

« L'infirmière ressource douleur : de la chenille au papillon »



Les compétences et l'expertise des infirmières ressource douleur (IRD) au sein des structures d'évaluation et de traitement de la douleur ne cessent de se développer depuis de nombreuses années.

Grâce à une enquête réalisée au niveau national en 2005, la Commission Professionnelle Infirmière (CPI) de la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD) a recensé les activités spécifiques des IRD. Quatre champs d'activités ont été identifiés : l'activité clinique, l'activité de formation, l'activité institutionnelle et celles afférentes aux soins. Une base descriptive des activités a été élaborée en 2007, à travers un référentiel sur lequel l'IRD peut s'appuyer¹.

Ce référentiel a aussi pour objectif d'aider les établissements de soins lors du recrutement d'une IRD (qualifications requises pour remplir les missions).

Le titre d'IRD fait depuis référence à une infirmière diplômée ayant suivi une ou des formations post diplôme dans le domaine de la prise en charge de la douleur. Elle exerce sur un poste défini au sein d'une structure d'évaluation et de traitement de la douleur et/ou en poste transversal dans un établissement².

Le Livre blanc des structures douleur en France (SFETD), publié en 2015, apporte de nouveaux éléments de réflexion :

- L'importance du nombre de consultations réalisées par les infirmières questionne sur la nécessité de mieux « tracer » cette activité spécifique afin d'en avoir une visibilité : consultations externes, consultations de première ligne et de deuxième ligne en hospitalisation. Devant le développement de l'activité de consultation, la CPI va compléter le référentiel de 2007 par un référentiel d'activités de consultation infirmières en 2016.
- Les postes spécifiques en structure douleur paraissent inadéquats. En effet, difficile pour les infirmières, ayant les compétences requises, d'obtenir ces postes spécifiques en nombre restreint : si, entre 500 et 1000 consultations médicales le temps médical et paramédical reste plutôt équilibré (0,6 ETP médical pour 0,5 ETP paramédical) ; au-delà l'écart se creuse avec 0,6 ETP paramédical toutes les 1000 consultations et 0,4 ETP médical toutes les 500 consultations. Le développement des postes infirmiers se fait au compte goutte !

Le financement des structures repose actuellement sur les « épaules » médicales, fragilisant d'ailleurs certaines structures (départ en retraite non remplacé de médecin, problème de

¹ http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/referentiel_ird_novembre2007.pdf

² http://www.cnr.fr/IMG/pdf/IRD_567.pdf

recrutement...). Les postes infirmiers peuvent devenir incertains avec un temps dédié diminué en cas de baisse d'activité médicale. L'IRD ne peut plus alors assurer toutes les activités ou se voit prioriser certaines activités au dépend d'autres.

Soulignons aussi la pression institutionnelle : les postes peuvent être pourvus par des infirmières n'ayant pas le DU douleur, certains postes infirmiers sont mutualisés, le non-remplacement en cas de maladie et même une diminution de temps infirmier (l'IRD doit aller remplacer dans un service durant les vacances d'été par exemple). Ce manque d'effectifs freinent aussi le développement des activités des structures (HDJ, éducation thérapeutique...) Là encore, avoir une traçabilité des activités qu'elles soient cliniques, institutionnelles, d'enseignement, voire de recherche au sein de la structure et de l'institution permettrait de mettre en lumière l'amplitude des activités infirmières. La présence de l'IRD est une plus-value pour les patients et aussi pour les professionnels médicaux et non médicaux qui travaillent au sein de la structure.

L'exercice professionnel de l'IRD, son mode de fonctionnement, son champ d'activité restent peu connus d'un grand nombre voire des directions. C'est dire l'importance de se rendre visible.

- La question de la valorisation des activités infirmières est de plus en plus soulevée : est-il pertinent de valoriser les activités infirmières pour les consultations externes ?³ La question est complexe et doit prendre en compte le fonctionnement de l'ensemble du système de santé.
- Enfin, la mise en place du système LMD questionne sur l'intérêt de valider un master en sciences infirmières plutôt qu'un DU pour les IRD au vue de leurs expertise et compétences acquises⁴.

Répondre aux besoins de plus en plus importants de la population pour la prise en charge de la douleur, des masters sciences clinique de pratique avancée douleur ont été créés. Avec ce diplôme, de nouvelles activités s'ouvrent pour les IRD. Le Conseil International Infirmier (CII) a défini la pratique avancée depuis 2008 : « *Une infirmière de pratique avancée est une infirmière diplômée d'État ou certifiée qui a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, pratique avancée dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. Un master est recommandé comme diplôme d'entrée.* ». Evoluer dans ce sens représente un parcours complexe, long et semé d'embûches. Informer et transmettre cette spécificité à travers des congrès, permet de baliser le chemin entrepris. Un lien a été fait entre IRD et pratique avancée par Jean Michel Gautier au SIDIIEF en 2012⁵

³ N. Agnes, V. Piano, M. Lumini, A. Donnet (2015), « valorisation des activités infirmières au sein d'une structure de prise en charge de la douleur chronique », revue Douleur ; 16, 38-45

⁴ M. Ortiz (2012), « Quel avenir pour les Infirmiers(ères) Ressource Douleur (IRD) ? », revue douleur ; 13,219-223

⁵ <https://www.sidiief.org/wp-content/uploads/SP59.4-Congres2012-Gautier-JM.pdf>

La présidente du Conseil International des Infirmiers (CII), Mme Judith Shamian a ouvert sa mandature en 2013 en choisissant un mot d'ordre : « impact. »⁶

Envisager l'avenir des professionnels IRD, c'est reconnaître leur plus-value, l'impact de leur prise en charge auprès des patients douloureux et des soignants.

Un exemple avec une infirmière ressource douleur en poste transversal :

Elle se déplace seule ou avec l'équipe pluri-professionnelle dans les services à la demande d'un soignant (médecin, cadre, soignant) pour répondre à un besoin.

L'IRD, lors de son intervention, pratique des consultations de 2^{ème} ligne au bénéfice tout d'abord du soignant puis du soigné, ou des consultations de 1^{ère} ligne⁷ directement auprès du patient hospitalisé selon la demande formulée. Elle effectue quotidiennement sa fonction à travers la collaboration aussi bien avec les soignants référents dans les unités, l'encadrement, les médecins et tous les professionnels de santé. Elle modifie les pratiques de ses pairs, les enrichit, œuvre à la qualité et à la sécurité des soins sur le terrain et accompagne les soignants ayant fait appel à ses compétences. Les changements sont ancrés par les formations-action, les formations institutionnelles et le compagnonnage.

L'intervention apporte une plus-value au patient, aux soignants, au service et à l'établissement

- Le patient peut être plus rapidement soulagé, ce qui renforce sa confiance et son mieux être.
- Le soignant apprend ou renforce ses apprentissages, ses connaissances.
- La DMS plus courte permet au service d'accueillir plus de patients.
- L'établissement répond plus largement aux besoins en santé.

L'IRD a une vision globale de la prise en charge de la douleur dans l'établissement. Membre actif du CLUD, son regard professionnel est utile pour participer à la politique d'amélioration de la prise en charge de la douleur avec les directions. Elle travaille bien souvent avec la direction de la qualité des soins pour adapter les procédures et audits. Cette activité de coordination entre les unités de soins et la direction n'est possible que grâce à son expertise et sa connaissance des soins et les ressources humaines présentes auprès du patient.

Cette activité transversale nécessite de posséder des qualités : discrétion, professionnalisme, expertise, respectant la confidentialité de chaque rencontre. L'IRD diffuse les bonnes pratiques auprès des soignants par sa pratique clinique infirmière : à travers un examen clinique infirmier minutieux, une démarche clinique avec proposition de soin à réaliser au bénéfice du patient douloureux. L'IRD, en fonction de ses formations, diffuse d'autres prises en charges auprès des soignants : toutes les prises en charges psychocorporelles intégrées dans les formations et qui ont une incidence bénéfique pour le patient douloureux.

Sa présence auprès des professionnels paramédicaux, le compagnonnage, la formation réalisée sur place (formation action) est également un gage de qualité. Trop souvent, les effectifs de soignants sont à flux tendu. Les soignants ne peuvent plus s'absenter pour se former sans que cela ne soit préjudiciable à la bonne marche du service. La présence de l'IRD

⁶ <http://www.icn.ch/fr/who-we-are/presidents-message/>

⁷ C. Debout (2006), « Consultation infirmière, un nouveau rôle à investir dans le champ clinique infirmier », Revue Soins ; 707 : 35-39

qui informe et forme sur place lors de soin répond à un besoin et reste garant de qualité des soins. Les soignants intègrent plus facilement les données transmises lors du compagnonnage. Benjamin Franklin avait écrit (fin du 18^{ème} siècle) « Tu me dis, j'oublie. Tu m'enseignes, je me souviens. Tu m'impliques, j'apprends. »

Les établissements mettent en place une dynamique continue d'amélioration, et sont contrôlés périodiquement pour recevoir une certification. La participation de l'IRD à la démarche qualité et aux certifications de l'établissement sont un gage de réussite pour cette pratique exigible prioritaire. En lien constant avec les professionnels du terrain, elle transmet les informations, les procédures et protocoles ayant trait à la prise en charge de la douleur. Elle est le maillon fort de la démarche qualité.

Au vu de cet exemple, il apparaît que les connaissances pointues acquises par l'expérience et par les formations transforment les IRD en experts incontournables. Experts aussi sollicités pour participer à différents travaux aussi bien institutionnels que ministériels. A la fois soignants, pédagogues, chercheurs, la plus-value n'est plus à démontrer, juste à solliciter et mettre en lumière.

L'avenir des IRD repose à la fois sur la reconnaissance de cette expertise acquise ainsi que par le choix des établissements qui visent la qualité des soins donnés aux patients, en choisissant des personnes qualifiées, compétentes, moteur dans cette discipline. De la chenille, l'IRD est en cours de transformation pour déployer ses ailes.

Christine Berlemont, IRD au CETD Kremlin-Bicêtre, membre du CA et responsable de la Commission Professionnelle Infirmière

Brigitte Hérisson, Infirmière clinicienne Ressource Douleur, membre de la Commission Professionnelle Infirmière