

1.4.3. Echelles comportementales

Il s'agit d'échelles d'hétéro-évaluation basées sur l'observation du comportement et des attitudes du patient par les soignants. Elles sont utilisées lorsque le patient ne communique pas ou n'est pas coopérant.

La cinétique des scores permet de suivre l'évolution de la douleur, d'évaluer l'efficacité du traitement antalgique et de le réadapter si besoin.

En moyenne, il faut un peu plus de 5 minutes au soignant pour remplir sérieusement l'échelle.

1.4.3.1. Doloplus 2²²

Elle comporte 10 items regroupés en 3 sous-groupes : 5 items somatiques, 2 items psychomoteurs, 3 items psychosociaux. Ils sont cotés selon 4 niveaux d'intensité progressive et exclusive, notés de 0 à 3.

Il s'agit donc d'une échelle d'évaluation quantitative de la douleur, avec un score variant au total de 0 à 30. On admet que le patient souffre de douleur pour un score supérieur ou égal à 5/30.

L'échelle est remplie au minimum 2 fois au cours de la journée, notamment lors de changements de comportement. L'idéal est de la remplir alternativement avec d'autres soignants, pour avoir une approche globale du malade.

21 Cf Annexe VII.

22 Cf Annexe VIII.

1.4.3.2. ECPA (Echelle Comportementale de la douleur chez la personne âgée)²³

L'échelle comporte 8 items avec 5 modalités de réponses cotées par ordre croissant de 0 à 4, proportionnellement à la douleur exprimée.

Le score varie alors de 0 (pas de douleur) à 32 (douleur maximale).

Il n'y a pas de seuil minimal pour affirmer une douleur.

L'ECPA est surtout utilisée avant et pendant les soins considérés comme douloureux, tels que la réfection de pansements.

La douleur une fois évaluée de façon la plus précise et la plus adéquate possible, il convient alors de la prendre en charge.

1.5. Prise en charge médicamenteuse de la douleur

1.5.1. Principes de base

Le traitement médicamenteux est prescrit par le médecin. Il est choisi selon l'intensité de la douleur, son étiologie, l'état du patient.

En effet, les personnes âgées peuvent avoir une fonction rénale altérée et il est important d'administrer des médicaments compatibles avec la modification du métabolisme de ces patients. De même, souvent les patients âgés souffrent de pathologies associées et il serait dangereux d'associer deux molécules contre-indiquées pour cause de risque d'interaction. Enfin les personnes âgées sont plus fragiles et plus à même de développer des effets indésirables suite aux traitements médicamenteux.

Au niveau des traitements antalgiques, l'OMS (Organisation mondiale de la santé)²⁴ décrit trois paliers²⁵:

- **Niveau I : analgésiques périphériques** (*Traitement des douleurs de modeste intensité, par exemple EVA 1 à 3*) :
Paracétamol (ex. Dafalgan®), Anti-inflammatoires Non Stéroïdiens (ex. Advil®), Aspirine.
- **Niveau II : analgésiques centraux faibles ou antalgiques opioïdes faibles** (*Traitement des douleurs moyennes, par exemple EVA 4 à 7*):
Codéine souvent associée au paracétamol (ex. Efferalgan codéiné®), Dextropropoxyphène associé au paracétamol (ex. Diantalvic®), Tramadol associé ou non au paracétamol (ex. Topalgic®).
- **Niveau III : analgésiques centraux forts ou antalgiques opioïdes forts** (*Traitement des douleurs de forte intensité, par exemple EVA >8*) :
Morphine (ex. Skénan®), Fentanyl (ex. Durogésic®), Oxycodone (ex. Oxycontin®).

²³ Cf Annexe IX.

²⁴ PRISER, Cécile - « La douleur » <http://www.infirmiers.com/etud/cours/anatphy/douleur.php>, consultation le 12/01/2006.

²⁵ Cf Annexe X.

A côté des antalgiques, d'autres traitements adjuvants sont prescrits :

- **Antidépresseurs** : ils potentialisent l'action des antalgiques, améliorent l'humeur ou sont prescrits pour corriger les troubles du sommeil associés aux douleurs (ex. Laroxyl®).
- **Antiépileptiques** : ils agissent sur les douleurs à type de décharges électriques (ex. Tégretol®).
- **Neuroleptiques** : ils ont une action sur l'anxiété et les contractures (ex. Haldol®).
- **Anxiolytiques** : ils diminuent l'anxiété et les contractures (ex. Lexomyl®).
- **Antiinflammatoires** : ils diminuent l'inflammation (ex. Voltarène®)
- **Corticoïdes** : ils ont une action stimulante, euphorisante (ex. Solumédrol®).

1.5.2. Surveillance de l'efficacité

L'efficacité thérapeutique du traitement antalgique repose sur l'évaluation de la douleur grâce aux outils décrits précédemment, avant le début du traitement et tout au long de son suivi.

Selon les résultats de cette évaluation, la prescription doit être rediscutée avec le médecin, afin de retirer tout médicament soit inutile, soit entraînant chez le patient des effets indésirables, ou au contraire d'augmenter les doses des traitements voire de changer de classe.

1.5.3. Détection des effets indésirables

Les effets indésirables potentiels varient selon la classe d'antalgique :

- *Paracétamol* : risque de réaction allergique.
- *Aspirine et AINS*: saignements digestifs, gastrite, ulcère gastrique.
- *Codéine et dextropropoxyphène*: somnolence, vertiges, nausées, constipation, difficultés respiratoires.
- *Tramadol* : nausée / vomissements, somnolence, céphalées, vertiges, hypersudation, constipation, dépression respiratoire.
- *Morphiniques* : nausées / vomissements, constipation, somnolence, voire dépression respiratoire, accoutumance, rétention urinaire.

1.6. Prise en charge non médicamenteuse de la douleur

1.6.1. Massages

Le massage se définit comme « un toucher manuel plus ou moins appuyé sur les muscles, à travers la peau, pratiqué de manière volontaire [...] dont le but peut être la détente, le bien-être corporel et psychique »²⁶

On utilise notamment des manœuvres à visée antalgique, favorisant le retour veineux, ou luttant contre l'oedème. Il est important de s'adapter à l'état local et général du patient. Les kinésithérapeutes sont formés aux massages et peuvent aussi conseiller les infirmiers sur les gestes de base à visée antalgique. Il existe aussi des formations spécifiques au toucher-massage²⁷, accessibles au personnel paramédical notamment.

²⁶ WIKIPEDIA « Massages » <http://fr.wikipedia.org/wiki/Massage>, consultation le 15/11/2005.

²⁷ SAVATOFSKI, Joël - « Ecole européenne du toucher-massage » - <http://www.toucher-massage.com/>, consultation le 02/10/2005.

Ainsi, grâce aux massages, les douleurs et raideurs articulaires diminuent, la peau devient plus élastique après application d'une crème hydratante, les démangeaisons peuvent s'atténuer. De même, les massages apportent au patient un bien-être qui se répercute sur le moral et donc sur son état psychologique. Enfin, les massages permettent bien souvent l'établissement d'une relation de confiance entre le patient et le soignant, permettant par la suite une prise en charge globale plus aisée et en particulier celle des douleurs chroniques.

1.6.2. Relation d'aide

La relation d'aide est une « relation professionnelle dans laquelle une personne doit être assistée pour opérer son ajustement personnel à une situation à laquelle elle ne s'adaptait pas. Ceci suppose de comprendre le problème dans les termes où il se pose pour tel individu singulier dans son existence singulière. Ceci suppose aussi d'aider la personne à évoluer dans le sens de sa meilleure adaptation possible »²⁸.

Parmi les outils de la relation d'aide, on compte « l'attitude, le regard, l'écoute, la synchronisation posturale et verbale, les questions fermées et ouvertes, la reformulation, la formulation d'hypothèses, l'observation, le toucher, les silences »²⁹.

Chacun de ces outils permet au patient d'exprimer directement ou indirectement sa douleur en bénéficiant de l'empathie du soignant.

En effet, le fait par exemple de se sentir écouté fait que le patient est en confiance et s'exprime plus librement sur son ressenti. Rien que de ne pas garder ses inquiétudes et appréhensions pour lui, le patient se sent moins seul, et sait qu'il peut faire confiance au soignant, que ce dernier est là pour l'aider.

La relation d'aide a ainsi une grande part à jouer sur la douleur psychologique, se répercutant sur la douleur physique bien souvent.

1.6.3. Art-thérapie

L'Art-thérapie est une « méthode de soins ou de prévention qui consiste à créer les conditions favorisant l'expression subjective mais aussi et surtout le dépassement des difficultés personnelles par le biais d'une stimulation des capacités créatrices »³⁰

Ainsi, par la pratique du modelage avec des matières brutes comme l'argile, le plâtre, la pâte colorée, par la peinture, le chant ou toutes sortes de créations artistiques, le patient s'évade et ne pense plus autant à ses douleurs. Il faut arriver à lui faire chasser ses pensées obsédantes en le distrayant au maximum, tout en respectant ses affinités personnelles.

De même, le domaine artistique permet de faire ressortir un grand nombre d'émotions et de ressentis, qu'il est parfois impossible de décrire avec des mots, lors d'un entretien.

28 THORR, Marie-Josée - La relation d'aide - Cours à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Colmar, les 06/10/2003, 23/10/2003 et 12/12/2003.

29 Ibid.

30 ROYOL, Jean-Pierre - « L'art-thérapie c'est prendre sa parole en main ! » <http://www.wmaker.net/artherapie/>, consultation le 21/12/2005.

Enfin, au fil des différentes séances, le patient se sent plus en confiance avec le soignant et ce dernier peut alors instaurer un dialogue plus fructueux, lui permettant d'évaluer au plus juste la douleur, et de la traiter en collaboration avec le médecin.

Bien souvent, les soignants d'un service n'ont pas le temps nécessaire pour organiser des séances d'art-thérapie et c'est pourquoi certains sont détachés des services et spécialisés (art-thérapeutes) pour faire bénéficier aux patients de telles activités.

1.6.4. Stimulations thermiques

Les stimulations thermiques font partie de la physiothérapie puisqu'elles nécessitent l'usage d'agents naturels (l'eau, l'air). Les techniques suivantes sont efficaces dans le traitement de la douleur :

- *Stimulation par le froid* : compresses froides, gant de toilette froid sur les parties corporelles douloureuses, vessie de glace, bain glacé, brumisateur
Ces stimulations provoquent une vasoconstriction qui contribue à diminuer la douleur
- *Stimulation par le chaud* : couverture chauffante, bouillote, bain chaud
Ces stimulations provoquent une détente musculaire et un bien-être corporel, atténuant les douleurs

Il faut néanmoins rester très prudent avec ces pratiques car il y a un haut risque de brûlures, tant par le chaud que par le froid.

Ainsi, il faut éviter les contacts trop prolongés, les contacts directs.

De même, ces techniques sont contre-indiquées dans certaines pathologies ; il est donc conseillé de demander l'avis du médecin avant de les pratiquer.

1.6.5. Positions antalgiques et techniques de manutention

Il s'agit pour le patient de se mettre dans une position où il ressent le moins de douleurs. Le recours à des « coussins sous les courbures naturelles [...] soulage le malade algique en supprimant les contractions musculaires. Un coussin sous les avant-bras [...], des alèses ou serviettes roulées, [...], un cale-pied [...] ou un cerceau participent aussi à la prévention de la douleur »³¹. Dans les hôpitaux, il y a des ergothérapeutes et des kinésithérapeutes qui peuvent conseiller les infirmiers sur l'installation des patients dans les lits ou les fauteuils, sur les manipulations douloureuses etc.

D'ailleurs, il est important de respecter certaines règles lors des mobilisations pour éviter davantage de douleurs :

- immobiliser la zone douloureuse avant tout mouvement.
- lors du déshabillage, ôter la manche du vêtement du côté sain avant celle du côté douloureux, et procéder dans l'ordre inverse pour l'habillage.
- ne pas remonter un patient dans le lit en tirant sur ses membres ou sous ses aisselles.
- éviter les mobilisations trop brutales, et toujours prévenir le patient de ce que l'on fait lors des mobilisations.
- laisser le patient exécuter lui-même les mouvements s'il se sent capable.

31 MAYNAUD, Brigitte; DELERIS, Jean-François - La douleur dans le cadre du rôle propre infirmier - Soins, mars 1999, n°633, p.24-25.

1.6.6. Relaxation

La relaxation a pour but de détendre les muscles et l'esprit du patient. Il s'agit de « déconditionner l'organisme de sa réponse réflexe à la douleur, qui est la tension musculaire, et de créer une autre réponse somatique aux situations mentalement stressantes »³².

Bien que la relaxation soit une spécialité à part entière, l'infirmier peut aisément intégrer quelques principes de relaxation dans sa pratique quotidienne auprès des personnes âgées souffrant de douleurs chroniques. Tout d'abord, il s'agit pour le soignant de créer une ambiance calme (diminuer le bruit, tamiser la lumière), de s'assurer que le patient ne soit pas dérangé pendant son exercice, afin de faciliter l'entrée dans un état de bien-être ou de paix intérieure. Puis, il peut miser sur la respiration du patient en le faisant inspirer et expirer calmement et régulièrement. Non seulement le patient se sent détendu, mais il se concentre sur sa respiration et est obnubilé par elle, et par ce biais, la douleur s'atténue. Par ailleurs, l'infirmier peut suggérer au patient de penser à de bons souvenirs et de se concentrer sur ces images, dans le même but que précédemment.

La pratique de la relaxation nécessite un minimum de temps pour être efficace. Dans certains hôpitaux, des soignants sont détachés des services et bénéficient de formations spécifiques pour pouvoir organiser des séances de relaxation.

1.6.7. Musicothérapie

La musicothérapie est une « approche psychosensorielle qui associe le son, le mouvement, la voix, le rythme, dans le but d'opérer une régulation tant émotionnelle que relationnelle »³³.

« La diffusion d'une musique douce facilite le relâchement de l'ensemble du corps devenu soudain moins lourd et moins tendu »³⁴. Ainsi, l'infirmier peut allumer le poste de musique et mettre une musique, de préférence douce, selon les goûts et avec l'accord du patient.

Dans la Bible, Samuel dit « Lorsque le mauvais esprit était sur Saûl, David prenait la harpe et jouait de sa main et Saûl se calmait et se trouvait bien »³⁵.

Par le biais de la musique, le patient arrive à se détendre et à trouver un refuge et une source de bien-être.

32 SEBAG-LANOË, R.; WARY, B.; MISCHLICH, D. - La douleur des femmes et des hommes âgés Paris, Masson, 2002, p.283.

33 MATTHYS, Agnès – La musicothérapie - Cours à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Colmar, le 01/06/04.

34 JOLY, Michèle - Les bains thérapeutiques de bien-être au domicile - Soins gérontologie, septembre / octobre 2004, n°49, p.40-41.

35 ANCIEN TESTAMENT – 1er livre de Samuel chapitre 16 verset 23

Exploration de la question de recherche

« Malgré moi je vis et en vivant je meurs ;
de jour en jour d'augmentent mes douleurs. »

François Ier, Rondeau

2. EXPLORATION DE LA QUESTION DE RECHERCHE

2.1. Méthode utilisée : questionnaires

2.1.1. Choix de la méthode

Pour continuer l'étude de ma problématique, j'ai décidé d'opter pour l'enquête par questionnaires. Ce document étant anonyme et confidentiel, j'ai pensé que les personnes interrogées auraient moins de réticence à répondre de façon objective et sans retenue à mes interrogations.

De même, les soignants pouvaient y répondre quand bon leur semble puisque les documents étaient laissés en moyenne 2 semaines dans les services.

Concernant le questionnaire en lui-même, j'ai tout d'abord décidé de le limiter à 2 pages afin de ne pas surcharger les équipes. Mon choix a été porté sur un panachage de 9 questions dont 3 questions fermées et 6 questions semi-ouvertes qui offrent une richesse d'informations et une libre expression.

2.1.2. Population ciblée

La problématique de mon sujet étant basée sur le rôle infirmier dans la prise en charge des douleurs chroniques des personnes âgées, j'ai particulièrement ciblé les services de gériatrie. Malgré la multidisciplinarité de cette prise en charge, j'ai délibérément décidé de distribuer les questionnaires uniquement aux infirmiers, afin d'analyser les réponses de cette population caractérisant mon sujet.

2.1.3. Modalités de diffusion de l'enquête

Avant d'envisager de contacter les services où je projetais de distribuer mes questionnaires, j'ai envoyé par courrier un exemplaire du document ainsi qu'une lettre de motivation aux Directeurs de Soins Infirmiers des 2 hôpitaux ciblés.

Ayant obtenu leur accord, j'ai alors contacté les cadres supérieurs de santé qui m'ont ensuite demandé de téléphoner aux cadres des services dans lesquels je souhaitais diffuser mon questionnaire. Ainsi par téléphone j'ai convenu de la date à laquelle je passerai dans les différentes unités de soin pour déposer les questionnaires, expliquer ma démarche et définir les modalités de retour des documents remplis.

Au total, j'ai distribué 40 questionnaires dans 8 services de 2 hôpitaux différents et je suis allée chercher en main propre les 18 réponses obtenues.

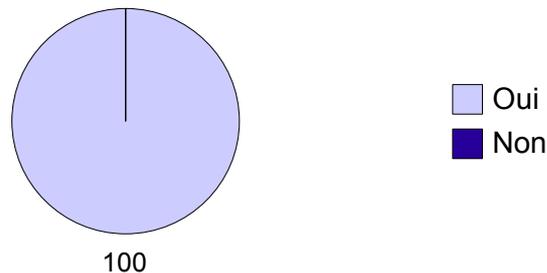
2.2. Résultats de mes questionnaires

Question 1 « Avez-vous eu à prendre en charge des patients âgés atteints de douleurs chroniques ?

Si oui, quelle était l'origine de ces douleurs chroniques ? »

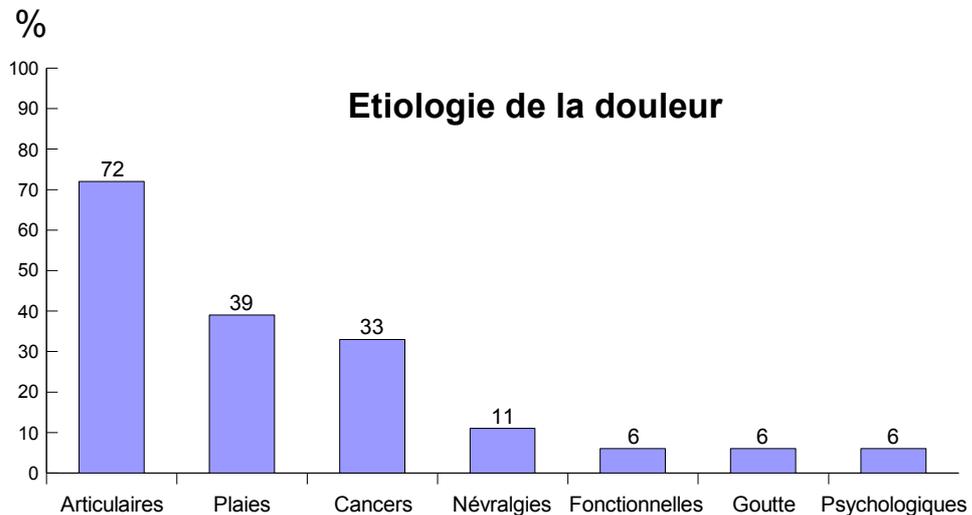
- Sur 18 questionnaires, 100% des infirmiers interrogés ont répondu « oui ».

Rencontre douleurs chroniques (en %)



- Concernant l'origine de ces douleurs, elle est variée et j'ai classé les réponses en 7 parties :

- 72% des infirmiers sondés citent des douleurs articulaires ou osseuses (douleurs articulaires, arthrose, ostéoporose, rhumatisme, lombalgie, dorsalgie, prothèse de hanche douloureuse).
- 39% mentionnent des douleurs en rapport avec les cancers (cancer, effets indésirables des traitements anticancéreux, métastases osseuses).
- 33% pensent aux douleurs de plaies (escarre, plaie chronique, plaie artéritique).
- 11% citent des douleurs ayant pour origine des troubles fonctionnels (Membre hémiparétique, état grabataire).
- 6% constatent des douleurs psychologiques.
- 6% mentionnent les névralgies.
- 6% parlent des crises de goutte.

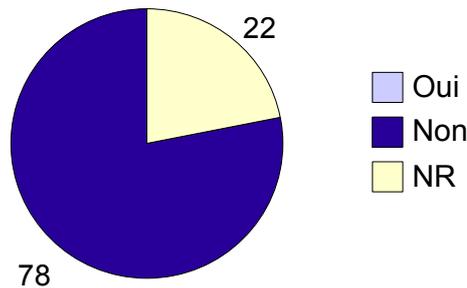


Question 2 « *Existe-t-il un protocole de prise en charge des douleurs chroniques dans votre service?*

Si oui, en quoi consiste-t-il ? »

- Sur 18 questionnaires, 78% des infirmiers interrogés ont répondu « non », 22% n'ont pas répondu à la question, aucun infirmier n'a répondu « oui ».

Existence d'un protocole (en %)



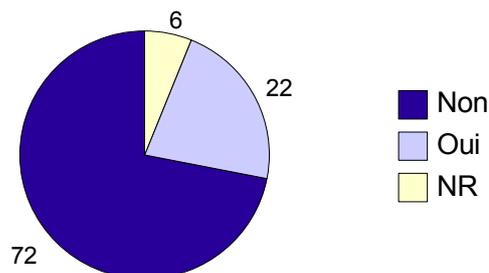
- Un infirmier me fait remarquer qu'il existe un « protocole de prise en charge des douleurs aiguës » et qu'il « pense qu'il est impossible de mettre en oeuvre ou d'élaborer un tel protocole puisque la douleur chronique évolue et est différente selon les personnes et les causes ».

Question 3 « *Avez-vous suivi une formation spécifique à la prise en charge des douleurs chroniques?*

Si oui, qu'avez-vous appris? Si non, pourquoi ? »

- Sur 18 questionnaires, 72% des infirmiers ont répondu « non », 22% ont répondu « oui », 6% n'ont pas répondu à la question.

Formation spécifique (en %)



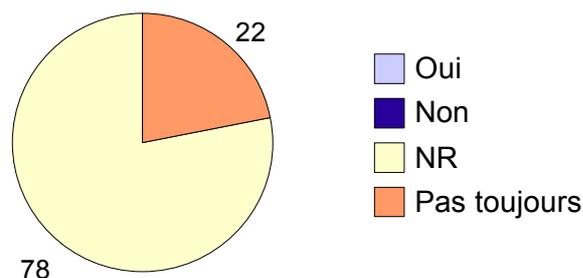
- Parmi les « oui », et en réponse à la question qu'avez-vous appris ?
 - 6% des infirmiers font référence aux cours enseignés à l'IFSI sur la prise en charge des douleurs.
 - 6% mentionnent l'apprentissage d'une « meilleure utilisation des antalgiques ».
 - 6% disent avoir été « sensibilisés à la prise en charge des douleurs et aux méthodes d'évaluation ».
 - 6% citent la connaissance après la formation des « différents types de douleurs, des différents antalgiques, et de la prise en charge psychologique ».

- Parmi les « non », et en réponse à la question pourquoi ?
 - 17% sont diplômés depuis novembre 2005 au moment de l'enquête.
 - 6% des infirmiers disent avoir eu néanmoins des informations sur le sujet de la douleur au travers du médecin. De plus, ils font référence à une formation sur le stress qui leur aurait également été bénéfique pour prendre en charge des patients atteints de douleurs chroniques.
 - 6% disent qu'il y avait trop de monde à la formation.
 - 6% mentionnent l'existence au sein de chaque service d'un infirmier référent sur la douleur.
 - 6% ont vu leurs demandes de formation refusées.
 - 6% semblent manquer de temps pour une formation et disent qu'il n'y a pas de proposition spécifique.
 - 6% disent qu'ils n'en ont pas eu l'occasion .
 - 6% ont fait la demande mais n'ont pas encore eu de réponse.

Question 4 « Les techniques enseignées sont-elles réalisables? Pourquoi ? »

- Sur 18 questionnaires, 22% des infirmiers interrogés ont répondu à la question.
- Ces 22% ont rajouté et coché une case « pas toujours ».

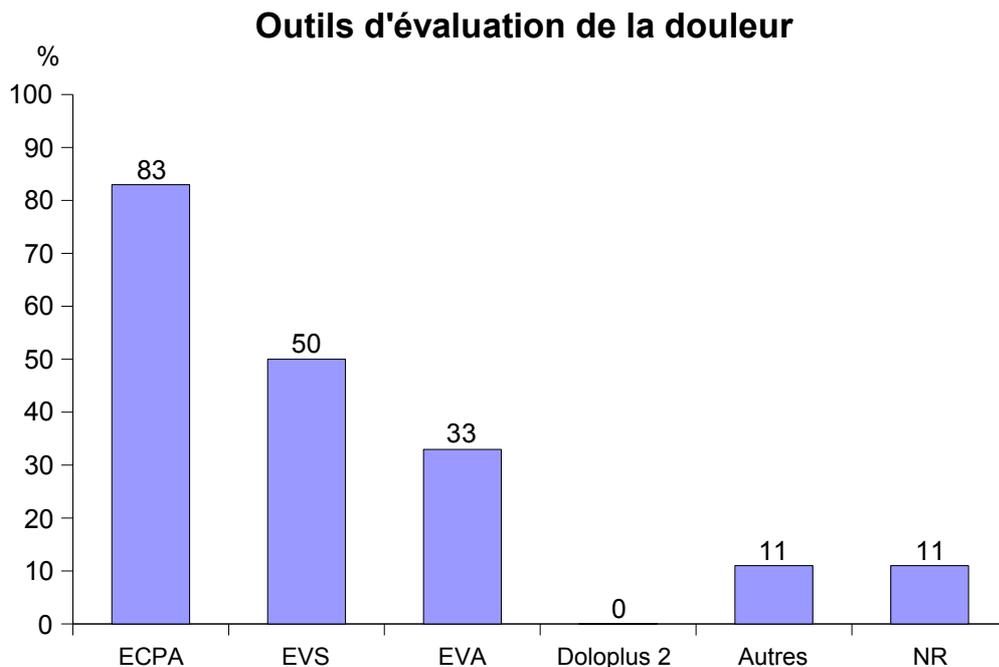
Réalisabilité des techniques (en %)



- A la question « *pourquoi* » :
 - 6% des infirmiers font référence « au manque de temps parfois ».
 - 6% disent que « oui » si le patient est cohérent et coopérant » mais pas « s'il est comateux ou dément ».
 - 6% mentionnent le cas de l'EVA qui n'est « pas toujours réalisable en cas de démence, incompréhension » et suggèrent la « visualisation du faciès, les changements de posture, les difficultés à la mobilisation ».

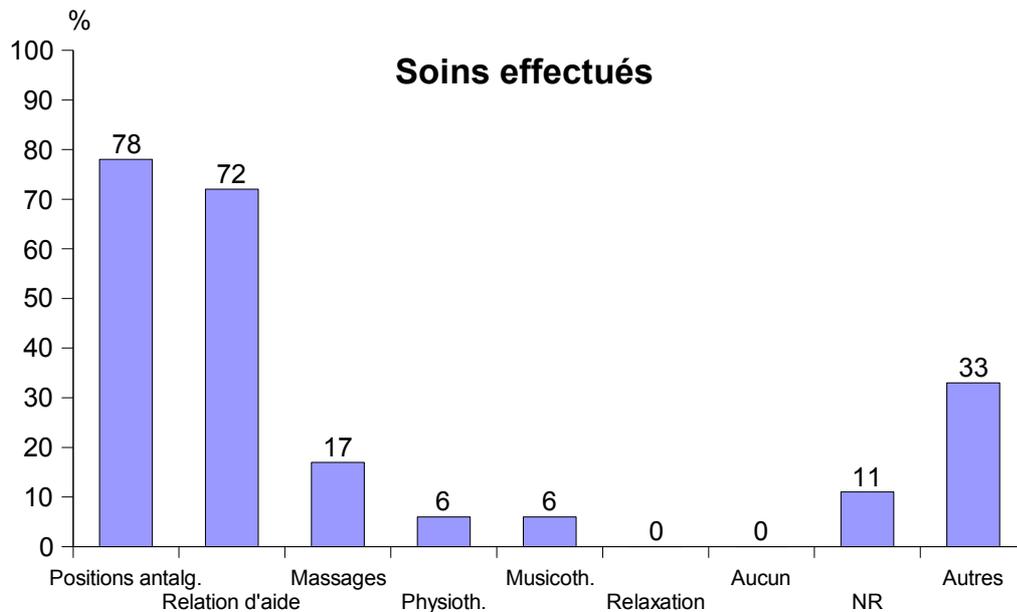
Question 5 « *Quel(s) moyen(s) utilisez-vous pour évaluer la douleur?* »

- Sur 18 questionnaires, 89% des infirmiers sondés ont répondu à la question, 11% n'y ont pas répondu.
 - 83% des infirmiers interrogés utilisent l'ECPA.
 - 50% utilisent l'EVS.
 - 33% utilisent l'EVA.
 - 0% utilise la DOLOPLUS 2.
 - 11% mentionnent d'autres moyens :
 - ✓ observer le patient.
 - ✓ questionner la famille.



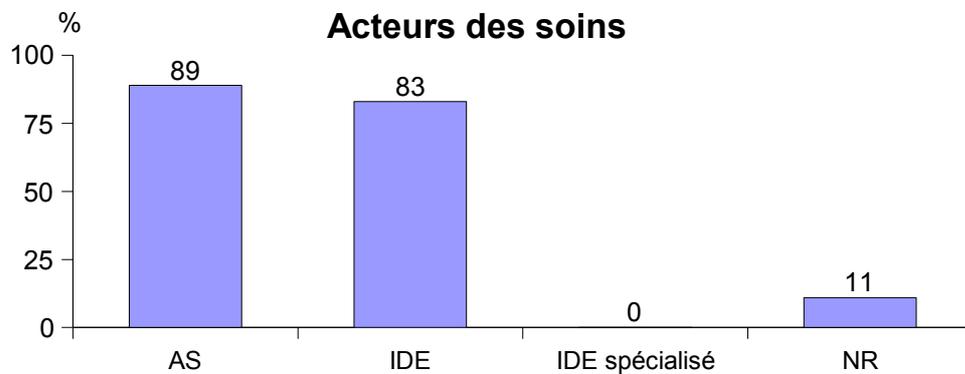
Question 6 « *Quel(s) type(s) de soin(s) réalisez-vous dans le cadre de votre rôle propre pour soulager les douleurs chroniques?* »

- Sur 18 questionnaires, 89% des infirmiers ont répondu à la question, 11% n'y ont pas répondu.
 - 78% des infirmiers font adopter des positions antalgiques.
 - 72% font appel à la relation d'aide.
 - 17% font des massages.
 - 6% pratiquent la musicothérapie.
 - 6% utilisent la physiothérapie.
 - 0% fait appel à la relaxation.
 - d'autres moyens sont cités :
 - ✓ 11% contactent l'équipe de Soins Palliatifs.
 - ✓ 6% font référence au traitement antalgique.
 - ✓ 6% installent le patient sur un matelas thérapeutique.
 - ✓ 6% font prendre un bain au patient.
 - ✓ 6% parlent de soins de confort.



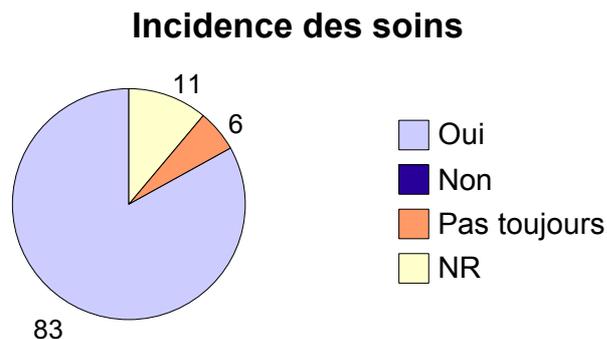
Question 7 « Par qui sont réalisés ces soins? »

- Sur 18 questionnaires, 89% des infirmiers interrogés ont répondu à la question, 11% n'y ont pas répondu.
- 89% des infirmiers répondent que les aides-soignants réalisent ces soins.
- 83% répondent que les infirmiers réalisent ces soins.
- aucun ne répond qu'il existe des infirmiers spécialisés rattachés à plusieurs unités de soins.



**Question 8 « Constatez-vous une incidence sur le patient quand vous réalisez de tels soins ?
Si oui laquelle? »**

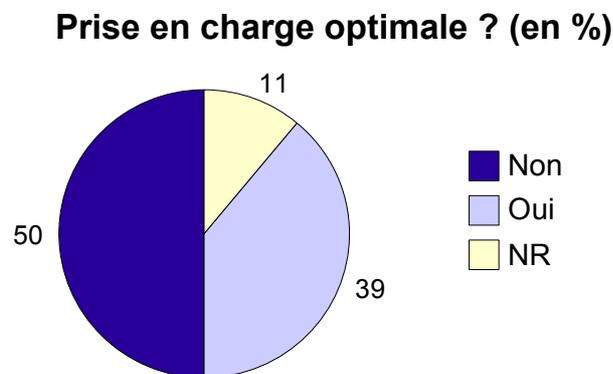
- Sur 18 questionnaires, 89% des infirmiers interrogés ont répondu à la question, 11% n'y ont pas répondu.
- 83% des infirmiers ont répondu « oui ».
- 6% ont rajouté et coché une case « pas toujours ».



- Les incidences mentionnées sont :
 - 39% des infirmiers disent en plusieurs termes différents que les patients sont détendus.
 - 28% constatent un soulagement des douleurs.
 - 22% voient le patient rassuré.
 - 11% constatent une diminution des plaintes.
 - 11% rapportent que le patient se sent compris.
 - 6% mentionnent le fait que le traitement antalgique est potentialisé.

Question 9 « *Pensez-vous que la prise en charge des douleurs chroniques est optimale dans votre service? Si non, que ressentez-vous? Qu'envisageriez-vous pour améliorer cette prise en charge ?* »

- Sur 18 questionnaires, 89% des infirmiers interrogés ont répondu à la question, 11% n'y ont pas répondu.
 - 50% des infirmiers ont répondu « non ».
 - 39% ont répondu « oui ».



- A la question « *Que ressentez-vous?* »
 - 28% des infirmiers font référence à une prise en charge médicamenteuse non adaptée, à un laxisme du médecin ou à un manque d'écoute du médecin.
 - 22% ressentent de l'impuissance.
 - 11% sont frustrés, ont l'impression d'une relation d'aide inachevée.
 - 6% disent que si la prise en charge n'est pas optimale elle est néanmoins correcte.
 - 6% ne ressentent rien, la prise en charge des douleurs chroniques n'étant pas une priorité du service.

- A la question « *Qu'envisageriez-vous?* »
 - 17% des infirmiers soulignent l'importance de l'évaluation de la douleur pour réajuster le traitement médicamenteux.
 - 11% souhaitent coopérer avec les Soins Palliatifs.
 - 11% sont en attente de formation.
 - 11% souhaitent 1 réévaluation de la prescription médicamenteuse avec notamment l'utilisation d'un antalgique plus puissant si nécessaire.
 - 6% parlent d'une sensibilisation obligatoire pour toutes les catégories de personnels, en ce qui concerne les techniques et les produits de prise en charge des douleurs .
 - 6% envisagent d'être plus à l'écoute.
 - 6% suggèrent l'amélioration des transmissions écrites.
 - 6% souhaitent développer la musicothérapie et la relaxation.

Analyse

« A une douleur oubliée il n'est pas difficile
de faire succéder le sentiment de la joie. »

Saint Evremont, Lettres à M. le Comte d'Olonne

3. ANALYSE

3.1. Epidémiologie et principales étiologies des douleurs chroniques

La douleur chronique est un phénomène très important au sein de la population âgée, puisque la totalité des infirmiers sondés ont eu à prendre en charge au moins un patient âgé atteint de douleurs chroniques.

Les douleurs les plus citées sont les douleurs articulaires. En effet, la plupart des personnes âgées souffrent un jour ou l'autre de rhumatismes ou d'arthrose par exemple. Certaines pathologies citées peuvent être prévenues : l'ostéoporose par exemple, déclenchée en général par la ménopause, peut ne pas apparaître grâce au respect de certains principes (activité sportive : 1 à 2 heures de marche par jour, sans surentraînement cependant, alimentation riche en calcium, viande et poisson) ainsi que par un traitement préventif à base notamment de vitamine D, de calcium et d'hormones substitutives. De même, concernant les douleurs type lombalgie, il est intéressant de les prévenir dès le plus jeune âge par des règles de manutention par exemple.

Puis les infirmiers citent les douleurs liées aux cancers, comme les métastases osseuses ou les effets secondaires des traitements anti-cancéreux. D'où l'intérêt de consulter au moindre doute ou en cas de facteur favorisant pour le dépistage précoce des différents cancers. Dans le cas d'un cancer déclaré, la surveillance clinique et biologique du patient pour détecter les éventuels effets indésirables liés aux traitements anti-cancéreux découle du rôle de l'infirmier.

Ensuite, les infirmiers ont cité les douleurs de plaies comme par exemple les escarres : ils ont une place très importante, en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire pour éviter l'apparition de telles plaies (varier les points d'appui selon un plan de retournement, veiller à une hydratation suffisante et à un apport protéique riche). Par ailleurs, les infirmiers en collaboration avec les médecins ont le devoir de diminuer les douleurs lors des réfections de pansements, grâce aux traitements antalgiques adéquats et administrés suffisamment tôt pour que le pansement soit fait quand l'agent antalgique déploie son plein effet.

Puis, les infirmiers ont cité les douleurs liées aux troubles fonctionnels (hémiplégie, état grabataire). Les soignants doivent dans ce cas aider le patient à effectuer les gestes quotidiens (toilette, habillage, repas, etc), le suppléer si nécessaire, tout en lui laissant une certaine autonomie. Ils peuvent ainsi participer à la rééducation du patient en collaboration avec le kinésithérapeute et l'ergothérapeute.

Concernant les douleurs psychologiques citées par un soignant, l'infirmier a un rôle important à jouer, en utilisant notamment les outils de la relation d'aide et en travaillant avec la famille et le psychologue (avec l'accord du patient).

Enfin, les névralgies et crise de goutte peuvent être prévenues par des traitements médicamenteux, et s'ils apparaissent, l'infirmier se doit de les prendre en charge par divers moyens.

3.2. Place de la prise en charge des douleurs chroniques dans les services

Dans les services sondés, il n'existe pas de protocole de prise en charge des douleurs chroniques.

Il serait pourtant intéressant d'en mettre un en place même si comme l'a noté un infirmier, « la douleur chronique évolue et est différente selon les personnes et les causes ».

Pourquoi, suivant l'étiologie, ne pas mettre en place un protocole de prise en charge en équipe pluridisciplinaire, avec par exemple une grille de roulement d'évaluation de la douleur de façon régulière et avec un outil adapté selon l'état cognitif du patient ?

Pourquoi ne pas pratiquer systématiquement chez un malade atteint de douleurs articulaires par exemple un massage avec une pommade protocolisée par le médecin ?

Ne serait-il pas envisageable de faire prendre un bain d'eau chaude systématiquement 3 fois par semaine à un malade douloureux chronique à la place d'une toilette au lit ou au lavabo ?

Les malades algiques chroniques ne pourraient-ils pas bénéficier systématiquement de séances de relaxation ou de musicothérapie ?

Ces quelques exemples ne sont pas exhaustifs et se veulent simplement des illustrations de protocoles possibles.

3.3. Formation du personnel infirmier

Les formations spécifiques à la prise en charge de la douleur sont encore trop peu fréquentées par les infirmiers puisque seulement un peu plus d'un soignant sur cinq dit en avoir suivi une. A noter que 17% des infirmiers sondés sont diplômés depuis moins de trois mois au moment du questionnaire, donc ils n'ont pas encore eu l'occasion de suivre de formation spécifique et complémentaire à celle acquise au cours de leur cursus à l'IFSI, à savoir une dizaine d'heures selon l'établissement.

Par contre, d'autres infirmiers semblent intéressés par une telle formation mais n'y ont pas encore assisté pour diverses raisons. Certains n'en ont pas encore eu l'occasion : peut-être sont-ils nouvellement diplômés mais ne l'ont pas précisé, peut-être ne leur a-t-on pas proposé. D'autres ont fait une demande mais soit elle a été refusée, soit ils n'ont pas encore eu de réponse. D'autres encore manquent de temps pour une telle formation : il est à supposer que ces infirmiers craignent de manquer au service déjà en déficit de personnel s'ils partent en formation.

Il est pourtant dommage que des soignants qui se sentent concernés par ce problème de prise en charge ne puissent pas bénéficier d'une formation. Pourquoi ne pas augmenter le nombre de journées de formation? A cause du manque de formateurs, d'argent pour financer les journées de formation, ou d'un défaut de locaux ?

Néanmoins, il apparaît que pour remédier à cette carence, un infirmier par service est « référent douleur » et a donc assisté à une formation sur le sujet afin de transmettre les informations et conseils adéquats à ses collègues pour optimiser la prise en charge des douleurs chroniques au sein des services de soin.

De même, d'après un infirmier sondé, certains médecins prennent du temps pour donner des « informations sur le sujet de la douleur ».

Enfin, certains soignants trouvent un bénéfice à d'autres formations telles que celle sur la « gestion du stress » pour améliorer la prise en charge des patients atteints de douleurs chroniques. A ce niveau, on pourrait aussi citer les formations telles que la manutention d'un malade par exemple.

Les soignants ayant par contre assisté à une formation sur la douleur sont repartis enrichis d'une multitude d'informations, dont les « différents types de douleurs », les « méthodes d'évaluation », les « antalgiques » et la « prise en charge psychologique ».

Par contre, la plupart restent sceptiques sur la réalisabilité des techniques enseignées, car soit ils manquent de temps, soit pour eux les outils sont inadaptés (notamment ceux de l'évaluation de la douleur en cas de patient non communiquant par exemple). La dernière remarque est certainement une erreur de précipitation de réponse de la part des soignants puisqu'il existe des échelles d'évaluation de la douleur spécifiques aux patients non communicants. Voyons cela dans la prochaine partie.

3.4. Evaluation de la douleur

L'évaluation de la douleur est très importante puisque d'elle découle la prise en charge adaptée.

Lorsque les patients sont cognitivement aptes à noter eux-mêmes leur douleur, les soignants peuvent utiliser des outils d'auto-évaluation.

L'EVA (Echelle Visuelle Analogique) par exemple, où le patient déplace le curseur sur l'échelle de la douleur et le soignant lit à l'arrière de l'échelle un chiffre entre 0 et 10, est utilisée par environ un infirmier sur trois.

De même, l'EVS (Echelle Verbale Simple), qui se base sur la simple demande en terme d'adjectifs pour décrire la douleur, est utilisée par un soignant sur deux. Concernant cette échelle, il est difficile d'analyser les résultats obtenus auprès du patient, puisqu'il s'agit d'une appréciation qualitative et non pas quantitative comme l'EVA, mais surtout très imprécise.

Bien souvent, la population âgée n'est pas en état cognitif pour répondre de façon correcte, précise et censée à une auto-évaluation, comme par exemple dans le cas de démence. C'est pourquoi, il existe des échelles d'hétéro-évaluation basées sur l'observation du patient par le soignant.

L'ECPA (Echelle Comportementale de la douleur chez la Personne Agée) est utilisée par un peu plus de quatre infirmiers sondés sur cinq. Cette échelle est un outil spécifique aux personnes âgées non communicantes, à utiliser avant et pendant les soins, et il semble donc que la majorité des évaluations de la douleur se fassent au moment des soins douloureux tels que la réfection des pansements par exemple.

Par contre, l'échelle Doloplus 2, également spécifique aux personnes âgées non communicantes et basée sur l'observation du patient à tout moment de la journée, n'est utilisée par aucun des soignants interrogés. Peut-être cette échelle est-elle

encore peu connue dans les services de soins. D'ailleurs un infirmier a cité un autre moyen d'évaluation de la douleur, « l'observation », qui pourrait être en réalité l'équivalent de la Doloplus 2. De même, à la question sur la faisabilité des techniques enseignées, un soignant a suggéré l'utilisation, à la place de l'EVA, de la « visualisation du faciès, des changements de posture, des difficultés à la mobilisation » si le patient est « dément ou ne comprend pas ». A cette même question, un autre soignant a répondu que si le patient est « comateux ou dément », l'évaluation de la douleur par les techniques enseignées n'est pas réalisable.

Enfin, un réajustement des connaissances ne serait pas superflu auprès des soignants, afin de clarifier quel outil utiliser avec quel patient et à quel moment de la journée.

En aparté, un soignant dit « questionner » la famille. En effet, cette dernière connaît souvent mieux que quiconque et surtout mieux que les soignants les habitudes et les attitudes du patient et il est alors fructueux pour l'équipe soignante de demander à la famille si elle observe une évolution dans le comportement, la gestuelle de son proche. De même, dans le cas d'un patient communiquant, peut-être se confie-t-il davantage aux membres de sa famille et avoue plus facilement l'intensité réelle de sa douleur. Il est alors intéressant de travailler en collaboration avec la famille.

3.5. Soins du rôle propre effectués par les soignants

Après l'évaluation de la douleur, l'infirmier en collaboration avec le médecin administre un traitement antalgique. Parallèlement, il peut, dans le cadre de son rôle propre, choisir, combiner et appliquer des soins parmi une palette assez conséquente à sa disposition.

Parmi les soignants sondés, presque quatre infirmiers sur cinq font adopter des positions antalgiques aux patients. En effet, à tout âge et notamment aux deux extrêmes de la vie, les gens se mettent bien souvent d'eux-mêmes dans une position leur permettant de diminuer les douleurs ressenties. Mais quand le patient ne trouve pas de position adéquate, l'infirmier se doit de l'aider, en plaçant son corps dans une position anatomique par exemple, afin d'éviter les surtensions et compressions inutiles. De même, l'utilisation de coques, coussins et autres matériaux facilitent les positions confortables pour le patient. Il faut néanmoins veiller à varier les positions du patient afin de ne pas engendrer de complications telles que les plaies chroniques synonymes de douleurs supplémentaires.

Un infirmier cite le « matelas thérapeutique » qui est en effet très utile pour éviter les escarres mais il doit être prescrit par le médecin et ne rentre donc pas en compte dans les soins du rôle propre.

Ensuite, un peu plus de sept infirmiers sur dix utilisent les outils de la relation d'aide qui, utilisés à bon escient et combinés entre eux permettent souvent un bénéfice notable quant à la diminution des douleurs chroniques. En effet, le patient se sent compris, écouté, et par conséquent en confiance avec le soignant, facilitant ainsi l'évaluation de la douleur. De même, le patient arrive souvent alors mieux à

extérioriser son ressenti et de ce fait à déposer un peu du poids qui l'accable. La relation d'aide a donc un rôle essentiel au niveau psychologique qui se répercute souvent sur l'intensité de la douleur physique.

Pour les autres soins, la proportion des infirmiers qui disent les effectuer chute brutalement : en effet, seulement moins d'un infirmier sondé sur cinq dit masser les patients algiques. Il apparaît à plusieurs reprises que les massages sont interdits. Effectivement, il y a quelques années, les soignants massaient les zones d'appuis et des études ont montré que ces « pétrissages intempestifs » faisaient plus de mal que de bien, puisqu'ils altéraient les couches sous-cutanées, fragilisées par une ischémie prolongée. Par contre, dans le contexte de douleurs chroniques, il s'agit de massages sur le reste du corps, le visage, les extrémités, les articulations douloureuses par exemple, avec ou non l'application de pommades prescrites par le médecin ou encore de laits hydratants appartenant au patient. Grâce à ces massages-là, les muscles peuvent se détendre, la peau devenir plus agréable au toucher et moins irritée, les articulations moins raides. Ainsi, le patient peut y trouver un bénéfice tant physique que psychologique, étant alors dans un état de bien-être moral.

Ensuite, moins d'un infirmier sur sept pratique la musicothérapie ou la physiothérapie. La musicothérapie est décrite par certains comme un soin « n'appartenant pas au rôle propre » de l'infirmier. Admettons que le patient possède un poste de musique : qu'est-ce qui empêche un soignant de faire passer un morceau de musique pour détendre ou permettre au patient de s'évader? Dans bien des services de réanimation, le bénéfice de la musique pour le patient est reconnu, donc pourquoi pas en gériatrie?

Concernant la physiothérapie, mon terme employé dans le questionnaire était semble-il trop général puisque là aussi, des soignants m'ont fait remarquer qu'il ne s'agissait pas de soins du rôle propre. Je visais des soins tels que les bains, cités d'ailleurs par un infirmier sondé dans la partie « autres soins », et faisant partie des « soins de confort » cités pas un autre. Je pensais aussi à d'autres soins tels que les stimulations thermiques par l'air ou l'eau, à la portée de tout soignant au moment de la toilette en particulier, ou tout au long de la journée par l'application de compresses ou linges froids par exemple. Pendant ces soins il faut observer le patient pour voir s'il semble y trouver un certain bénéfice ou si au contraire ça lui est désagréable, auquel cas il convient d'arrêter le soin.

Un infirmier sur dix contacte l'EMSP (Equipe Mobile de Soins Palliatifs). En effet, les infirmiers de cette équipe sont chargés non pas de pratiquer les soins aux patients mais de recueillir des données, de les analyser et ensuite de conseiller les soignants sur les soins à prodiguer aux patients douloureux chroniques.

Les infirmiers ont la possibilité de faire ces soins eux-mêmes ou de les déléguer aux aides-soignants si le temps ne leur permet pas. Ainsi, d'après les soignants sondés, il semble que les soins cités sont effectués par une majorité des infirmiers eux-mêmes, mais la proportion des aides-soignants qui interviennent est encore plus importante. Par contre, dans les services interrogés, il n'existe aucun infirmier spécialisé dans la prise en charge des douleurs et rattaché à plusieurs unités

de soins. Etant donné l'ampleur des douleurs chroniques, ne serait-il pas judicieux de créer un tel poste, où le soignant spécialisé aurait alors la possibilité et surtout le temps de se consacrer à cette prise en charge ? Rappelons qu'il existe un Diplôme Universitaire (DU) de la prise en charge de la douleur qu'un infirmier diplômé d'état peut préparer à l'Université René Descartes (Paris VI) en six mois, à savoir quarante heures de cours théoriques et vingt heures de travaux pratiques organisés en huit séminaires.

Malgré tout, au final, quatre infirmiers sondés sur cinq constatent un bénéfice de ces soins sur le patient : ce dernier est soit « détendu », soit il présente une « diminution visible des douleurs », soit il est « rassuré », soit il « se plaint moins », soit il « se sent compris », soit enfin le soignant trouve que le « traitement est potentialisé ».

Avec tous ces bénéfices, pourquoi les soins du rôle propre ne sont-ils pas davantage effectués? Il y a sûrement un facteur temps, mais peut-être aussi une non-conscience de tous les bénéfices cités plus haut. Beaucoup de soignants croient que seuls les traitements antalgiques peuvent influencer sur les douleurs des patients, et il s'agirait alors de persuader les infirmiers et aide-soignants qu'ils ont réellement une possibilité non médicamenteuse de diminuer les souffrances des patients.

3.6. Ressenti des soignants par rapport à la prise en charge des douleurs chroniques

Les avis des soignants divergent lorsqu'il s'agit de dire s'ils pensent que dans leur service, les douleurs chroniques sont prises en charge de façon optimale.

En effet, un infirmier sondé sur deux trouve que cette prise en charge n'est pas optimale, alors qu'un peu moins de deux soignants sur cinq pensent au contraire qu'elle l'est. A noter qu'un infirmier a tenu à nuancer les termes employés dans mon questionnaire en disant que la prise en charge des douleurs chroniques, même si elle n'est pas optimale dans son service, reste somme toute correcte. Sachant que ces proportions sont équitables dans les différents services où j'ai distribué mes questionnaires, on peut se demander comment il se fait que dans une même unité de soins, où la prise en charge des douleurs est donc la même pour tous les patients, les ressentis sont différents ? S'agit-il d'une différence de sensibilité de la part des soignants ? Certains sont-ils plus touchés par la souffrance des patients ? D'autres ne prennent-ils pas le temps de constater au sein de leur service que les patients souffrent inutilement ? S'agit-il d'une carapace que certains soignants se forgent en se persuadant que les soins et la prise en charge des douleurs chroniques est optimale, se protégeant ainsi eux-mêmes ?

Au fil de la lecture des retours de questionnaires, certaines pistes de réponses me sont apparues. Ainsi, par rapport à la prise en charge insuffisante des douleurs chroniques, un peu moins de trois infirmiers sur dix relatent une « prise en charge médicamenteuse inadaptée », un « laxisme du médecin », ou un « manque d'écoute du médecin ». Les médicaments sont évidemment très utiles pour soulager les douleurs chroniques des patients mais ces réponses veulent-elles dire que ces infirmiers remettent uniquement en cause le travail du médecin ? Bien entendu, les

soins du rôle propre ne suffisent pas à eux seuls pour diminuer suffisamment les douleurs des patients et c'est plutôt l'alliance de ces soins avec la prise d'un traitement antalgique qui soulage au mieux le patient. Pour un meilleur dialogue avec le médecin, ne serait-il pas envisageable de faire des réunions hebdomadaires voire même plus fréquemment, en équipe pluridisciplinaire, pour faire le point sur tel ou tel patient concernant ses douleurs ?

Par ailleurs, par rapport à la prise en charge inefficace des douleurs chroniques dans leur service, un peu plus d'un infirmier sur cinq ressent de l'« impuissance », tandis qu'un infirmier sur dix est « frustré » et a l'impression d'une « relation d'aide inachevée ». Là aussi, on peut se demander si ces soignants ont conscience des bénéfices possibles de la pratique des soins du rôle propre sur les douleurs du patient? Et si malgré tout, après avoir donné ces soins, les douleurs ne sont pas encore soulagées, le soignant a encore la possibilité de se concerter avec le médecin quant à l'efficacité insuffisante du traitement médicamenteux, afin de changer de molécule ou d'augmenter les doses.

La réponse d'un infirmier va à l'encontre de l'esprit de celles développées et analysées précédemment. En effet, ce soignant ne « ressent rien » face à la prise en charge insuffisante des douleurs chroniques, puisque cette dernière n'est « pas une priorité du service ». On peut alors se demander si les services ont effectivement une ou des priorités dans la prise en charge des patients mais surtout s'ils s'y arrêtent, ne traitant pas les autres soucis de santé des malades, ou si, au contraire, comme nous l'apprenons à l'IFSI, le patient est pris en charge dans sa globalité ? De plus, un être humain peut-il réellement rester indifférent et ne rien ressentir face à la douleur d'autrui sous un prétexte ou un autre ? Peut-être ce soignant renie-t-il son malaise face à ce défaut de prise en charge, afin de se protéger lui-même, de ne pas se sentir coupable...

3.7. Propositions pour améliorer cette prise en charge

Comme on l'a vu précédemment, la plupart des infirmiers sont sensibles aux douleurs chroniques des patients de leur service et certains trouvent que leur prise en charge n'est pas optimale. Ces soignants ont proposé plusieurs pistes à développer et à améliorer afin de rendre cette prise en charge plus efficace.

Ainsi, un peu moins d'un infirmier sur cinq pense qu'il serait intéressant de prendre plus au sérieux l'importance de « l'évaluation de la douleur pour réajuster le traitement médicamenteux », alors que dans le même état d'esprit, un infirmier sur dix suggère une « réévaluation de la prescription médicale avec notamment l'utilisation d'un antalgique plus puissant si nécessaire ». Ces propositions sont très intéressantes puisqu'effectivement, l'évaluation de la douleur n'est pas du tout anodine étant donné que d'elle découle la prescription d'antalgiques. Ainsi, il est très important de prendre son temps et d'évaluer la douleur correctement et surtout avec un outil adapté au patient. Par la suite, le médecin peut, selon le résultat de l'évaluation de la douleur, augmenter les doses d'antalgiques ou prescrire une molécule plus puissante selon les paliers des traitements antalgiques de l'OMS.

Par ailleurs, un infirmier sur dix dit être en « attente d'une formation ». En effet, si tous les soignants ou au moins ceux le désirant pouvaient accéder à une formation spécifique à la prise en charge des douleurs, cette dernière serait sûrement plus efficace. Bien évidemment, ces soignants auraient bénéficié de conseils pratiques et applicables au sein de leur service de soin, tant au niveau des échelles d'évaluation de la douleur que de la prise en charge médicamenteuse ou non médicamenteuse. De même, un infirmier suggère la « sensibilisation de toutes les catégories de personnels, en ce qui concerne les techniques et les produits de la prise en charge des douleurs ». Ce dernier semble sous-entendre une formation sur la douleur, conseillée et accessible à tout membre du personnel hospitalier.

Ensuite, un infirmier sur neuf envisage un développement et une généralisation des soins du rôle propre destinés à soulager les douleurs. Parmi ces soins sont cités la relation d'aide par une « écoute » plus importante, ainsi que l'essor de la « musicothérapie » et de la « relaxation ». Cette proportion de suggestions est malheureusement très peu importante, ce qui prouve une fois de plus que ces soins ne sont pas encore reconnus comme réellement efficaces dans le soulagement des douleurs chroniques.

Un infirmier sur neuf souhaite une coopération plus fréquente avec les soins palliatifs. En effet, comme déjà expliqué plus tôt, les membres de l'EMSP ont un rôle très important à jouer dans des situations où le personnel est désemparé et ne sait plus comment faire par exemple pour atténuer les douleurs du patient. L'EMSP vient alors dans le service pour conseiller les soignants, les aider à trouver des moyens pour remédier à ces douleurs. Malheureusement, l'EMSP ne peut intervenir que sur la demande des soignants du service, et il faut donc déjà que ces derniers réalisent l'importance des douleurs du patient et leur impuissance dans cette prise en charge. Certains considèrent peut-être encore que contacter les soins palliatifs revient à un échec de leur part, puisqu'ils n'ont pas été capables de prendre en charge correctement et efficacement les douleurs chroniques du patient. Cet état d'esprit aurait intérêt à disparaître puisqu'il va à l'encontre finalement du bien-être du patient.

Enfin, un infirmier a suggéré l'amélioration des transmissions écrites. En effet, ces dernières sont souvent floues, incomplètes et imprécises, dans tous les domaines, pas seulement dans celui de la douleur. Les transmissions tant écrites qu'orales permettent la continuité des soins, la visualisation des évolutions, favorables ou défavorables, et l'équipe pluridisciplinaire au complet se doit de les rendre claires, exactes et surtout exploitables, pour optimiser la prise en charge globale du patient et donc bien sûr des douleurs chroniques.

Conclusion

« La limite de chaque douleur
est une douleur plus grande. »

Emile Cioran, Des larmes et des saints

C'est avec beaucoup de plaisir que j'ai réalisé ce travail tout au long de ces deux années. Il m'a permis, au travers d'un grand nombre de recherches, tant au niveau documentaire qu'auprès des infirmiers par mon questionnaire, de répondre à ma problématique.

Ainsi, ce travail me permet d'affirmer que les infirmiers ont un rôle très important à jouer dans la prise en charge des douleurs chroniques des personnes âgées, tant par leur rôle en collaboration avec le médecin que par leur rôle propre.

Par contre, il est judicieux d'apporter une certaine nuance à cette affirmation en disant que par le biais de mon analyse, j'ai également réalisé que toutes les possibilités de prise en charge de ces douleurs chroniques ne sont encore que très peu exploitées.

D'un côté, la prise en charge optimale des douleurs chroniques des personnes âgées passe par une multitude de soins du rôle propre de l'infirmier et nécessite du temps dont les équipes soignantes ne disposent pas toujours suffisamment. Cette prise en charge pourrait-elle ainsi devenir de meilleure qualité si la charge de travail des équipes soignantes n'était pas si importante?

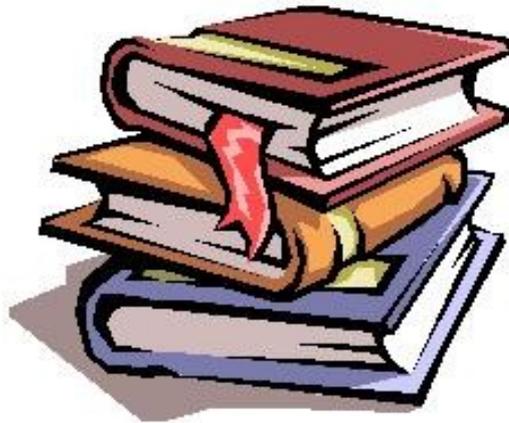
D'un autre côté, au travers de mes questionnaires, j'ai constaté que bon nombre de soignants ne sont pas encore conscients des bénéfices engendrés par les soins du rôle propre de l'infirmier, et que par conséquent, leur pratique ne fait pas partie du quotidien dans les services.

L'idéal serait la généralisation de ces pratiques au sein des établissements de santé. Cela serait-il réalisable par des formations accessibles à tous les soignants ou encore par l'ajout de postes d'infirmiers spécialisés dans la prise en charge de la douleur en service de gériatrie?

Quelles sont les autres solutions pour palier ce fléau de santé publique?

Une nouvelle réflexion s'impose...

Bibliographie



Livres

- GARNIER, Marcel; DELAMARE, Jacques - Dictionnaire des termes de médecine – 27e édition, Paris, Maloine, 2003, p. 435.
- DEYMIER, Valérie – L'infirmière et la douleur – Paris, Institut UPSA de la douleur, 2000, p.12.
- COLLEGE DES ACTEURS EN SOINS INFIRMIERS - L'infirmier(e) et les soins palliatifs - Paris, Masson, 2005, p.142.
- SEBAG-LANOË, R. ; WARY, B. ; MISCHLICH, D. - La douleur des femmes et des hommes âgés, Paris, Masson, 2002, p.283.
- FERGANE, Bernard ; JEANMOUGIN, Chantal – Douleur : soins préventifs et prise en charge – Paris, Flammarion, 2000, 111 p.
- LEFORT, José – Traitements naturels de la douleur – St Jean de Braye, Dangles, 1984, 141 p.
- DEYMIER, Valérie – Pratique du traitement de la douleur – Paris, Institut UPSA de la douleur, 2006, 199 p.
- DEYMIER, Valérie – Soins palliatifs en équipe : le rôle infirmier – Paris, Institut UPSA de la douleur, 2000, 181 p.
- SERRIE, Alain ; THUREL, Claude - La douleur en pratique quotidienne – Paris, Arnette, 2002, 700 p.

Articles

- LEFEBVRE-CHAPIRO, Sylvie – La douleur en fin de vie, l'évaluer et la soulager, Soins gériatrie, mai/juin 2004, n°47, p.34-38.
- SERRA, Eric ; DE BONVILLE, Pascale ; CAFFORT-DUPERRIER, Corine - Douleur et vieillissement : norme, fatalité ou défi soignant ? Soins gériatrie, septembre/octobre 2002, n°37, p.18-20.
- JOLY, Michèle - Les bains thérapeutiques de bien-être au domicile - Soins gériatrie, septembre / octobre 2004, n°49, p.40-41.
- MAYNAUD, Brigitte; DELERIS, Jean-François - La douleur dans le cadre du rôle propre infirmier - Soins, mars 1999, n°633, p.24-25.
- DEFONTAINE-CATTEAU, Marie-Claude – Et si le soin infirmier était psychothérapeutique ? - Soins, mars 1999, n°633, p.21-22.
- GOMAS, Jean-Marie – Aspects cliniques et thérapeutiques de la douleur – Soins gériatrie, septembre / octobre 2002, n°37, p.21-27.
- ARMAINGAUD, Didier – Protocole douleur – Soins gériatrie – septembre / octobre 2002, n°37, p.28-29.
- SAVATOFSKI, Joël – Toucher-massage, un bienfait pour les personnes âgées – Soins gériatrie – septembre / octobre 2002, n°37, p.33-35.
- DELALIEUX, Pascale ; JEGOU, Edith ; MALAQUIN-PAVAN, Evelyne; NECTOUX, Martine – Soins, approche corporelle et toucher massage – Soins gériatrie, janvier / février 2001, n°27, p.20-22.
- MORAGA, Manuel – Donner des soins restructurants à la personne âgée – Soins gériatrie, janvier / février 2000, n°21, p.30-33.
- GLANDY, Isabelle – Création d'un atelier massage par et pour les résidents – Soins gériatrie, janvier / février 2006, n°57, p.33-34.
- MARASCHIN, Joëlle – Le toucher-massage, une thérapie de bien-être – Soins gériatrie, mai / juin 2004, n°47, p.9.
- BERNARD, Marie-Fleur; CRESTIEN, Florian; DE SOUSA Annabelle – Prise en charge non médicamenteuse de la douleur – Soins gériatrie, mars / avril 2004, n°46, p.30-35.

Documents non publiés

- THORR, Marie-Josée - La relation d'aide - Cours à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Colmar, les 06/10/2003, 23/10/2003 et 12/12/2003.
- BEITZ, Brigitte - La douleur cancéreuse - Cours à l'Institut de Formation en soins infirmiers de Colmar, le 24 mars 2006.
- MATTHYS, Agnès - La musicothérapie - Cours à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Colmar, le 01/06/04.

Textes législatifs et réglementaires (cf sources internet)

- Décret n°2004-11-28-802 du 29/07/2004 extrait du Code de la Santé Publique, 4e partie, Livre III, Titre Ier, relatif à la profession d'infirmier et à l'exercice de la profession et aux actes infirmiers.
- Art. 2 de la Charte du malade hospitalisé contenu dans la Circulaire DGS/DH n°95-22 du 6 mai 1995 .
- Titre II, Chap.1, Art. 3 de la Loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative au droit des malades.
- Circulaire DGS/DH n°98/586 du 22 septembre 1998 relative à la mise en oeuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur 1998-2001.
- Circulaire DHOS/E2 n°2002-266 du 30 avril 2002 relative à la mise en oeuvre du Programme National de Lutte contre la douleur 2002-2005.

Autres sources de documentation

- **Internet :**
- ✓ TEXTES OFFICIELS SEFIEC - « L'actualité réglementaire dans le domaine infirmier »
www.cefiec.fr/ressources/textes/infirmiers.htm, consultation le 29/06/2005.
- ✓ ASSISTANCE PUBLIQUE - HOPITAUX DE PARIS - « Charte du patient hospitalisé »
www.aphp.fr/site/droits/documents/charte.pdf, consultation le 02/07/2005.
- ✓ LEGIFRANCE « Le service public de l'accès au droit »
www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=MESX0100092L,
consultation le 02/07/2005.
- ✓ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES -
« Lutte contre la douleur »
www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/douleur/2-lutte/34_980307.htm, consultation le
02/07/2005.
- ✓ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES -
« Le programme de lutte contre la douleur 2002-2005 »
www.sante.gouv.fr/htm/actu/douleur/prog/htm, consultation le 02/07/2005.
- ✓ PRISER, Cécile - « La douleur »
<http://www.infirmiers.com/etud/cours/anatphy/douleur.php>, consultation le 12/01/06.
- ✓ SECALL, Agnès - « La personne âgée »
http://www.unahfrance.org/personne_agee2.htm, consultation le 15/11/2005.
- ✓ WIKIPEDIA « Massages » <http://fr.wikipedia.org/wiki/Massage>,
consultation le 15/11/2005.
- ✓ ROYOL, Jean-Pierre - « L'art-thérapie c'est prendre sa parole en main ! »
<http://www.wmaker.net/artherapie/>, consultation le 21/12/2005.
- ✓ SAVATOFSKI, Joël - « Ecole européenne du toucher-massage »-
<http://www.toucher-massage.com/>, consultation le 02/10/2005.
- **La Bible** - ANCIEN TESTAMENT – 1er livre de Samuel chapitre 16 verset 23

Annexes

« La douleur est un siècle
et la mort un instant. »

Jean-Louis-Baptiste Gresset, Epître VI

Annexe I

Décret du 29/07/2004

extrait du Code de la Santé Publique

4e partie, Livre III, Titre Ier

Relatif à l'exercice de la profession et aux actes infirmiers

Extrait concernant la profession d'infirmier, tiré du décret 2004-802 du 29/07/04 paru au J.O. Du 08/08/04

LIVRE III -- AUXILIAIRES MÉDICAUX

TITRE Ier : PROFESSION D'INFIRMIER OU D'INFIRMIÈRE

Chapitre Ier : Exercice de la profession

Section 1 : Actes professionnels

Article R. 4311-1

L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé.

Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel.

Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif.

Article R. 4311-2

Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

- 1° De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;
- 2° De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;
- 3° De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;
- 4° De contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;
- 5° De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage.

Article R. 4311-3

Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes.

Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers.

Article R. 4311-4

Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-3

Article R. 4311-5

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

- 1° Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement ;
- 2° Surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire ;
- 3° Dépistage et évaluation des risques de maltraitance ;
- 4° Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ;
- 5° Vérification de leur prise ;
- 6° Surveillance de leurs effets et éducation du patient ;
- 7° Administration de l'alimentation par sonde gastrique, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-7 et changement de sonde d'alimentation gastrique ;
- 8° Soins et surveillance de patients en assistance nutritive entérale ou parentérale ;
- 9° Surveillance de l'élimination intestinale et urinaire et changement de sondes vésicales ;
- 10° Soins et surveillance des patients sous dialyse rénale ou péritonéale ;
- 11° Soins et surveillance des patients placés en milieu stérile ;
- 12° Installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap ;

- 13° Préparation et surveillance du repos et du sommeil ;
- 14° Lever du patient et aide à la marche ne faisant pas appel aux techniques de rééducation ;
- 15° Aspirations des sécrétions d'un patient qu'il soit ou non intubé ou trachéotomisé ;
- 16° Ventilation manuelle instrumentale par masque ;
- 17° Utilisation d'un défibrillateur semi-automatique et surveillance de la personne placée sous cet appareil ;
- 18° Administration en aérosols de produits non médicamenteux ;
- 19° Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur ;
- 20° Réalisation, surveillance et renouvellement des pansements non médicamenteux ;
- 21° Réalisation et surveillance des pansements et des bandages autres que ceux mentionnés à l'article R. 4311-7 ;
- 22° Prévention et soins d'escarres ;
- 23° Prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ;
- 24° Soins et surveillance d'ulcères cutanés chroniques ;
- 25° Toilette périnéale ;
- 26° Préparation du patient en vue d'une intervention, notamment soins cutanés préopératoires ;
- 27° Recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention ;
- 28° Soins de bouche avec application de produits non médicamenteux ;
- 29° Irrigation de l'oeil et instillation de collyres ;
- 30° Participation à la réalisation des tests à la sueur et recueil des sécrétions lacrymales ;
- 31° Surveillance de scarifications, injections et perfusions mentionnées aux articles R. 4311-7 et R. 4311-9 ;
- 32° Surveillance de patients ayant fait l'objet de ponction à visée diagnostique ou thérapeutique ;
- 33° Pose de timbres tuberculiques et lecture ;
- 34° Détection de parasitoses externes et soins aux personnes atteintes de celles-ci ;
- 35° Surveillance des fonctions vitales et maintien de ces fonctions par des moyens non invasifs et n'impliquant pas le recours à des médicaments ;
- 36° Surveillance des cathéters, sondes et drains ;
- 37° Participation à la réalisation d'explorations fonctionnelles, à l'exception de celles mentionnées à l'article R. 4311-10, et pratique d'examen non vulnérants de dépistage de troubles sensoriels ;
- 38° Participation à la procédure de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables ;
- 39° Recueil des données biologiques obtenues par des techniques à lecture instantanée suivantes :
 - a) Urines : glycosurie acétonurie, protéinurie, recherche de sang, potentiels en ions hydrogène, pH ;
 - b) Sang : glycémie, acétonémie ;
- 40° Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ;
- 41° Aide et soutien psychologique ;
- 42° Observation et surveillance des troubles du comportement.

Article R. 4311-6

Dans le domaine de la santé mentale, outre les actes et soins mentionnés à l'article R. 4311-5, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes et soins suivants :

- 1° Entretien d'accueil du patient et de son entourage ;
- 2° Activités à visée sociothérapeutique individuelle ou de groupe ;
- 3° Surveillance des personnes en chambre d'isolement ;
- 4° Surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient.

Article R. 4311-7

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin :

- 1° Scarifications, injections et perfusions autres que celles mentionnées au deuxième alinéa de l'article R. 4311-9, instillations et pulvérisations ;
- 2° Scarifications et injections destinées aux vaccinations ou aux tests tuberculiques ;
- 3° Mise en place et ablation d'un cathéter court ou d'une aiguille pour perfusion dans une veine superficielle des membres ou dans une veine épicroténienne ;
- 4° Surveillance de cathéters veineux centraux et de montages d'accès vasculaires implantables mis en place par un médecin ;
- 5° Injections et perfusions, à l'exclusion de la première, dans ces cathéters ainsi que dans les cathéters veineux centraux et ces montages :
 - a) De produits autres que ceux mentionnés au deuxième alinéa de l'article R. 4311-9 ;
 - b) De produits ne contribuant pas aux techniques d'anesthésie générale ou locorégionale mentionnées à l'article R. 4311-12. Ces injections et perfusions font l'objet d'un compte rendu d'exécution écrit, daté et signé par l'infirmier ou l'infirmière et transcrit dans le dossier de soins infirmiers ;
- 6° Administration des médicaments sans préjudice des dispositions prévues à l'article R. 4311-6 ;
- 7° Pose de dispositifs transcutanés et surveillance de leurs effets ;
- 8° Renouvellement du matériel de pansements médicamenteux ;
- 9° Réalisation et surveillance de pansements spécifiques ;
- 10° Ablation du matériel de réparation cutanée ;
- 11° Pose de bandages de contention ;
- 12° Ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention ;
- 13° Renouvellement et ablation des pansements médicamenteux, des systèmes de tamponnement et de drainage, à l'exception des drains pleuraux et médiastinaux ;
- 14° Pose de sondes gastriques en vue de tubage, d'aspiration, de lavage ou d'alimentation gastrique ;
- 15° Pose de sondes vésicales en vue de prélèvement d'urines, de lavage, d'instillation, d'irrigation ou de drainage de la vessie,

sous réserve des dispositions du troisième alinéa de l'article R. 4311-10 ;

- 16° Instillation intra-urétrale ;
- 17° Injection vaginale ;
- 18° Pose de sondes rectales, lavements, extractions de fécalomes, pose et surveillance de goutte-à-goutte rectal ;
- 19° Appareillage, irrigation et surveillance d'une plaie, d'une fistule ou d'une stomie ;
- 20° Soins et surveillance d'une plastie ;
- 21° Participation aux techniques de dilatation de cicatrices ou de stomies ;
- 22° Soins et surveillance d'un patient intubé ou trachéotomisé, le premier changement de canule de trachéotomie étant effectué par un médecin ;
- 23° Participation à l'hyperthermie et à l'hypothermie ;
- 24° Administration en aérosols et pulvérisations de produits médicamenteux ;
- 25° Soins de bouche avec application de produits médicamenteux et, en tant que de besoin, aide instrumentale ;
- 26° Lavage de sinus par l'intermédiaire de cathéters fixés par le médecin ;
- 27° Bains d'oreilles et instillations médicamenteuses ;
- 28° Enregistrements simples d'électrocardiogrammes, d'électro-encéphalogrammes et de potentiels évoqués sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-10 ;
- 29° Mesure de la pression veineuse centrale ;
- 30° Vérification du fonctionnement des appareils de ventilation assistée ou du monitoring, contrôle des différents paramètres et surveillance des patients placés sous ces appareils ;
- 31° Pose d'une sonde à oxygène ;
- 32° Installation et surveillance des personnes placées sous oxygénothérapie normobare et à l'intérieur d'un caisson hyperbare ;
- 33° Branchement, surveillance et débranchement d'une dialyse rénale, péritonéale ou d'un circuit d'échanges plasmatique ;
- 34° Saignées ;
- 35° Prélèvements de sang par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux ;
- 36° Prélèvements de sang par ponction artérielle pour gazométrie ;
- 37° Prélèvements non sanglants effectués au niveau des téguments ou des muqueuses directement accessibles ;
- 38° Prélèvements et collecte de sécrétions et d'excrétions ;
- 39° Recueil aseptique des urines ;
- 40° Transmission des indications techniques se rapportant aux prélèvements en vue d'analyses de biologie médicale ;
- 41° Soins et surveillance des personnes lors des transports sanitaires programmés entre établissements de soins ;
- 42° Entretien individuel et utilisation au sein d'une équipe pluridisciplinaire de techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapeutique ;
- 43° Mise en oeuvre des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient, et des protocoles d'isolement.

Article R. 4311-8

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers.

Article R. 4311-9

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à accomplir sur prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, les actes et soins suivants, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment :

- 1° Injections et perfusions de produits d'origine humaine nécessitant, préalablement à leur réalisation, lorsque le produit l'exige, un contrôle d'identité et de compatibilité obligatoire effectué par l'infirmier ou l'infirmière ;
- 2° Injections de médicaments à des fins analgésiques dans des cathéters périduraux et intrathécaux ou placés à proximité d'un tronc ou d'un plexus nerveux, mis en place par un médecin et après que celui-ci a effectué la première injection ;
- 3° Préparation, utilisation et surveillance des appareils de circulation extracorporelle ;
- 4° Ablation de cathéters centraux et intrathécaux ;
- 5° Application d'un garrot pneumatique d'usage chirurgical ;
- 6° Pose de dispositifs d'immobilisation ;
- 7° Utilisation d'un défibrillateur manuel ;
- 8° Soins et surveillance des personnes, en postopératoire, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-12 ;
- 9° Techniques de régulation thermique, y compris en milieu psychiatrique ;
- 10° Cures de sevrage et de sommeil.

Article R. 4311-10

L'infirmier ou l'infirmière participe à la mise en oeuvre par le médecin des techniques suivantes :

- 1° Première injection d'une série d'allergènes ;
- 2° Premier sondage vésical chez l'homme en cas de rétention ;
- 3° Enregistrement d'électrocardiogrammes et d'électroencéphalogrammes avec épreuves d'effort ou emploi de médicaments modificateurs ;
- 4° Prise et recueil de pression hémodynamique faisant appel à des techniques à caractère vulnérant autres que celles mentionnées à l'article R. 4311-7 ;
- 5° Actions mises en oeuvre en vue de faire face à des situations d'urgence vitale ;
- 6° Explorations fonctionnelles comportant des épreuves pharmacodynamiques, d'effort, de stimulation ou des tests de provocation ;
- 7° Pose de systèmes d'immobilisation après réduction ;
- 8° Activités, en équipe pluridisciplinaire, de transplantation d'organes et de greffe de tissus ;
- 9° Transports sanitaires :
 - a) Transports sanitaires urgents entre établissements de soins effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;
 - b) Transports sanitaires médicalisés du lieu de la détresse vers un établissement de santé effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation
- 10° Sismothérapie et insulinothérapie à visée psychiatrique.

Annexe II

Charte du malade hospitalisé

Article 2 relatif aux soins

Extrait de la circulaire du 6 mai 1995

**CIRCULAIRE MINISTÉRIELLE n° 95-22 DU 6 MAI 1995
RELATIVE AUX DROITS DES PATIENTS HOSPITALISÉS.**

Article 2 - Des Soins

Les établissements de santé assurent les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques des patients. Ils leur dispensent les soins préventifs, curatifs ou palliatifs que requiert leur état et veillent à la continuité des soins à l'issue de leur admission ou de leur hébergement.

Au cours de ces traitements et ces soins, la prise en compte de la dimension douloureuse, physique et psychologique des patients et le soulagement de la souffrance doivent être une préoccupation constante de tous les intervenants.

Tout établissement doit se doter des moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent et intégrer ces moyens dans son projet d'établissement, en application de la loi n° 95-116 du 4 février 1995.

L'évolution des connaissances scientifiques et techniques permet d'apporter, dans la quasi totalité des cas, une réponse aux douleurs, qu'elles soient chroniques ou non, qu'elles soient ressenties par des enfants, des adultes ou des personnes en fin de vie.

Lorsque des personnes sont parvenues au terme de leur existence, elles reçoivent des soins d'accompagnement qui répondent à leurs besoins spécifiques. Elles sont accompagnées si elles le souhaitent, par leurs proches et les personnes de leur choix et, naturellement, par le personnel.

La circulaire DGS du 26 août 1986 constitue en ce domaine une référence en matière d'organisation des soins et d'accompagnement.

Annexe III

Loi du 4 mars 2002

Relative aux droits des malades

Titre II, Chap 1, Art 3

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

TITRE II

DÉMOCRATIE SANITAIRE

Chapitre Ier

Droits de la personne

Article 3

Dans le titre Ier du livre Ier de la première partie du code de la santé publique, il est inséré un chapitre préliminaire ainsi rédigé :

« Chapitre préliminaire

« Droits de la personne

« Art. L. 1110-1. - Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en oeuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible.

« Art. L. 1110-2. - La personne malade a droit au respect de sa dignité.

« Art. L. 1110-3. - Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins.

« Art. L. 1110-4. - Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

« Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

« Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

« Afin de garantir la confidentialité des informations médicales mentionnées aux alinéas précédents, leur conservation sur support informatique, comme leur transmission par voie électronique entre professionnels, sont soumises à des règles définies par décret en Conseil d'Etat pris après avis public et motivé de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce décret détermine les cas où l'utilisation de la carte professionnelle de santé mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 161-33 du code de la sécurité sociale est obligatoire.

« Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 EUR d'amende.

« En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que le famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part.

« Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès.

« Art. L. 1110-5. - Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.

« Les dispositions du premier alinéa s'appliquent sans préjudice de l'obligation de sécurité à laquelle est tenu tout fournisseur de produit de santé, ni des dispositions du titre II du livre Ier de la première partie du présent code.

« Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.

« Les professionnels de santé mettent en oeuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort.

« Art. L. 1110-6. - Dans la mesure où leurs conditions d'hospitalisation le permettent, les enfants en âge scolaire ont droit à un suivi scolaire adapté au sein des établissements de santé.

« Art. L. 1110-7. - L'évaluation prévue à l'article L. 6113-2 et l'accréditation prévue à l'article L. 6113-3 prennent en compte les mesures prises par les établissements de santé pour assurer le respect des droits des personnes malades et les résultats obtenus à cet égard. Les établissements de santé rendent compte de ces actions et de leurs résultats dans le cadre des transmissions d'informations aux agences régionales de l'hospitalisation prévues au premier alinéa de l'article L. 6113-8. »

Annexe IV

Circulaire du 24 septembre 1998
relative à la mise en oeuvre du 1er plan d'action triennal
de lutte contre la douleur 1998-2001

Circulaire DGS/DH n°98-586 du 24 septembre 1998 relative à la mise en oeuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés

Pendant longtemps, la douleur a été vécue comme une fatalité. L'évolution des connaissances nous donne aujourd'hui des moyens importants, permettant de réduire dans des proportions considérables la douleur des patients. C'est pourquoi une réflexion a été engagée depuis plusieurs années par le ministère chargé de la santé en faveur d'une amélioration de la prise en charge des patients.

L'objectif de la présente instruction est de porter à votre connaissance les principales mesures découlant du plan triennal d'action de lutte contre la douleur que j'ai récemment arrêté. Il apparaît que l'action globale qu'il convient de conduire ne réussira qu'avec le concours conjugué des professionnels de santé, des établissements, des agences régionales de l'hospitalisation et des services déconcentrés.

Ce plan s'articule autour des axes suivants :

- le développement de la lutte contre la douleur dans les structures de santé et les réseaux de soins ;
- le développement de la formation et de l'information des professionnels de santé sur l'évaluation et le traitement de la douleur ;
- la prise en compte de la demande du patient et l'information du public.

1. Le développement de la lutte contre la douleur dans les établissements de santé et les réseaux de soins

Tout établissement de santé doit mettre en oeuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'il accueille, en application de l'article L. 710-3-1 du code de la santé publique. Pour les établissements de santé publics, ces moyens sont définis par le projet d'établissement visé à l'article L. 714-11 du code de la santé publique.

C'est dans ce cadre qu'un guide méthodologique sera diffusé dans les établissements de santé au cours du 4^e trimestre 1998 leur permettant d'appréhender la prise en charge de la douleur sous ses différents aspects.

L'évaluation de la douleur au quotidien devient un impératif. Pour cette raison, chaque professionnel doit être doté d'une échelle visuelle analogique (type EVA) de mesure de l'intensité de la douleur, qui se présente sous forme de règle.

Ce plan de lutte contre la douleur a également pour objectif de faciliter la prescription et la dispensation de l'ensemble des antalgiques et notamment celles des stupéfiants. C'est pourquoi les ordonnances extraites du carnet à souches sont supprimées à partir du 1^{er} janvier 1999. La prescription d'antalgiques classés comme stupéfiants faite sur ordonnance extraite d'un carnet à souches sera remplacée par une prescription médicale sur ordonnance sécurisée. Pour la prescription de tous médicaments autres que les antalgiques classés comme stupéfiants, les établissements de santé disposent d'un délai maximum de 18 mois pour remplacer leurs ordonnances actuelles. Passé ce délai, quelle que soit la prescription, elle se fera sur ordonnance sécurisée.

Il convient de préciser que l'utilisation de l'ordonnance sécurisée concernera exclusivement les ordonnances de sortie, la prescription de médicaments achetés en officine de ville pour les malades pris en charge au titre des alternatives à l'hospitalisation, ou pour la prescription dans le cadre des consultations externes. A l'intérieur des établissements de santé, ces ordonnances sécurisées ne seront pas obligatoires.

En conséquence, les établissements de santé sont invités à adapter leurs commandes d'imprimés afin de disposer d'ordonnances sécurisées dès le 1^{er} janvier 1999, et d'envisager leur généralisation dans les meilleurs délais. Un référentiel technique et un référentiel organisationnel réalisés par l'AFNOR seront publiés au cours du dernier trimestre 1998.

Une circulaire précisant les conditions de réalisation de protocoles de soins en faveur du soulagement de la douleur sera adressée aux établissements d'ici à la fin de l'année 1998. Cette circulaire aura pour objet, d'une part, d'apporter des recommandations aux équipes soignantes pour une meilleure prise en charge de la douleur aiguë en équipe pluriprofessionnelle et multidisciplinaire et, d'autre part, d'inciter ces mêmes équipes à élaborer des protocoles et à définir des modes d'organisation appropriés.

Si certains réseaux de soins sont déjà dédiés à la prise en charge de la douleur, il conviendra d'inciter tous les professionnels de santé participant à des réseaux de soins à faire de la prise en charge de la douleur un des points forts de leurs actions. Par ailleurs, la qualité de la prise en charge de la douleur constituera une des clauses relatives à la qualité dans les contrats d'objectifs et de moyens conclus entre les établissements de santé et les agences régionales d'hospitalisation.

D'une manière plus générale, la qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé conformément à l'article L. 710-1-1 du code de la santé publique ; elle sera prise en compte dans la procédure d'accréditation conduite par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES).

2. La formation et l'information des professionnels de santé

2.1. La formation des professionnels

2.1.1. La formation initiale

La douleur fait déjà partie des enseignements obligatoires au cours du 2e cycle d'études médicales. Dans le cadre de la réforme du 3e cycle de ces mêmes études, la formation à la prise en charge de la douleur sera renforcée.

Pour les professionnels paramédicaux pour lesquels l'enseignement est déjà intégré dans leur cursus de formation initiale (tels les infirmiers), la formation à la prise en charge de la douleur sera étendue. Pour les autres professionnels, la prise en charge de la douleur sera introduite dans leur enseignement de base, notamment pour les masseurs-kinésithérapeutes.

Par ailleurs, des sessions de sensibilisation à la prise en charge de la douleur seront programmées dans le cursus de formation des directeurs d'hôpital.

2.1.2. La formation continue

La prise en charge de la douleur a été retenue comme thème prioritaire pour les médecins en 1998, dans le cadre de la formation médicale continue et intégrée dans le guide de la formation médicale continue hospitalière.

Pour le personnel non médical, la direction des hôpitaux en partenariat avec l'ANFH a lancé une action nationale de formation à la prise en charge de la douleur en équipe pluriprofessionnelle (médecins et non médecins) dans quatre régions pilotes en 1997. L'objectif est de favoriser l'élaboration des projets centrés sur la douleur et leur intégration dans le projet d'établissement. L'évaluation positive de cette action a conduit à son extension en 1998.

Parallèlement, il est fortement recommandé de prévoir et proposer aux personnels, dans le cadre du plan de formation de chaque établissement, des actions sur la prise en charge de la douleur. A ce titre, il est prévu la réalisation d'un kit pédagogique destiné aux professionnels de santé, chaque établissement pourra en disposer afin de réaliser, en interne, des compléments de formation continue sur la prise en charge de la douleur.

2.2. L'information des professionnels de santé

Les professionnels de santé, comme les usagers, trouveront des informations sur la prise en charge de la douleur dès l'automne 1998 sur le site Internet du ministère à l'adresse "www.sante.gouv.fr". Par ailleurs, un logiciel pédagogique sur la prise en charge de la douleur, élaboré par le ministère et destiné aux professionnels de santé, sera disponible sur le "réseau santé social" en 1999.

3. La prise en compte de la demande des patients

Il est rappelé dans l'article II de la charte du patient hospitalisé (annexée à la circulaire DGS/DH n° 95-22 du 6 mai 1995) "qu'au cours des traitements et des soins, la prise en compte de la dimension douloureuse, physique et psychologique des patients et le soulagement de la souffrance doivent être une préoccupation constante de tous les intervenants".

Dans cet esprit, le plan de lutte contre la douleur met le patient au coeur du système de santé et prévoit un certain nombre de mesures qui le concernent directement :

Le carnet douleur : il sera remis avec le livret d'accueil à tout patient hospitalisé dès son arrivée afin qu'il soit pleinement informé des possibilités de prises en charge de la douleur. Ce carnet, réalisé par le ministère, sera envoyé aux établissements de santé au courant du 4e trimestre 1998.

La diffusion massive et la systématisation de l'utilisation des échelles de mesure de la douleur doivent contribuer à ce que la douleur soit mieux évaluée, et donc mieux traitée. Corrélativement, les informations journalières s'y rapportant devront figurer dans le dossier du patient (cf. point I).

La mesure de la satisfaction des patients : en application de l'arrêté du 7 janvier 1997 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé, le questionnaire de sortie est destiné à recueillir l'avis du patient sur ses conditions d'accueil et de séjour. Il apparaît essentiel que la prise en charge de la douleur constitue un des indicateurs de l'évaluation de la satisfaction des patients. A ce titre, vous voudrez bien vous référer au document d'orientation diffusé en décembre 1997 (Informations hospitalières, numéro spécial, décembre 1997).

Par ailleurs, de façon à compléter l'information des usagers, la liste régionale des consultations, unités et centres de lutte contre la douleur chronique rebelle (circulaire n° 98-47 du 4 février 1998 relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle) doit faire l'objet d'une diffusion la plus large possible. Une liste nationale sera diffusée sur Minitel 3614 MISASOL sous la rubrique "actualité" et sera accessible sur le site Internet du ministère.

Enfin, la lutte contre la douleur va faire l'objet d'une campagne d'information se déclinant en trois volets : tout d'abord auprès de la presse spécialisée sur les différentes actions menées par le ministère et les associations, puis par une campagne de communication en direction du grand public et, enfin, par une semaine de sensibilisation et d'information au sein des établissements de santé qui est envisagée pour le début de l'année 1999.

Vous voudrez bien prendre toute disposition de nature à faciliter la mise en oeuvre de ce plan et m'informer des éventuelles difficultés que vous pourrez rencontrer à ce sujet.

Je suis particulièrement attaché à ce que vous preniez toutes les mesures nécessaires pour que la douleur des malades soit réellement et efficacement prise en charge.

Références :

Article L. 710-3-1 du code de la santé publique ;

Circulaire DGS/DH n° 94-3 du 7 janvier 1994 relative à l'organisation des soins et la prise en charge des douleurs chroniques ;

Rapport ANDEM : les structures d'évaluation et de traitement de la douleur - novembre 1995 ;

Circulaire DGS/DH n° 98-47 du 4 février 1998 relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle.

Le secrétaire d'Etat à la santé, Direction générale de la santé, Bureau SQ 2, Direction des hôpitaux.

Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation, Madame et Messieurs les préfets de région (direction régionale des affaires sanitaires et sociales) ; Mesdames et Messieurs les préfets de départements (direction départementale des affaires sanitaires et sociales).

Annexe V

Circulaire du 30 avril 2002
relative à la mise en oeuvre du Programme National de
Lutte contre la Douleur 2002-2005

Circulaire DHOS/E2 n°2002-266 du 30 avril 2002 relative à la mise en oeuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé

Textes de référence :

Article L. 1110-5 du code de la santé publique (loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé) ;

Article L. 1112-4 du code de la santé publique (modifié par la loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs) ;

Circulaire DGS/DH n° 3 du 7 janvier 1994 relative à l'organisation des soins et à la prise en charge des douleurs chroniques ;

Circulaire DGS/DH n° 98-47 du 4 février 1998 relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur rebelle ;

Circulaire DGS/DH n° 98-586 du 22 septembre 1998 relative à la mise en oeuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés ;

Circulaire DGS/DH/DAS n° 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 dans les établissements de santé et institutions médico-sociales.

Le ministre délégué à la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour attribution) ; Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour attribution et diffusion]) ; Mesdames et Messieurs les directeurs des établissements de santé (pour attribution) La lutte contre la douleur est depuis plusieurs années une priorité de santé publique et constitue un des éléments de la politique d'amélioration de la qualité des soins. La mise en place de programmes nationaux d'action témoigne de la volonté du ministère de la santé et des professionnels de mieux maîtriser la prise en charge de la douleur de la personne à tous les âges de la vie.

Ainsi, en 1998, un premier plan de lutte contre la douleur, dont l'objectif principal a été d'instaurer une véritable « culture de lutte contre la douleur » (1) a été défini.

En 2001, l'évaluation de ce plan réalisée par la société française de santé publique a montré qu'une prise de conscience s'était développée tant au niveau des usagers que des professionnels et que des changements notables étaient intervenus notamment dans la prise en charge thérapeutique de la douleur. Malgré ces éléments encourageants, des difficultés et dysfonctionnements persistent. Les structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle sont mal connues du public et des médecins libéraux. L'utilisation d'outils de référence notamment d'échelles de mesure de l'intensité de la douleur reste peu développée. La formation pratique des médecins dans le domaine de la douleur est insuffisante. Les médicaments opioïdes sont encore trop souvent réservés aux situations de fin de vie. Les protocoles de prise en charge de la douleur (2), qui doivent permettre à l'infirmier, dans certaines conditions, de mettre en oeuvre et suivre un traitement antalgique sont rarement utilisés. A partir de ce constat et pour soutenir les efforts engagés, un nouveau programme national a été défini (3). Ce programme quadriennal (2002-2005) poursuit les axes d'amélioration du plan précédent notamment en ce qui concerne la prise en charge de la douleur chronique rebelle. Il comporte par ailleurs trois nouvelles priorités :

- * la douleur provoquée par les soins et la chirurgie ;
- * la douleur de l'enfant ;
- * la prise en charge de la migraine.

Ces priorités s'articulent autour de cinq objectifs :

- * associer les usagers par une meilleure information ;
- * améliorer l'accès de la personne souffrant de douleurs chroniques à des structures spécialisées ;
- * améliorer l'information et la formation des personnels de santé ;
- * amener tous les établissements de santé à s'engager dans un programme de prise en charge de la douleur ;
- * renforcer le rôle infirmier notamment dans la prise en charge de la douleur provoquée.

La présente circulaire a pour objet de préciser, dans le cadre de ce nouveau programme national de lutte contre la douleur, les actions que les établissements de santé devront poursuivre (partie 1), les moyens structurels et humains pour soutenir cette démarche (partie 2), les modalités de mise en oeuvre par les agences régionales d'hospitalisation (partie 3).

I. - LES ACTIONS AU NIVEAU DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Tout établissement de santé doit mettre en oeuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'il accueille en application de l'article L. 1112-4 du code de la santé publique. Dans le cadre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005, l'établissement de santé devra s'engager particulièrement à mener les actions suivantes :

- * informer les usagers par la remise d'un contrat d'engagement contre la douleur à l'accueil ;
- * organiser la prise en charge de la douleur au sein de l'établissement ;
- * informer et former les personnels de santé ;
- * mettre en place au sein des services des protocoles de prise en charge de la douleur.

I.1. L'information des usagers : le contrat d'engagement contre la douleur

L'information est une exigence légitime de toute personne malade et constitue un élément indispensable à la promotion de la qualité des soins.

Cette information, conformément à l'article L. 1111-2 du code de la santé publique, porte sur les différentes investigations et les traitements ou actions de prévention qui sont proposés.

Dans le cadre de la prise en charge de la douleur, il convient de rappeler qu'une information écrite doit être fournie à la personne malade dès son arrivée. Le livret d'accueil qui lui est remis contient la charte du patient hospitalisé et des informations sur les droits relatifs au soulagement de la douleur.

En outre, ce livret d'accueil doit désormais intégrer le contrat d'engagement contre la douleur. Ce contrat, qui remplace le « carnet

douleur », constitue un acte d'engagement de l'établissement. Il comporte une information sur la politique menée au sein de l'établissement de santé dans ce domaine. Il intègre également les messages sur la prévention de la douleur provoquée, la douleur postopératoire, l'utilisation des échelles d'évaluation de la douleur et les médicaments de la douleur.

Un contrat d'engagement type sera mis à disposition des établissements de santé au début du 2^e semestre 2002. Il sera téléchargeable sur le site Internet du ministère (www.sante.gouv.fr - dossier « douleur »).

L'information de la personne et de son entourage doit être réalisée par l'équipe soignante de façon individualisée dès le début de

l'hospitalisation voire dès la consultation pré-anesthésique ou chirurgicale et régulièrement au cours de l'hospitalisation.

I.2. Le programme de prise en charge de la douleur de l'établissement de santé

Afin d'aider les établissements de santé dans l'organisation de la prise en charge de la douleur, un groupe d'experts réunis sous l'initiative du ministère de la santé a élaboré un guide intitulé « Pour la mise en place d'un programme de lutte contre la douleur dans les établissements de santé ». Ce document propose une aide méthodologique ainsi que des orientations pour l'organisation et la mise en oeuvre d'un programme de prise en charge de la douleur.

La démarche présentée dans ce guide s'articule autour de 3 étapes :

- * la mise en place d'un comité pilote qui constitue un élément moteur pour susciter et animer une véritable « culture de lutte contre la douleur ». Afin d'éviter un cloisonnement préjudiciable à la personne malade, ce comité doit intégrer dans sa réflexion celle relative aux soins palliatifs. Ce comité peut être constitué sous le nom de comité de lutte contre la douleur (CLUD). Cette démarche peut également s'inscrire au niveau de la « structure qualité » de l'établissement de santé ;
- * l'élaboration du programme de lutte contre la douleur qui est établi selon les caractéristiques de l'établissement. Elle nécessite de réaliser un bilan de l'existant puis de définir, en tenant compte des priorités nationales retenues pour les quatre prochaines années, des objectifs d'amélioration et les actions propres à les réaliser ;
- * la conduite du programme qui correspond à la mise en oeuvre des actions, à leur évaluation et aux éventuels réajustements.

L'engagement de la direction de l'établissement dans la mise en oeuvre du programme en termes d'incitation, d'information et de moyens affectés est un élément fondamental de la réussite de cette démarche.

Ce guide téléchargeable sur le site du ministère (www.sante.gouv.fr - dossier « douleur ») sera adressé aux directeurs des établissements de santé publics et privés au cours du 2^e semestre 2002. Sa diffusion sera accompagnée d'un résumé édité sous forme de brochure pour assurer l'information de l'ensemble des soignants.

I.3. L'information et la formation continue des personnels de santé

Afin de donner aux soignants les moyens de mettre en place des stratégies de prévention et de traitement de la douleur, une série de documents intégrant les connaissances nécessaires à une prise en charge quotidienne de la douleur sera diffusée. Ces documents élaborés par la Direction générale de la santé en collaboration avec les sociétés savantes seront disponibles à la fin de l'année 2003 notamment sur le site Internet du ministère.

Les actions de formation continue sur le thème de la prise en charge de la douleur doivent être poursuivies tant au niveau des personnels d'encadrement que des soignants. A ce titre, il est fortement recommandé de prévoir et de proposer aux personnels, dans le cadre du plan de formation de chaque établissement de santé, des actions de formation pluridisciplinaires centrées sur la dimension sociale et psychologique de la douleur (complexité du phénomène douloureux, variabilité de sa perception et de son expression) ainsi que sur l'approche de la douleur (évaluation de l'intensité de la douleur, élaboration et mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur provoquée par les soins et la chirurgie).

I.4. La mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur

Les protocoles de prise en charge de la douleur constituent des outils dont doivent se doter les établissements de santé dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge de la douleur. Ils permettent notamment aux infirmiers d'intervenir sans délai, de personnaliser la prescription et d'utiliser des procédures reconnues pour leur efficacité.

Ils sont considérés comme des prescriptions anticipées ou des conduites à tenir.

Une attention particulière doit être portée à la mise en place de ces protocoles. En effet, pour être effective, leur mise en place nécessite une réflexion d'équipe préalable menée avec le prescripteur, c'est-à-dire le médecin. Cette réflexion suscitée et accompagnée par le personnel d'encadrement médical et paramédical de chaque service doit amener l'équipe à s'interroger sur l'intérêt d'un protocole de prise en charge de la douleur pour la personne malade et les soignants, la responsabilité respective du médecin et de l'infirmier, l'organisation des soins.

Les domaines prioritaires devant donner lieu à la mise en place de protocoles concernent notamment la prise en charge de la douleur provoquée avant, pendant et après la réalisation de soins potentiellement douloureux (soins d'hygiène et de confort, rééducation), d'actes invasifs (ponction, biopsie, pansement douloureux) et de chirurgie.

II. - LES MOYENS STRUCTURELS ET HUMAINS

Afin d'améliorer le dispositif existant en termes de moyens structurels et humains, les mesures suivantes sont prévues :

*création d'un centre national de ressource de la douleur ;

*renforcement des structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle ;

*renforcement du rôle de l'infirmier, notamment dans la prise en charge de la douleur provoquée.

II.1. Le centre national de ressource de la douleur

Ce centre a pour mission de :

* recueillir et diffuser l'information auprès de tous les professionnels de santé par la création d'une médiathèque et d'un site Internet dédié

spécifiquement à la prise en charge de la douleur ;

* apporter une aide logistique aux professionnels de santé, notamment aux professionnels en charge de la douleur (audits clef en main, protocoles, ...) ;

* développer la recherche paramédicale sur la douleur au quotidien, les méthodes complémentaires non pharmacologiques de prise en charge de la douleur ;

* faire connaître et valoriser les initiatives et les actions réalisées sur le thème de l'amélioration de la prise en charge de la douleur et du confort du patient (prévention de la douleur liée aux soins et aux gestes techniques).

Dès son ouverture prévue fin de l'année 2002, les coordonnées et modalités de fonctionnement de ce centre seront disponibles sur le site Internet du ministère.

II.2. Le renforcement des structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle

La personne souffrant de douleurs chroniques rebelles doit pouvoir bénéficier d'une prise en charge spécifique ; les règles d'organisation et les principes thérapeutiques ont été fixés par circulaire (4). Afin de mieux informer les usagers et les professionnels sur leur existence, la liste de ces structures a été dressée et diffusée sur le site Internet du ministère (5). Toutefois, compte tenu des inégalités régionales et pour améliorer l'accès de la personne souffrant de douleurs chroniques rebelles à des structures spécialisées, chaque département et chaque région devront disposer respectivement, d'ici 4 ans, d'au moins une consultation et d'un centre de prise en charge de la douleur chronique rebelle. De plus, des postes de praticiens hospitaliers viendront conforter les équipes déjà en place dans les centres de prise en charge de la douleur chronique rebelle pour diminuer le délai d'attente pour une première consultation.

Par ailleurs, une enquête sera réalisée en 2002 par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins pour évaluer l'adéquation de ces structures aux besoins de la personne souffrant de douleurs chroniques rebelles. Les résultats de cette enquête permettront d'en revoir le cahier des charges et de proposer d'éventuels axes d'amélioration de l'organisation actuelle.

II.3. Le renforcement du rôle de l'infirmier dans la prise en charge de la douleur provoquée

La prise en charge de la douleur doit être renforcée par la désignation, parmi le personnel infirmier ou cadre soignant de l'établissement de santé, de personnes ressources dans le domaine de la douleur. Ces professionnels ont pour rôle de participer à l'élaboration, la mise en place et le suivi du programme de lutte contre la douleur, en particulier dans le domaine de la douleur provoquée par les soins, les actes invasifs, les gestes diagnostiques et la chirurgie.

Le profil de poste de ces professionnels, défini en collaboration avec les sociétés savantes, collèges et professionnels de la douleur, est annexé à cette circulaire. Il servira de base aux établissements de santé pour élaborer leur projet.

Le cas échéant, des temps de personnel infirmier ou de cadre soignant pourront être créés en particulier dans les établissements de santé engagés dans une démarche d'amélioration de la prise en charge de la douleur.

Par ailleurs, une réflexion concernant les modalités d'organisation régionale pour l'amélioration de la prise en charge de la douleur est en cours.

III. - LES MODALITÉS DE MISE EN OEUVRE PAR LES AGENCES RÉGIONALES DE L'HOSPITALISATION

La mise en oeuvre du plan quadriennal de lutte contre la douleur nécessite une forte mobilisation de vos services. Vous devrez, dans les quatre prochaines années, veiller à ce que chaque établissement de santé de votre région ait défini un programme spécifique d'actions visant à améliorer la prise en charge de la douleur des personnes qu'il accueille. Ce programme devra être établi à partir d'un bilan de l'existant et tenir compte des priorités nationales retenues. Je vous demande également de veiller à ce que toute personne souffrant de douleurs chroniques rebelles puisse avoir accès facilement à des structures spécialisées au sein de chaque département et région.

Pour l'année 2002, des crédits spécifiques ont été réservés dans le cadre de la dotation régionalisée des dépenses hospitalières, au titre des mesures de santé publique, pour le développement de la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs, à hauteur de 22,87 millions d'euros (150 millions de francs) dont la moitié est réservée à la douleur (6).

Ces crédits contribueront à la mise en oeuvre du volet douleur du programme de lutte contre la douleur dans votre région en tenant compte des priorités suivantes :

- * création de structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle en priorité dans les régions et départements qui en sont dépourvus ;
- * renforcement des centres de prise en charge de la douleur chronique rebelle dont l'activité est saturée ;
- * renforcement du rôle de l'infirmier dans la prise en charge de la douleur provoquée par les soins et la chirurgie par la création de temps en personnel infirmier destiné à accompagner les projets d'amélioration de la prise en charge de la douleur des établissements de santé.

Un suivi de l'affectation de ces crédits sera réalisé par le bureau E2 de la DHOS en fin de l'année 2002.

Pour le ministre délégué et par délégation :

Le directeur de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins,

E. Couty

supprimé pour essai voir PF problème sur Supplément

ANNEXE

PROFIL DE POSTE

Le personnel infirmier spécifiquement chargé de l'amélioration de la prise en charge de la douleur

Mission : au sein d'un établissement de santé ou dans le cadre d'une action de coopération hospitalière, il participe activement au développement de la politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge de la douleur et plus particulièrement de la douleur provoquée par les soins (soins d'hygiène et de confort, pansements...), les actes invasifs (ponctions, piqûres.), les gestes diagnostiques et la chirurgie.

Rôle : personne ressource pour l'établissement de santé, les soignants et, ponctuellement, pour les personnes malades, il assure une fonction transversale. Il a un rôle :

- * de coordinateur et d'animateur pour l'élaboration et la conduite du programme de lutte contre la douleur de l'établissement de santé ;
- * de conseiller, formateur, superviseur auprès des équipes de soins ;
- * clinique auprès des patients lors de situations de soins complexes (prévention, évaluation, traitement).

Activités : Il apporte son expérience spécifique en matière de soins infirmiers (soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de vie, soins techniques, éducatifs et relationnels) ainsi que ses compétences dans le domaine de la prise en charge de la douleur (prévention, évaluation, prise en compte, traitement de la douleur) et de la conduite d'un projet d'amélioration de la qualité des soins (analyse de l'existant, élaboration, mise en place, suivi et évaluation d'un programme).

Rattachement : il exerce ses fonctions en liaison hiérarchique avec le directeur du service de soins infirmiers. Fonctionnellement, il travaille en étroite collaboration et, dans le respect des compétences de chacun, notamment avec le médecin référent désigné, compte tenu de son expertise dans le domaine de la douleur aiguë, par le comité pilote (le CLUD) et la structure de prise en charge de la douleur chronique rebelle si elle existe. En outre, les activités de ce personnel infirmier nécessitent une collaboration avec l'ensemble des professionnels de l'établissement ainsi qu'un partenariat avec les autres activités de prise en charge de la douleur (équipes mobiles de soins palliatifs et douleur, structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle) et les actions de promotion de la qualité mises en oeuvre dans l'établissement de santé.

Compétences : il possède une expérience professionnelle préalable d'au moins 4 années. Il a acquis une qualification dans le domaine de la prise en charge de la douleur (par exemple diplôme universitaire ou diplôme inter-universitaire). Il possède (ou s'engage à acquérir) des compétences en particulier dans le domaine de la conduite d'un projet d'amélioration de la qualité des soins.

(1) Circulaire DGS/DH n° 98/586 du 22 septembre 1998 relative à la mise en oeuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privé.

(2) Circulaire DGS/DH/DAS n° 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 dans les établissements de santé et institutions médico-sociales.

(3) Le programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 est disponible sur le site Internet du ministère de l'emploi et la solidarité <http://www.sante.gouv.fr> - dossier « douleur ».

(4) Circulaire DGS/DH n° 3 du 7 janvier 1994 relative à l'organisation des soins et à la prise en charge des douleurs chroniques.

(5) Circulaire DGS/DH n° 98/47 du 4 février 1998 relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur rebelle.

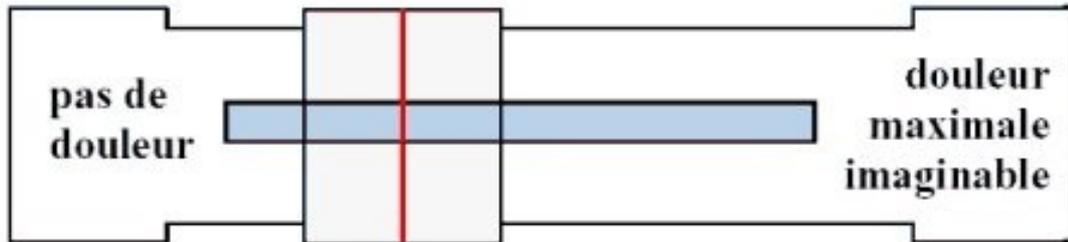
(6) Circulaire DGS/DSS-1-A/DHOS-O-F2 n° 2001-649 du 31 décembre 2001 relative à la campagne budgétaire pour 2002 des établissements sanitaires financés par dotation globale.

Annexe VI

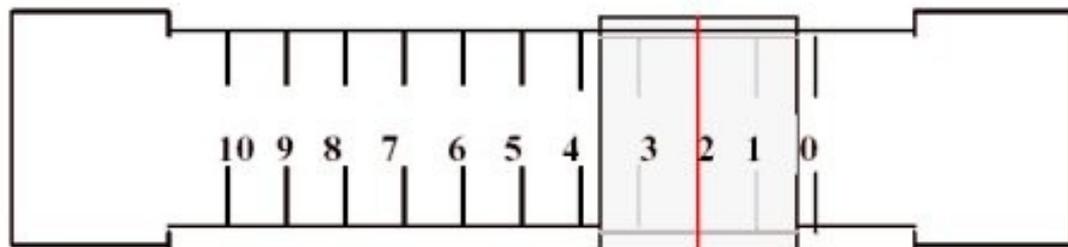
EVA

(Echelle Visuelle Analogique)

EVA : Echelle Visuelle Analogique



Face Patient



Face Soignant

Annexe VII

QDSA

(Questionnaire douleur de Saint Antoine)

QUESTIONNAIRE ODSA

A	Battements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E	Tiraillement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K	Nauséuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pulsations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Etirement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Suffocante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Elancements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Distension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Syncopale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	En éclair	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Déchirure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Inquiétante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Décharges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Torsion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Oppressante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Electriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Arrachement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Angoissante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Coups de marteau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
				F	Chaleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
B	Rayonnante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	M	Harcelante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Irradiante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						Obsédante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				G	Froid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Cruelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	Piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Glacé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Torturante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Coupure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						Supplicante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pénétrante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H	Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Transperçante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Coup de poignard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N	Gênante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									Désagréable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	Pincement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I	Engourdissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pénible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Serrement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Lourdeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Insupportable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Compression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sourde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Ecrasement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					O	Enervante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	En étau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	J	Fatigante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Exaspérante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Broiement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Epuisante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Horripilante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Ereintante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
								P	Déprimante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									Suicide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1e case : cocher

2e case : mettre une note

0 = Absent, pas du tout

1 = Faible, un peu

2 = Modéré, moyennement

3 = Fort, beaucoup

4 = Extrêmement fort

Annexe VIII

Grille DOLOPLUS 2

ECHELLE DOLOPLUS - 2					
		DATES			
NOM : Observation comportementale					
Prénom :					
RETENTISSEMENT SOMATIQUE					
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
Positions antalgiques au repos	pas de position antalgique	0	0	0	0
	le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1
	position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2
	position antalgique permanente et inefficace	3	3	3	3
Protection de zones douloureuses	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
	protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soin	2	2	2	2
	protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3
Mimique	mimique habituelle	0	0	0	0
	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
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					
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
	toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3	3
Mouvements	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					
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
Vie sociale	participation habituelle aux différentes activités	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
Troubles du comportement	comportement habituel	0	0	0	0
	troubles du comportement à la sollicitation et itératif	1	1	1	1
	troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2	2	2	2
	troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3
		SCORE / 30 :			

Annexe IX

ECPA

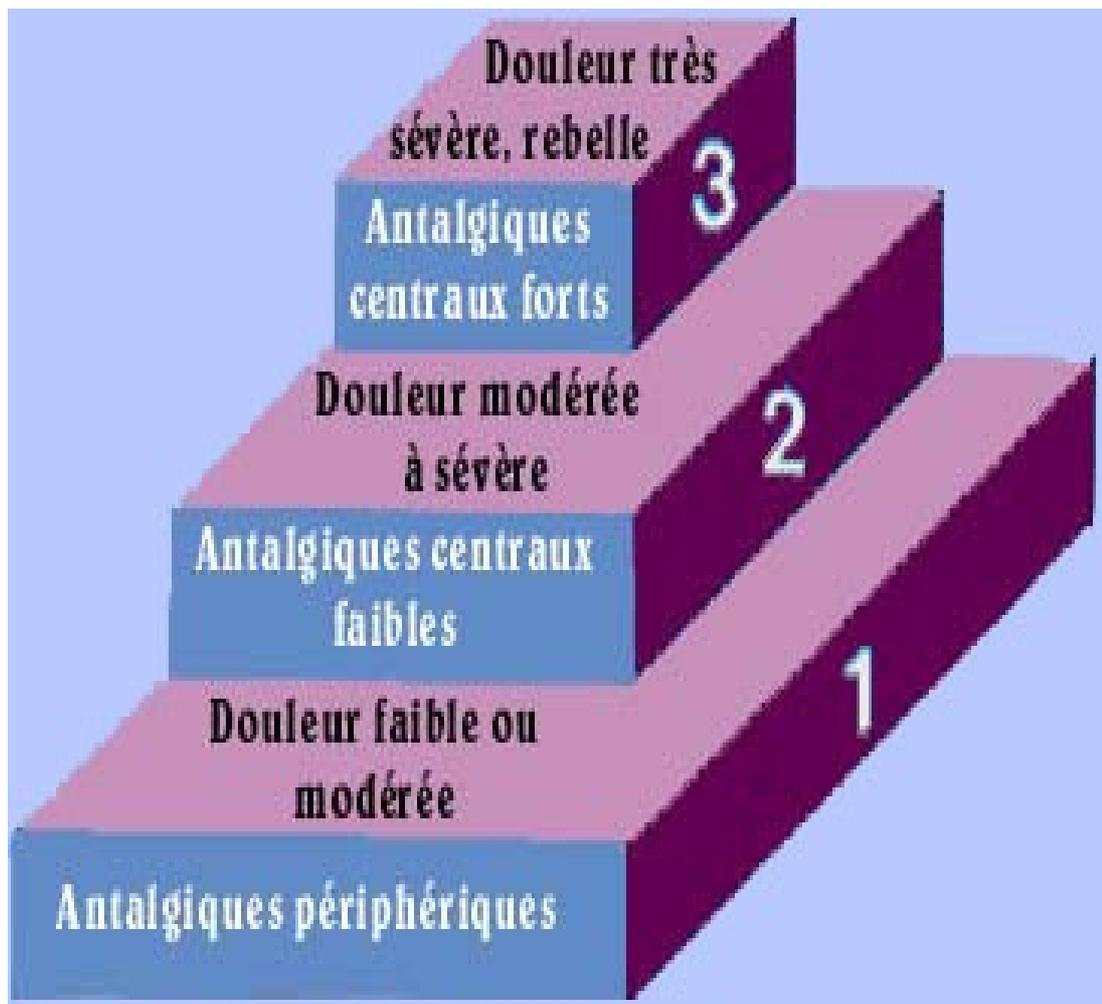
(Echelle Comportementale de la douleur chez la personne âgée)

cf feuille à part

Annexe X

Paliers des antalgiques selon l'OMS

Paliers des antalgiques selon l'OMS



Annexe XI

Questionnaire distribué aux soignants

cf questionnaire

Table des matières

« Personne ne sait combien de temps peut durer une seconde de
souffrance.
Elle peut durer un purgatoire ou toute l'éternité. »

Grahan Green, La puissance et la gloire

	Page
Remerciements	4
Sommaire	6
Introduction	8
1. CADRE CONCEPTUEL	10
1.1. Cadre législatif.....	10
1.2. L'infirmier.....	11
1.3. La douleur.....	11
1.3.1. Définition de la douleur chronique.....	11
1.3.2. Physiopathologie de la douleur.....	11
1.3.3. Principales étiologies de la douleur chronique.....	12
1.3.4. Douleur et personnes âgées.....	12
1.4. Evaluation de la douleur.....	13
1.4.1. Echelles unidimensionnelles.....	13
1.4.1.1. EVA (Echelle Visuelle Analogique).....	13
1.4.1.2. EVS (Echelle Verbale Simple).....	13
1.4.1.3. EN (Echelle Numérique).....	13
1.4.2. Echelles multidimensionnelles.....	14
1.4.2.1. QDSA (Questionnaire Douleur Saint Antoine).....	14
1.4.2.2. MPQ (McGill Pain Questionnaire).....	14
1.4.3. Echelles comportementales.....	14
1.4.3.1. Doloplus 2.....	14
1.4.3.2. ECPA (Echelle Comportementale de la douleur chez la personne âgée).....	15
1.5. Prise en charge médicamenteuse de la douleur chronique.....	15
1.5.1. Principes de base.....	15
1.5.2. Surveillance de l'efficacité.....	16
1.5.3. Détection des effets indésirables.....	16
1.6. Prise en charge non médicamenteuse de la douleur chronique.....	16
1.6.1. Massages.....	16
1.6.2. Relation d'aide.....	17
1.6.3. Art-thérapie.....	17
1.6.4. Stimulations thermiques.....	18
1.6.5. Positions antalgiques et techniques de manutention.....	18
1.6.6. Relaxation.....	19
1.6.7. Musicothérapie.....	19

2. <u>EXPLORATION DE LA QUESTION DE RECHERCHE</u>	21
2.1. Méthode utilisée : questionnaires.....	21
2.1.1. Choix de la méthode.....	21
2.1.2. Population ciblée.....	21
2.2. Résultats de mes questionnaires.....	22
3. <u>ANALYSE</u>	31
3.1. Epidémiologie et principales étiologies des douleurs chroniques.....	31
3.2. Place de la prise en charge des douleurs chroniques dans les services...	32
3.3. Formation du personnel.....	32
3.4. Evaluation de la douleur.....	33
3.5. Soins du rôle propre effectués par les soignants.....	34
3.6. Ressenti des soignants par rapport à la prise en charge des douleurs chroniques.....	36
3.7. Propositions pour améliorer cette prise en charge.....	37
Conclusion	40
Bibliographie	42
Annexes	I
Annexe I : Décret du 29 juillet 2004, extrait du Code de la Santé Publique 4e partie, Livre III, Titre Ier, relatif à l'exercice de la profession et aux actes infirmiers.....	III
Annexe II: Charte du malade hospitalisé, Art. 2 relatif aux soins, extrait de la circulaire du 6 mai 1995.....	VII
Annexe III : Loi du 4 Mars 2002 relative au droit des malades, Titre II, Chap 1, Art 3.....	IX
Annexe IV : Circulaire du 24 septembre 1998 relative à la mise en oeuvre du 1er plan d'action triennal de lutte contre la douleur 1998-2001..	XII
Annexe V : Circulaire du 30 avril 2002, relative à la mise en oeuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005.....	XVI
Annexe VI : EVA (Echelle Visuelle Analogique).....	XXII
Annexe VII : QDSA (Questionnaire douleur de Saint Antoine).....	XXI
Annexe VIII : Grille Doloplus 2	XXVI
Annexe IX : ECPA (Echelle Comportementale de la douleur chez la personne âgée).....	XXVIII
Annexe X : Paliers des antalgiques selon l'OMS.....	XXX
Annexe XI : Questionnaire distribué aux soignants.....	XXXII

Page finale, en couleur