




Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
  
www.em-consulte.com



ACTES DU CONGRÈS DE LA SFETD, LA DÉFENSE, 18–21 NOVEMBRE 2009

## Communications orales – Forum infirmier

FI-1

### Actualités de la Commission Professionnelle Infirmière

J.-M. Gautier

Responsable de la Commission professionnelle infirmière de la SFETD, coordonnateur douleur, CHRU de Montpellier, Montpellier

À l'occasion du forum infirmier, la Commission Professionnelle Infirmière de la SFETD présente son bilan annuel d'activité. Cette année 2009 a été marquée par l'organisation des premières universités infirmières. Cette première édition a réuni 34 infirmiers autour du thème « comment construire un programme pédagogique autour de la douleur liée au cancer ». Ces journées ont permis d'actualiser les connaissances sur la douleur liée au cancer et de développer des connaissances en ingénierie de formation. Devant le succès de ces premières universités infirmières, la prochaine édition aura lieu en mars 2010 avec une nouvelle thématique.

Un des axes de travail de la Commission Professionnelle Infirmière est une enquête sur les activités des infirmiers exerçant au sein de consultation d'évaluation et traitement de la douleur. Ce travail constitue la deuxième partie du travail qui a permis l'élaboration du référentiel d'activités des « infirmiers ressources douleur ». Un échantillon représentatif d'infirmier de consultation a répondu à un questionnaire de recensement de ses activités. Cette enquête a été menée grâce à la collaboration des correspondants régionaux infirmiers qui ont assuré la diffusion des questionnaires. Les résultats de cette enquête permettront d'élaborer un référentiel d'activité des infirmiers de consultation. L'objectif de ce deuxième volet est de proposer un référentiel métier à partir de la spécificité, de l'expertise et des compétences des infirmiers exerçant dans le champ de la douleur. La Commission Professionnelle Infirmière se rapprochera de l'Ordre Infirmier afin que cette expertise soit reconnue.

La Commission Professionnelle Infirmière développe la recherche en soins infirmiers en lien avec le Département des Sciences Infirmières et Paramédicales de l'École des Hautes Études de Santé Publique. Cet axe de réflexion anime les membres de la Commission afin de permettre aux paramédicaux de mener des projets de recherche en soins dans le domaine de la douleur.

La Commission Professionnelle Infirmière est représentée dans certains groupes de travail de la Haute Autorité de santé (HAS) ou la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) : groupe de travail sur l'élaboration de critères d'Évaluation des Pratiques Professionnelles relatifs aux recommandations concernant la douleur chronique, groupe de travail sur l'organisation des structures douleur, comité de suivi du plan douleur.

L'occasion est donnée au responsable de la Commission Professionnelle Infirmière de saluer le travail des membres de la Commission et la participation des correspondants régionaux infirmiers et de tous les remercier pour ce temps personnel accordé à faire évoluer la place de l'infirmier dans le « monde de la douleur ».

FI-2

### Premières universités infirmières : infirmière ressource douleur et programme pédagogique

A. Danguiral<sup>a</sup>, V. Marteau<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Infirmière algologue, hospitalisation à domicile, soins assistance, Marseille ; <sup>b</sup> Infirmière algologue, clinique de la douleur, centre hospitalier de l'Ardenne, Belgique

Du dimanche 22 au mardi 24 mars 2009, se sont tenues, à Moussy-le-Vieux (région parisienne), les premières universités infirmières organisées par la SFETD et ayant comme thème : « Comment construire un programme pédagogique autour de la douleur liée au cancer ».

Trente-quatre infirmiers ressource douleur (en cours de DIU ou déjà diplômés) ont participé à ces deux jours denses en formation et remise en question sur leurs méthodes pédagogiques et leur exercice professionnel.

Ces journées ont alterné séquences théoriques et mise en pratique des concepts enseignés. Après des données épidémiologiques sur le cancer, il a été évoqué les spécificités de l'évaluation de la douleur et de son traitement tant en oncologie pédiatrique qu'adulte. Trois ateliers ont relaté des expériences de professionnels sur les moyens non médicamenteux, l'analgésie locorégionale à domicile et le rôle du psychologue.

Afin d'envisager les méthodes pédagogiques à mettre en œuvre lors d'une commande de formation, les participants ont commencé par un brainstorming sur les représentations qu'ils ont de la formation, de ses difficultés et questions. Ensuite, les formatrices ont apporté les éléments à mobiliser pour élaborer une séquence de travail. La constitution de trois groupes a permis de mettre en pratique les concepts enseignés et de travailler à l'élaboration d'un programme de formation à l'attention de deux publics différents – les « novices » (IFSI) et les « compétents » (service de soins) – et ayant comme thème : « l'évaluation de la douleur », « le MEOPA » et « les moyens non médicamenteux ». Ces travaux ont été présentés à l'ensemble des participants ; chaque groupe ayant mis sa touche personnelle dans la présentation.

Cette session de formation s'est achevée par des synthèses sur la démarche qualité et formation, ainsi que sur l'évaluation de l'impact d'une séquence de formation.

À la fin du séminaire, un débriefing a permis de mettre en évidence la satisfaction des participants qui souhaiteraient que ce type de session se renouvelle à distance. La qualité des formateurs, la richesse de l'enseignement, la dynamique de groupe, l'organisation logistique sans faille... ont induit le succès de ces rencontres avec un riche échange de pratiques et une remise en question pour l'ensemble des participants. Bien que ceux-ci provenaient d'horizons différents (que ce soit professionnel ou géographique), ces moments leur ont permis de se sentir moins isolés dans leur institution, d'être plus à l'aise pour dispenser un contenu pédagogique, de rassurer les futurs diplômés et de tisser un réseau d'infirmier ressource douleur.

FI-3

### **Le nouveau référentiel de formation infirmier 2009 : connaître et reconnaître l'activité infirmière au travers de l'expérience, pour former aux compétences**

N. Jajkiewicz<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Directrice des soins Institut de formation en soins infirmiers de la Roche-sur-Yon ; <sup>b</sup> doctorante en sciences de l'éducation université de Paris-VIII CREF « Apprenance et formation des adultes »

Face aux changements induits par la réforme des cursus européens de l'enseignement supérieur (le Licence–Master–Doctorat [LMD]), la formation tout au long de la vie et la validation des acquis de l'expérience (VAE), les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) sont en pleine reconfiguration.

Ils sont appelés à revisiter leur ingénierie pour mettre en œuvre dès septembre 2009, un nouveau référentiel de formation infirmier construit à partir de l'approche par les compétences, en synergie avec l'alternance.

En effet, la fonction novatrice de ce référentiel repose sur deux logiques :

- une logique de formation professionnelle centrée sur le cœur du métier infirmier par la prévalence de la clinique infirmière versus apprentissage des compétences ;
- une logique de formation universitaire, qui oblige à raisonner et croiser les Unités d'enseignement (UE) avec les compétences par un nouveau dimensionnement des travaux dirigés, pratiques et une autonomie renforcée des Étudiants en soins infirmiers (ESI).

L'ingénierie va devoir retravailler au rapprochement de deux lieux de formation aux enjeux différents : le centre de formation, lieu d'apprentissage du savoir, lieu de pratique du savoir, l'entreprise lieu d'apprentissage des pratiques et de savoir de la pratique.

L'alternance n'est pas un phénomène nouveau en formation infirmière.

Néanmoins, l'approche par compétence oblige à revisiter deux cadres de référence ancrés dans le champ connu de l'alternance et le champ moins connu (par les IFSI) de la didactique professionnelle :

- des compétences construites en situation par l'apprenant, dans et par ses actions et ses réflexions ;
- l'interdisciplinarité professionnelle favorisant une dialogie constructive des ressources.

L'objet est donc de mailler l'expertise clinique infirmière (professionnels de terrain) et les compétences pédagogiques (formateurs) afin de construire des situations de travail emblématiques qui vont constituer un socle de référence. Ces référentiels de tâches identifiés et identifiables par consensus entre les soignants et les formateurs seront les prémices d'un langage commun au service de l'apprentissage des étudiants en soins infirmiers.

Ce travail demande donc aux professionnels en présence de se questionner sur leurs pratiques pour mettre en perspective

la dimension créatrice de leur travail, en prenant la peine d'exposer précisément et concrètement leurs manières de faire en situation.

Ces exercices de style permettent de mettre en lumière l'expérience capitalisée par les infirmières (ou compétences critiques) pour venir ensuite confronter l'apprenant à des situations de prise en charge de plus en plus complexes tant en IFSI, qu'au niveau des terrains de stage.

On s'aperçoit au travers de cette réingénierie de formation, combien il est difficile d'analyser les situations de travail de l'infirmière (tant les pratiques sont incorporées) pour en faire émerger l'activité constructive : la partie invisible de l'iceberg.

Néanmoins, au risque de paraître par trop idéaliste, il se peut qu'au travers ce type de dispositif pédagogique, on puisse participer à construire les bases théoriques d'une science infirmière ou en santé ? Le débat reste ouvert.

FI-4

### **L'entretien infirmier comme support de prise en charge de la douleur chronique de patients hospitalisés en psychiatrie**

L. Repesse<sup>a</sup>, N. Rabine<sup>b</sup>, P. Hardy<sup>a</sup>, I. Chaponnay<sup>c</sup>, F. Joubrel<sup>d</sup>, C. Mas<sup>d</sup>, Club de recherche infirmière en psychiatrie générale de santé/santé mentale (CRIPSY)

<sup>a</sup> Clinique de l'Espérance, Rennes ; <sup>b</sup> CLUD, clinique

Notre-Dame-de-Pritz, Changé ; <sup>c</sup> clinique de Perreuse, Jouarre ;

<sup>d</sup> clinique du Moulin, Bruz

Le projet d'élaboration d'un entretien spécifique d'évaluation et de prise en charge de la douleur chronique, chez le patient névrosé hospitalisé en psychiatrie, est né de travaux déjà entrepris par les différentes cliniques santé mentale du groupe Générale De Santé, dans le cadre de la certification engagement de service Générale De Santé (Label), ainsi qu'au sein des CLUD.

Un groupe de recherche en soins infirmiers s'est constitué autour de cette problématique afin de mener une réflexion sur la conception et la mise en place d'un outil permettant aux équipes soignantes d'améliorer la qualité de la prise en charge de la douleur dans nos établissements.

Il était nécessaire dans un premier temps d'établir un état des lieux des connaissances des professionnels de santé, exerçant tant dans les structures privées que publiques, en secteurs généraux ou psychiatriques.

L'analyse des questionnaires a permis de mettre en avant des difficultés dans la prise en charge des patients douloureux chroniques ainsi que dans l'évaluation de la souffrance morale. Les outils d'évaluation sont jugés inadéquats avec une attente des soignants dans des moyens mieux adaptés. Un besoin de temps pour écouter les patients est aussi évoqué, ainsi qu'une tendance générale à recourir aux antalgiques d'emblée, sans pour autant échanger sur la ou les origines de la plainte douloureuse.

Cet état des lieux venant alimenter notre réflexion, nous centrons notre recherche sur la création et la validation d'une nouvelle technique d'entretien, ciblée sur la prise en charge de la douleur chronique.

À ce jour, le groupe de recherche a élaboré un questionnaire permettant de sélectionner des patients répondant aux critères indispensables pour les inclure dans cette étude. Cette investigation porte sur la chronicité et « l'histoire » de la douleur, les thérapeutiques mises en place, mais aussi le retentissement social, psychologique et physique.

Avec son accord, le patient intègre le protocole de recherche. Il se déroule sur 4 semaines, avec des entretiens individuels spécifiques qui seront réalisés avec le référent douleur des établissements.

Ces entretiens anonymes seront transmis à l'équipe de recherche afin d'analyser leur impact sur la prise en charge des patients, de réajuster la méthodologie si nécessaire.

FI-5

### Partenariat entre médecin et psychologue hypnothérapeute pour une pré-adolescente douloureuse : présentation de cas

I. Ignace

Psychologue, hypnothérapeute, unité d'évaluation et de traitement de la douleur, hôpital Robert-Debré, Paris

L'hypnose est de plus en plus utilisée dans le secteur hospitalier notamment pour l'accompagnement de patients souffrant de douleurs chroniques. Les recherches cliniques mettent en évidence l'importance des facteurs émotionnels et cognitifs dans le vécu de la douleur [1–2]. L'expérience de psychologue clinicienne montre que l'utilisation de méthodes hypnotiques au sein d'une prise en charge médicale et thérapeutique est un bon facteur de guérison pour certains jeunes patients souffrants de douleurs viscérales.

Un bon partenariat entre médecins et psychologues hypnothérapeutes peut considérablement aider ces patients à surmonter leur douleur et leur anxiété. Il leur est ainsi proposé d'accompagner le traitement médicamenteux par un suivi psychologique s'appuyant sur l'apprentissage de techniques d'auto-hypnose. L'efficacité de cette association, permettra d'ajuster le traitement en fonction du mieux-être du patient.

L'hypnose, cet état de conscience modifiée naturel, se produit lorsque notre attention habituelle s'évade. Les jeunes sont souvent doués pour utiliser leur imaginaire. L'hypnothérapie [3] consiste à s'appuyer sur cette rêverie naturelle pour l'utiliser à bon escient : apprendre au jeune à devenir extrêmement concentré sur un imaginaire qui lui est familier, à un moment où il n'aurait pas initialement l'idée de l'utiliser, ce qui lui permet d'être acteur lors et en dehors des séances. Petit à petit, il apprend à gérer différemment un certain nombre de situations potentiellement vécues comme stressantes et anxiogènes (école, fratrie, famille, etc.). Il va notamment appréhender autrement ses douleurs, ne plus les subir, mais au contraire, tenter de les surmonter à l'aide d'outils hypnotiques qui deviennent les siens. Ces différentes approches, basées sur une créativité tant de l'hypnoticien que du patient, l'aident à surmonter sa souffrance. Le suivi se termine lorsque le patient estime avoir suffisamment d'outils d'auto-hypnose lui permettant de faire face autrement aux situations gênantes.

Ce type de prise en charge, relativement rapide (souvent entre quatre et dix séances), permet de diminuer la prise de médicament jusqu'à ce que celle-ci devienne occasionnelle.

À titre d'exemple, sera présentée la vidéo d'une jeune fille de 12 ans montrant comment elle utilise l'auto-hypnose pour se soulager.

#### Références

- [1] Kupers R, Faymonville ME, Laureys S. The cognitive modulation of pain: hypnosis and placebo-induced analgesia. *Prog Brain Res* 2005;150:251–69.
- [2] Apkarian VA, Bushnell CM, Treede RD, et al. Human brain mechanisms of pain perception and regulation in health and disease. *Eur J Pain* 2005;9:463–84.
- [3] Olness K, Kohen DP. Hypnose et hypnothérapie chez l'enfant. Belgique: Satas; 2006.

FI-6

### Prediction de la douleur induite et amélioration du traitement grâce à l'emploi du système Pain Matcher®

M. Ortiz

Unité de prise en charge de la douleur et des soins palliatifs de l'adulte et de l'enfant, CHU de Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre

**Introduction.**— Bien qu'encore peu utilisé, le Pain Matcher® est validé pour l'évaluation de la douleur [1]. Son intérêt, en particulier dans le dépistage des patients à risque de douleur intense postopératoire, a fait l'objet de publications. Les résultats montrent une diminution des seuils chez les patients douloureux par rapport à une population non algique, le traitement de la douleur permettant une normalisation des seuils [1,2]. Les patients présentant un seuil préopératoire bas sont plus douloureux en postopératoire, démontrant la possibilité de prévision, donc d'anticipation de la douleur avec le Pain Matcher® [3,4].

**Objectif.**— Ce projet infirmier se propose d'évaluer l'intérêt du Pain matcher® en pratique infirmière quotidienne et de tenter de répondre à la problématique suivante : Y a-t-il une corrélation en pratique clinique, entre les différents seuils douloureux, l'anxiété, la dépression et l'EVA?

**Méthode.**— Sont inclus 75 patients cancéreux en soins palliatifs (groupe cible) et 75 patients non cancéreux hospitalisés en court séjour et/ou en consultation externe, qui nécessitent des soins douloureux (groupe témoin). L'évaluation principale porte sur la comparaison entre les différentes perceptions de la douleur (seuil de perception douloureux, seuil douloureux, la douleur équivalente, la douleur maximale ressentie) à l'aide du Pain Matcher®, l'échelle HAD et l'EVA. L'analyse de fait au moyen du test de Spearman (coefficient de corrélation).

**Résultats.**— Dans le groupe cible :

- lien de corrélation entre le seuil de perception et le seuil douloureux ( $p < 0,001$ ) ;
- lien de corrélation entre le seuil douloureux et la douleur maximale supportée ( $p < 0,001$ ) ;
- EVA non-corrélée avec la douleur équivalente.

Corrélation groupe cible et groupe témoin : – lien de corrélation entre le seuil de perception et le seuil douloureux ( $p < 0,001$ ) ; – lien de corrélation entre le seuil de perception et la douleur maximale ( $p < 0,001$ ) ; – lien de corrélation entre le seuil douloureux et la douleur maximale supportée ( $p < 0,001$ ).

**Conclusion.**— Les résultats obtenus montrent que les patients du groupe cible sont plus anxieux et déprimés que dans le groupe témoin. Ils perçoivent la douleur moins rapidement, et la douleur maximale est plus importante chez les patients du groupe cible, en comparaison avec ceux du groupe témoin.

#### Références

- [1] Alstergren P, Forstrom J. Acute oral pain intensity and pain threshold assessed by intensity matching to pain induced by electrical stimuli. *J Orofac Pain* 2003;17(2):151–9.
- [2] Lund I, et al. Evaluation of variations in sensory and pain threshold assessments by electrocutaneous stimulation. *Physiother Theory Pract* 2005;21(2):81–92.
- [3] Nielsen PR, Norgaard L, Rasmussen LS, Kehlet H. Prediction of post-operative pain by an electrical pain stimulus. *Acta Anaesthesiol Scand* 2007;51(5):582–6.
- [4] Werner MU, Duun P, Kehlet H. Prediction of postoperative pain by preoperative nociceptive responses to heat stimulation. *Anesthesiology* 2004;100(1):115–9.