



# La lettre L'infirmière et la douleur

n° 8  
Septembre  
2004

Destinée à tous les professionnels de la santé  
Lettre éditée par l'Institut UPSA de la Douleur

## Édito

Les structures d'Évaluation et Traitement de la Douleur chronique rebelle ont pour mission d'assurer une prise en charge systémique et pluridisciplinaire du syndrome douloureux.

Diverses méthodes et thérapies adaptées à chaque cas visant à soulager la douleur et à atténuer les souffrances sont proposées après évaluation clinique globale, bilan et suivi. Du fait de cette complexité évaluative et thérapeutique, une relation de confiance avec le patient s'impose pour une meilleure coopération et participation au contrat de soin. Dans ce travail d'équipe spécifique à ces structures, l'infirmière a un rôle de lien et d'expertise dans la mise en œuvre du programme de soin et du projet thérapeutique. Elle est le point d'ancrage entre le médecin référent, les autres professionnels, le patient et son entourage. Cette cohérence pluridisciplinaire va aider le patient à observer les traitements prescrits, à mieux analyser ses réactions émotionnelles, à vaincre son isolement, à trouver un nouveau rythme et des repères environnementaux, sociaux, familiaux et professionnels.

 Héléne Fernandez



## Dossier Le rôle de l'infirmière dans une structure d'Évaluation et Traitement de la Douleur

Colette Vaillant, IDE à l'Unité d'Évaluation et de Traitement de la Douleur, CH du Mans (72)

### 1. Contexte

Avant d'aborder la place de l'infirmière dans une structure pluridisciplinaire de la douleur, il me semble important d'en situer le contexte. Celle-ci a été officialisée en janvier 1998 et reconnue comme étant un pôle de référence départementale de prise en charge de la douleur chronique. Cette Unité est située au Centre Hospitalier Général du Mans dont la capacité est de 1 820 lits (1 136 lits de court séjour : chirurgie, obstétrique, pédiatrie ; 684 lits de moyen et long séjours). Elle remplit les conditions résumées dans la circulaire du 7 janvier 1994 relative à l'organisation des soins et à la douleur chronique, à savoir :

- l'existence d'une unité de lieu,
- la présence d'un responsable médical titulaire de la capacité douleur,
- au moins trois médecins de spécialités différentes.

L'infirmière affectée à cette structure est diplômée du Diplôme Universitaire de prise en charge de la Douleur.

### 2. Fonctionnement de l'Unité

Cette Unité assure des consultations externes et internes dans le cadre de la prise en charge des douleurs chroniques rebelles de l'adulte et de l'enfant et elle dispose de trois lits dans un service de

médecine. Elle réunit un coordonnateur algologue, un anesthésiste algologue, un psychiatre, un neurologue, un rhumatologue, un sophrologue-acupuncteur, un pédiatre algologue, un pharmacien, un psychologue, un kinésithérapeute, une assistante sociale, un cadre de santé, une infirmière et une secrétaire. La demande de première consultation est adressée par le médecin traitant au secrétariat et le rendez-vous est transmis au patient par courrier accompagné d'un questionnaire initial de la douleur. La première consultation se divise en deux temps :

- un temps infirmier d'une demi-heure.
- un temps médical d'une heure.

### 3. Spécificité du rôle infirmier dans la prise en charge du patient douloureux chronique

Le poste infirmier attribué à l'Unité douleur est un poste à 80 %. Le diplôme exigé pour l'attribution de ce poste est le "DU Prise en charge de la douleur".

Dans cette structure, l'infirmière a un rôle à dimension transversale auprès des services de soins de l'hôpital. Elle participe à l'élaboration de protocoles, à la mise en place de l'évaluation de la douleur dans les services, aux consultations pluridisciplinaires et à la programmation des hospitalisations des patients.

## repères

Législation . . . . .	p 2
Témoignage . . . . .	p 3
Douleur en bref . . . . .	p 4
Congrès . . . . .	p 4

## 4. Place de l'infirmière à la consultation pluridisciplinaire

Différentes étapes sont assurées par l'infirmière pour la prise en charge du patient douloureux :

**a** La première étape est de connaître le dossier avant l'arrivée du patient. Elle consiste à rechercher tous les éléments utiles et nécessaires à la connaissance du patient. Lors de cette première étape, le dossier spécifique douleur est constitué. Il comprend six volets :

- observation médicale,
- questionnaire initial de la douleur
- courriers médicaux,
- examens complémentaires
- activités pluridisciplinaires
- techniques spécifiques.

La consultation est basée sur l'accueil et l'évaluation globale du patient. Il est donc important de lui consacrer du temps et de le mettre en confiance lors de cette première consultation qui est fondamentale. Le patient, après un parcours bien souvent long et difficile, exprime une lassitude et l'incompréhension de son entourage, parfois même celle des soignants face à une douleur persistante.

## Textes officiels

→ Circulaire DGS/DH n° 3 du 7 janvier 1994 relative à l'organisation des soins et à la prise en charge de la douleur chronique.

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

→ Décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier n° 2002 - 194 du 11 février 2002.

→ Circulaire du 30 avril 2002 n°266 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 200-2005 dans les établissements de santé.

→ Guide pour la mise en place d'un programme de lutte contre la douleur dans les établissements de santé mai 2002.

→ Circulaire n° 98/94 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.

→ Synthèse de l'évaluation du plan triennal 1996-2000 réalisé par la Société Française de Santé Publique, octobre 2001.

**b** La deuxième étape est l'entretien au cours duquel l'infirmière réalise une évaluation qualitative et quantitative de la douleur du patient. Cette évaluation est réalisée à l'aide du questionnaire initial selon les recommandations de l'A.N.A.E.S (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé). Il est repris, complété, enrichi et analysé point par point avec lui pour en faire un outil d'aide au diagnostic et à la thérapeutique.

Ce questionnaire comporte une partie administrative, les échelles d'évaluation qualitative et quantitative, les échelles du retentissement de la douleur et une fiche sur la situation sociale.

Lors de cette consultation, le patient fait l'apprentissage de l'auto-évaluation de la douleur et la retranscription se fait sur un cahier de suivi.

Pour la consultation chez l'enfant, la démarche est identique. Ce sont surtout des consultations pour céphalées, et c'est avec l'aide des parents que le questionnaire spécifique aux céphalées est rempli.

Pour la consultation interne à l'établissement, la même procédure est mise en place.

Il est important de connaître le retentissement de la douleur sur la vie de tous les jours ainsi que les répercussions sociales et familiales.

Le rôle de l'infirmière à la consultation douleur repose sur trois grands axes de soins : le soin relationnel, le soin technique et le soin socio-éducatif.

Cette dimension du soin s'inscrit dans un projet de prise en charge globale pour le patient et dans une dynamique pluridisciplinaire où l'infirmière a un rôle de coordination et de complémentarité.

### • Le soin relationnel

L'infirmière a un rôle de relais et de lien aussi bien auprès du patient que de l'équipe tout au long du suivi du patient.

Il faut d'abord entendre le patient, seul si possible, puis recevoir la famille si nécessaire, afin d'avoir des compléments d'informations, que le patient peut passer sous silence (tentative de suicide par exemple).

L'entretien est cadré : le parcours douloureux est souvent très long et le patient a beaucoup à dire ; il faut donc à plusieurs reprises reformuler et le recentrer sur l'évaluation de sa douleur.

À l'issue de la première consultation :

- Les patients savent qu'ils peuvent appeler le service et joindre l'infirmière s'ils rencontrent

des difficultés (traitement, TENS, évolution de la douleur, autres plaintes).

- Ils peuvent également la rencontrer à tous moments en regard du climat de confiance qui s'est installé lors du premier entretien.

- Pour la consultation pédiatrique, il est important de rassurer la famille et l'enfant, de le mettre en confiance et de dédramatiser.

### • Le soin technique

Le rôle technique de l'infirmière lors de la consultation douleur intervient essentiellement dans la séance test de neurostimulation transcutanée. Il s'agit d'un acte délégué.

L'efficacité du test est retenue si le soulagement obtenu est au moins de 50 %. Le patient peut alors bénéficier d'un prêt ou de location d'appareil (une convention a été signée entre la caisse d'assurance-maladie et une association qui gère le prêt d'appareil dans le département).

Un guide d'utilisation du neurostimulateur pour le patient est à votre disposition, il a été conçu par nos soins et est distribué par le prestataire sur la France et la Belgique.

Selon le décret du 24 août 2000 paru au Journal Officiel du 14 septembre 2000 (modifiant le titre premier du tarif interministériel des prestations sanitaires et relatif aux appareils de neurostimulation électrique transcutanée pour le traitement des douleurs rebelles), les structures douleur sont les seules habilitées à prescrire des neurostimulateurs. La nomenclature et le tarif du code 101B09 (appareil de stimulation électrique transcutanée pour le traitement des douleurs rebelles) sont créés.

L'évaluation du soulagement et le suivi, tel qu'il est préconisé dans ce décret, sont effectués par l'infirmière à un mois, trois mois, et six mois d'intervalle.

### • Le rôle socio-éducatif

Il s'agit de faire le point avec le patient sur les difficultés sociales rencontrées suite à un arrêt de travail ou tout autre problème et de l'orienter vers l'assistante sociale de l'équipe pluridisciplinaire.

Il s'agit d'apprendre au patient à s'auto-évaluer, d'analyser avec lui les effets secondaires du traitement (constipation, hypotension orthostatique...), d'insister sur la prise d'antalgiques à heures régulières pour la douleur par excès de nociception, sur l'observance (et le respect) de l'intervalle entre chaque prise. En ce qui concerne la neurostimulation, le rôle éducatif auprès du patient est indispensable pour la mise en place, le suivi,



(l'efficacité?) et le soulagement de la douleur. Le traitement médicamenteux à lui seul ne suffit pas toujours, il faut aussi aider le patient à vivre avec sa douleur en dispensant des conseils pour l'amener à se détendre (par exemple, grâce à des cassettes de relaxation) et à reprendre ses activités ou ses loisirs. Il faut également aider le patient à exploiter ses propres ressources en termes de capacité à faire face "autrement" et/ou "avec" et l'encourager à être acteur dans la prise en charge de sa douleur.

Les renseignements recueillis sont transmis au médecin algologue pour la suite de la consultation, par l'intermédiaire du dossier patient.

**C** La consultation de suivi des patients est précédée d'un entretien par l'infirmière d'une durée de dix minutes. Il s'agit d'évaluer la prise du traitement, l'observance, l'efficacité, les effets secondaires et de recueillir les nouveaux éléments depuis la dernière consultation. Toute modification ou observation est transmise au médecin et transcrite sur le dossier douleur.

Le service de consultation est aussi un terrain de stage. L'infirmière est référente pour ses collègues qui préparent le DU douleur et pour la formation TENS des infirmières du CH et de l'extérieur.


L'infirmière a un rôle très actif dans toutes les réunions pluridisciplinaires qui sont organisées dans l'Unité douleur (étude de dossiers, staffs, consultations...).

Le rôle infirmier va être élargi très prochainement au réseau douleur qui se met en place actuellement dans le département de la Sarthe.

## 5. Conclusion

Les intérêts de cette stratégie sont :

- L'apprentissage du patient à l'auto-évaluation,
- La canalisation de la plainte douloureuse du patient,
- La complémentarité dans une démarche d'évaluation de qualité,
- La préparation du patient à la consultation d'algologie.

L'intégration de l'infirmière à la pluridisciplinarité de l'Unité, à tous les niveaux, contribue à une prise en charge globale, de qualité, avec un accompagnement personnalisé du patient douloureux chronique. 

## Témoignage



**Bernadette Labbé**, cadre de Santé à l'Unité d'Évaluation et de Traitement de la Douleur (UETD), CH du Mans.

Monsieur S., âgé de 72 ans et retraité, est adressé à la consultation douleur par le pneumologue du Centre Hospitalier qui le suit depuis décembre 2000 (pour une dyspnée à cette époque). Depuis le 9 avril 2004, suite à une thoracotomie (liée à des antécédents dus à l'amiante), Monsieur S. manifeste des douleurs post-chirurgicales. Ses antécédents sont une hypertension et une hypercholestérolémie. Les facteurs de risques sont une exposition professionnelle à l'amiante (travail en centrale nucléaire) ; en revanche, il n'y a pas de tabagisme.

Fin décembre 2003, tenant compte de la douleur, de dyspnée et des constatations iconographiques, la maladie professionnelle est reconnue. Après différentes consultations de suivi dans le cadre de l'exposition à l'amiante, de 2000 à 2004, il vient tous les mois, depuis le début de l'année, en consultation pour une douleur héli thoracique gauche rapidement évolutive et mal contrôlée par les antalgiques habituels. À la première consultation douleur, en juin 2004, Monsieur S. semble ne pas connaître les outils d'évaluation malgré une intervention subie deux mois avant. Au premier entretien avec l'IDE, une évaluation quantitative est cotée à 100/100 pour les dernières 24 heures. Selon les critères du questionnaire d'évaluation de l'ANAES, la douleur est fortement pénétrante, en coup de poignard, en étau et sensation de brûlure.

Le retentissement émotionnel de la douleur est fort. Le patient la qualifie d'épuisante, angoissante, obsédante, énervante, exaspérante, déprimante et extrêmement forte, voire insupportable.

Pour l'échelle "qualité de vie" le score est à 33/40 ce qui témoigne de l'emprise de la douleur sur la qualité de vie.

En ce qui concerne l'échelle HAD anxiété - dépression, le score de l'anxiété est à 10/21 et le score de la dépression 13/21. Ce monsieur est anxieux mais surtout déprimé.

Monsieur S. est agacé par les questionnaires d'évaluation et l'entretien avec l'IDE : "Moi, j'ai mal, je n'ai pas dormi de la nuit et la douleur est toujours là". L'IDE lui explique l'intérêt de cet entretien qui permet à l'algologue un diagnostic plus précis et un traitement antalgique adéquat. Le point est fait sur la participation de Monsieur S. à la gestion de sa douleur sans faire appel à son épouse "qui, elle n'en peut plus". Parallèlement Madame S. pleure, se plaignant que son mari s'emporte vite. Le retentissement de la douleur dans la vie du couple est évident et permanent.

Sur le plan socioprofessionnel, Monsieur S. se considère comme mort depuis le diagnostic relatif à l'exposition à l'amiante, sachant que plusieurs de ses collègues sont déjà décédés.

**Le rôle de l'IDE dans cette situation a permis :**  
- d'écouter la plainte du patient, mais aussi celle de l'épouse ;

- de lui faire exprimer cette angoisse, cette agressivité due à la douleur afin d'obtenir une meilleure écoute pendant la consultation d'algologie qui a suivi et a pu se dérouler dans la sérénité ;

- de "canaliser" le patient et de le sensibiliser à sa propre évaluation ;

- de contenir l'émotion du patient et de sa famille.

**L'expertise clinique de l'infirmière au sein d'une structure de prise en charge de la douleur**, Hélène Fernandez, cadre supérieure de santé, département Douleur et Soins palliatifs, CHU de Nice.

Le témoignage illustre la problématique des patients douloureux chroniques et la complexité de leur prise en charge.

L'infirmière par sa présence, son écoute, sa perception, son regard va aider à contenir l'angoisse du patient et de sa famille. Dans cette approche, sa compétence n'est pas seulement technique, relationnelle, éducative et préventive ; elle réside aussi dans sa capacité d'analyse des informations pour arriver à un recueil de données pertinent. Cette approche analytique qui est la démarche de soin, est nécessaire pour utiliser ces informations, les traiter, mettre en lien, rechercher le sens de ces liens et en faire la synthèse. Le staff pluridisciplinaire va permettre de mobiliser les interactions entre les différents professionnels, d'analyser ensemble la situation clinique du patient et de son entourage, de partager et confronter les points de vue pour élaborer un projet de soin individualisé.

Ce contrat de soin ne peut se faire qu'avec la confiance, la coopération et l'adhésion du patient et de son entourage. Le bilan complet et rigoureux, la combinaison de techniques thérapeutiques (bio, psychosocial et corporel), l'accompagnement et le suivi évaluatif font partie des stratégies de soin indispensables au processus de "restauration" d'une personne douloureuse chronique en interaction avec son environnement.

# Douleur en bref

## Les structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle

La douleur chronique rebelle est une douleur qui d'une part persiste plusieurs semaines, mois ou années, et d'autre part est rebelle aux traitements antalgiques usuels, nécessitant une prise en charge spécifique tant au niveau de son évaluation que de son traitement.

Le malade douloureux chronique doit pouvoir bénéficier d'une prise en charge spécifique fondée sur des règles d'organisation et des principes thérapeutiques fixés dans la circulaire DGS/DH n° 3 du 7 janvier 1994 relative à l'organisation des soins et à la prise en charge des douleurs chroniques.

Il s'agit :

- d'assurer une approche pluridisciplinaire pour appréhender les diverses composantes du syndrome douloureux chronique et proposer une combinaison de techniques thérapeutiques,

- de décider d'une thérapie adaptée après bilan complet comprenant la réévaluation du diagnostic initial,
- d'obtenir la confiance du malade, sa coopération avec l'équipe soignante, son adhésion au traitement et, en cas d'insuccès partiel ou total, lui apprendre à vivre avec sa douleur,
- de prendre en compte l'environnement familial, culturel et social du malade,
- de pratiquer régulièrement une évaluation rétrospective du travail accompli par l'équipe, de participer à la recherche et à l'enseignement.

Dans ce cadre, les structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle interviennent lorsque les douleurs deviennent invalidantes et rebelles aux antalgiques usuels, persistent dans le temps, représentent pour le patient l'essentiel de sa maladie et s'accompagnent de retentissement psychologique lié au caractère chronique. Ces structures s'inscrivent dans le cadre d'une pratique pluridisciplinaire, s'attachant à définir une stratégie thérapeutique adaptée, prenant en charge globalement le patient et

son entourage. Elles contribuent à la diffusion de la "culture" douleur dans les pratiques de soins. On distingue trois types de structures de prise en charge de la douleur chronique :

- les consultations pluridisciplinaires qui représentent l'entité de base et le maillon essentiel de l'approche globale du patient douloureux,
- les unités pluridisciplinaires qui permettent l'instauration de traitement nécessitant un plateau technique et des lits ou places d'hospitalisation,
- les centres qui ont pour mission l'enseignement et la recherche portant sur des thématiques douleur.

Les conditions à remplir pour être identifiée officiellement comme "structure de prise en charge de la douleur chronique" sont précisées dans le guide d'analyse qui accompagne la circulaire DGS/DH du 4 février 1998.

*✍ Textes extraits Annexes VII de la synthèse de l'évaluation du Plan triennal 1998-2000 réalisé par la Société Française de Santé Publique, oct. 2001*

## Congrès-Symposia

### ■ 9 octobre 2004, Bron

Espace Albert Camus,  
18<sup>e</sup> Journée Nationale des Infirmier(e)s Anesthésistes.  
Tél : 04 78 56 47 67  
Site : [www.ariaf-asso.org](http://www.ariaf-asso.org)

### ■ 3-4-5 novembre 2004, Paris

hall 7 - Paris Expo / Porte de Versailles,  
le Salon Infirmier, "Aujourd'hui, demain, quelles compétences infirmières ?".  
Tél : 01 41 29 77 52 - Fax : 01 41 29 77 54  
Site : [www.espaceinfirmier.com](http://www.espaceinfirmier.com)

### ■ 18-19-20 novembre 2004, Montpellier

Le Corum, 4<sup>e</sup> congrès annuel de la SETD, "Mémoires et douleurs - Pratiques plurielles".  
Site : [www.setd-douleur.org](http://www.setd-douleur.org)

### ■ 3-4 décembre 2004, Bruxelles

Belgique, VIII<sup>e</sup> Congrès Européen des Infirmières Cliniciennes, "Itinéraires cliniques : rôles et compétences de l'Infirmière Clinicienne".  
Tél : 01 55 92 04 37 - Fax : 01 55 92 04 37  
Email : [ulesi@free.fr](mailto:ulesi@free.fr)

Je désire recevoir gratuitement la Lettre de l'Infirmière et la Douleur

Nom : ..... Prénom : ..... Titre : .....  
Établissement : ..... Service : .....  
Adresse professionnelle : .....  
E-mail : ..... Tél : .....

À renvoyer à l'Institut UPSA de la Douleur : 3 rue Joseph Monier, BP325, 92506 Rueil-Malmaison Cedex

Les informations ci-dessus sont nécessaires pour votre abonnement. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant auprès de l'IUD.

INSTITUT UPSA  
DE LA DOULEUR

Directrice de la Publication : Valérie Deymier  
Rédacteur en chef : Hélène Fernandez  
Conception - réalisation : A CONSEIL PARIS  
Site : [aconseil.fr](http://aconseil.fr)  
N° ISSN : 1633-339X  
Dépôt légal : 3<sup>e</sup> trimestre 2004  
Institut UPSA de la Douleur  
Association loi 1901 à but non lucratif  
3, rue Joseph Monier - BP325  
92506 Rueil-Malmaison Cedex  
Tél : 01 58 83 89 94  
Fax : 01 58 83 89 01  
E-mail : [institut.upsa@bms.com](mailto:institut.upsa@bms.com)  
Site : [institut-upsa-douleur.org](http://institut-upsa-douleur.org)