



**INFIRMIER RESSOURCE DOULEUR
REFERENTIEL D'ACTIVITES DE
CONSULTATION CLINIQUE INFIRMIERE**

COMMISSION PROFESSIONNELLE INFIRMIERE

01/11/2016

SOMMAIRE

PREAMBULE	2
Groupe de travail	2
CONTEXTE	3
CONSULTATION DE 1^{ERE} LIGNE 1^{ER} RECOURS	6
Consultation initiale	6
CONSULTATION DE 1^{ERE} LIGNE 2^{EME} RECOURS.....	8
Consultation initiale	8
Consultation de suivi	10
Consultation de clôture	12
CONSULTATION DE 2^{EME} LIGNE	14
Consultation initiale	14
Consultation de suivi	16
Consultation de clôture	17
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	18

PREAMBULE

Le rôle des infirmiers exerçant dans les structures d'évaluation et traitement de la douleur se développe et grâce aux recommandations précisant l'importance de la prise en charge pluri-professionnelle, les contours de ce rôle se dessinent et se précisent.

Suite à une enquête réalisée en 2007, la commission professionnelle infirmière a élaboré un référentiel d'activités permettant à ces professionnels de mieux identifier leur fonction spécifique selon 4 catégories d'activités (activités cliniques, de formation, institutionnelles, afférentes aux soins).

Le développement de la consultation infirmière a amené la commission professionnelle infirmière à proposer ce référentiel d'activités de consultation clinique infirmière dont l'objectif principal est d'apporter une aide aux infirmiers à la mise en œuvre de cette pratique. Il apporte également des éléments quant au rôle, compétences et activités des infirmiers exerçant au sein de structures dédiées à la prise en charge de la douleur ou en poste transversal identifié.

Christine BERLEMONT

Responsable de la Commission Professionnelle Infirmière

GROUPE DE TRAVAIL

- **Evelyne Arbiol**, Infirmière Ressource Douleur, Consultation d'Evaluation et Traitement de la Douleur, Centre de Lutte contre le Cancer Léon Bérard – Lyon (69)
- **Christine Berlemont**, Infirmière Ressource Douleur, Consultation d'Evaluation et Traitement de la douleur, Centre Hospitalier – Meaux (77)
- **Christophe Debout**, Inf PhD, Directeur de l'Institut de Soins Infirmiers Supérieurs, Membre de la Chaire Santé Sciences-Po/IDS UMR Inserm 1145 – Paris (75)
- **Jean Michel Gautier**, Cadre de santé, Réseau InterCLUD Languedoc Roussillon – Montpellier (34)
- **Dominique Gillet**, Infirmière Ressource Douleur, Consultation d'Evaluation et Traitement de la Douleur, Centre Hospitalier – Voiron (38)
- **Brigitte Hérisson**, Infirmière Clinicienne Ressource Douleur, Equipe Mobile Douleur et Soins Palliatifs, Hôpital Emile Roux AP-HP – Limeil-Brévannes (94)
- **Aline Le Chevalier**, Infirmière Ressource Douleur, Centre d'Evaluation et Traitement de la Douleur, Centre Hospitalier – Avranches-Granville (50)
- **Laurent Mathieu**, Infirmier Anesthésiste Ressource Douleur, Consultation d'Evaluation et Traitement de la Douleur, Centre Hospitalier – Verdun (55)
- **Muriel Perriot**, Infirmière Clinicienne Ressource Douleur, Consultation d'Evaluation et Traitement de la Douleur, Centre Hospitalier – Châteauroux (36)
- **Caterina Régis**, Infirmière Ressource Douleur, Centre d'Evaluation et Traitement de la Douleur, Centre Hospitalier Universitaire – Montpellier (34)
- **Annick Roby-Thorel**, Infirmière Ressource Douleur, Consultation d'Evaluation et Traitement de la Douleur, Centre Hospitalier Bretagne Atlantique – Vannes (56)
- **Pascale Wanquet-Thibault**, Cadre supérieur de santé, responsable pédagogique, AMAE Santé – Issy les Moulineaux (92)

CONTEXTE

Les structures spécialisées dans la prise en charge des douleurs chroniques ont été créées et se sont développées sur le modèle de John Bonica (1961), permettant une approche globale du patient (soin, prise en compte du patient dans son milieu familial, social et professionnel, réinsertion) par leur caractère pluridisciplinaire, et les approches conjointes de spécialistes complémentaires. Ces structures sont constituées de professionnels de santé de différentes disciplines dont la discipline infirmière.

Une première circulaire ministérielle datée de 1994 définissait les critères organisationnels de prise en charge de la douleur chronique et les objectifs à laquelle elle devait répondre. Trois niveaux d'organisation étaient proposés :

- « *des équipes mobiles d'intervention pluridisciplinaire prenant en charge des malades souffrant de douleurs chroniques d'étiologies variées : elles interviennent, selon le même modèle d'organisation que les équipes mobiles de soins palliatifs, par le biais de consultations externes et internes, à la demande des services, sans se substituer nécessairement à eux dans le domaine des prescriptions ;*
- *certaines équipes pouvant, en outre, disposer ou accéder à des lits d'hospitalisation et/ou de places d'hôpital de jour au sein de services ou de départements de l'établissement. Elles sont ainsi en mesure de mettre en œuvre des procédures d'assurance qualité et d'évaluation des soins ;*
- *des pôles de référence hospitalo-universitaires ayant une triple mission de soins, de recherche et d'enseignement : ils regroupent des cliniciens spécialisés, des enseignants-chercheurs, voire des scientifiques, et permettent ainsi d'aborder conjointement la prise en charge des malades, la formation des médecins et du personnel paramédical et les différents aspects de la recherche médicale. Ces structures ont à leur disposition des locaux de consultation, des laboratoires d'exploration neurophysiologique et comportent un secteur propre d'hospitalisation ou disposent d'un accès permanent à des lits d'hospitalisation dans une unité fonctionnelle ».*

C'est ainsi que progressivement les infirmiers ont intégré des postes fonctionnels au sein de ces structures spécialisées ou en mission transversale au sein d'un établissement.

Le rôle infirmier se limitait alors à la réalisation de soins dispensés sur prescription médicale. Ces prestations étaient soit complémentaires des soins médicaux, soit centrées sur un type de soin (relation d'aide, pose de neurostimulateur transcutané à visée antalgique, aide à la pose de dispositif d'analgésie locorégionale, ...).

L'intégration des infirmiers dans les équipes interdisciplinaires a nécessité d'acquérir de nouvelles compétences et responsabilités, afin de développer une expertise dans le champ de la douleur. Très rapidement, les infirmiers vont structurer leurs savoirs et faire émerger leur identité propre (Infirmier Ressource Douleur ou IRD) en s'engageant dans des formations

spécifiques (Diplôme Universitaire de Prise en charge de la douleur, Formation à la clinique infirmière, Formation aux pratiques psychocorporelles [hypnose, sophrologie...], etc.).

La construction de cette nouvelle fonction permet à l'IRD de s'investir dans la démarche clinique infirmière pour laquelle l'IRD va mobiliser ses connaissances et ses compétences, issues des sciences biomédicales (anatomie, physiopathologie, pharmacologie), des sciences infirmières et des sciences humaines.

C'est ainsi que l'infirmier formalise une consultation infirmière dans une approche systémique du patient douloureux chronique. Dans ce contexte, l'IRD établit ses diagnostics et possède un rôle thérapeutique dans son champ de compétence autonome, tout en collaborant à l'établissement du diagnostic médical et à l'application des thérapeutiques prescrites.

Un référentiel d'activités des IRD a été élaboré en 2007 par les membres de la Commission "Douleur et Soins Infirmiers" de la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD), en collaboration avec le Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur (CNRD). Ce document a été construit à partir d'une enquête nationale réalisée en 2005 auprès des IRD de l'ensemble du territoire français. Les objectifs de ce référentiel étaient notamment de bien identifier le "profil type" de poste de l'IRD, d'informer sur l'exhaustivité de leur fonction et d'aider les établissements de santé lors du recrutement d'un ou plusieurs IRD (qualifications requises, tâches dévolues...).

Quatre grands champs d'activités ont été identifiés :

- Activités de formation,
- Activités cliniques,
- Activités institutionnelles,
- Activités afférentes aux soins.

Pour chacun de ces champs, les activités, les tâches correspondantes et les compétences requises ont été détaillées. Ce référentiel est accompagné de six fiches techniques (Mise en place et/ou aide à la pose d'une pompe PCA de morphiniques, Utilisation du MEOPA, Mise en place et suivi d'une neurostimulation transcutanée (TENS), Aide à la pose de cathéter péri-nerveux, Aide à la

La Consultation ou la visite comporte généralement un interrogatoire du malade, un examen clinique et, s'il y a lieu, une prescription thérapeutique. Sont considérés comme inclus dans la consultation ou dans la visite les moyens de diagnostic en usage dans la pratique courante (tels que prise de tension artérielle, examen au spéculum, toucher vaginal ou rectal, etc.), ainsi que les petits actes techniques motivés par celle-ci (injection sous-cutanée, intradermique, intramusculaire, petit pansement, etc.).
(Nomenclature Générale des Actes Professionnels, 1997)

L'infirmière voit des malades, adressés par un médecin, en **consultation**, dans un but précis, défini par l'objet de la consultation (soins de plaies, stomathérapie, addictions, éducation thérapeutique, entretien en psychiatrie...). Après une observation, elle formalise les besoins du malade dans une perspective de soins infirmiers, prodigue des soins, éduque et fournit des informations et des conseils dans le cadre de son champ de compétence.
(L. Jovic, 2002)

L'examen clinique est une observation minutieuse de la personne et de ses réactions dans son environnement réalisée en utilisant les sens du toucher, de la vue, de l'ouïe et de l'odorat.
L'examen clinique comprend l'histoire de santé et l'examen physique.
(M. Brûlé, L. Cloutier, et O. Doyon, 2002)

L'évaluation clinique a pour objectif d'établir un profil de la situation de santé en recueillant par divers moyens (entrevue, examen physique, documents cliniques et administratifs) les données de base pertinentes, en les analysant et en les interprétant.
(C. Jarvis, 2010)

pose de cathéter péridural, Aide aux mesures de prévention et de prise en charge de la douleur lors d'un geste douloureux).

L'évolution des besoins et des attentes de la population en matière de soins, la gérontocroissance, l'augmentation des maladies chroniques, les progrès de la médecine, la démographie médicale, la pression économique croissante sont autant de facteurs qui imposent au système de santé d'engager de profondes mutations afin de préserver l'offre de soins. Au cours des dernières années, les IRD ont apporté une contribution importante à la prise en charge des patients douloureux chroniques en développant, selon le modèle conceptuel de Caplan :

- des consultations de 1ère ligne, en appliquant leur expertise directement au service du patient douloureux chronique ;
- des consultations de 2ème ligne, en appliquant leur expertise auprès d'un autre professionnel de santé, à l'initiative de la demande, qui éprouve une difficulté face à une situation clinique donnée.

Au regard de l'évolution de la fonction d'IRD, la Commission Professionnelle Infirmière de la SFETD propose un référentiel d'activité de consultation infirmière. Ce document s'inscrit dans une démarche d'élaboration du référentiel d'activités et de compétences de l'IRD en complément du Référentiel d'activités des IRD de 2007.

Il a pour objectifs :

- Apporter un éclairage sur le rôle de l'IRD, qu'il exerce en Structure d'Evaluation et Traitement de la Douleur ou en poste transversal identifié,
- Décrire les activités de consultation infirmière développées par l'IRD,
- Aider l'IRD à formaliser sa pratique de consultation,
- Appuyer les institutions qui implantent ou font évoluer la consultation infirmière dans leurs organisations.

CONSULTATION INFIRMIERE 1^{ère} ligne/1^{er} recours dans le champ spécifique de la douleur

Contexte : L'IRD voit le patient directement adressé par le médecin traitant ou spécialiste, avant le médecin de la Structure d'Evaluation et Traitement de la Douleur.

CONSULTATION INITIALE

Entretien d'évaluation

➔ Vérification de l'identité du patient

➔ Recueil des éléments liés à la douleur elle-même

- Recueil des éléments du dossier patient ou courrier du médecin adresseur
- Recueil auprès du patient du diagnostic médical afin de s'assurer de sa compréhension (et si ce n'est pas le cas, recueil des croyances du patient au sujet du diagnostic, observance et adhésion du patient)
- Recueil de l'histoire de la douleur (éléments de diachronie et de synchronie)
- Bilan des traitements médicamenteux prescrits et de ceux réellement pris,
- Bilan des traitements médicamenteux en automédication,
- Bilan des effets bénéfiques et des effets indésirables des traitements médicamenteux
- Bilan des traitements non médicamenteux prescrits ou non, reconnus par le milieu médical ou non
- Bilan des effets bénéfiques et des effets indésirables des traitements non médicamenteux
- Recueil des représentations et des croyances du patient concernant sa prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse
- Evaluation de la douleur en termes quantitatif (intensité minimale, intensité maximale, intensité la plus fréquente, intensité de la douleur de fond), de fréquence (jour, nuit) et de durée
- Evaluation qualitative de la douleur (description de la douleur par le patient)
- Evaluation de l'état de santé du patient et de son degré d'autonomie

➔ Recueil des retentissements de la douleur sur la qualité de vie

- Vie professionnelle (statut, conditions de travail, présence ou non de conflits avec hiérarchie ou collègue, niveau de plaisir au travail, projets d'évolution, arrêt de travail, accident de travail, travailleur handicapé reconnu)
- Vie familiale et sociale (isolement, compréhension de l'entourage)
- Vie sexuelle
- Etat psychologique ressenti, relation aux autres, humeur
- Sommeil
- Situation de handicap (capacités fonctionnelles, environnement...)
- Evaluation de l'activité

➔ Recueil de données objectives

- Observation de l'attitude et de la mobilité du patient
- Observation et/ou palpation de la zone douloureuse

➔ Recueil des attentes

- Recueil de la demande et/ou attente du patient en termes de prise en charge

<p>Analyse et formulation d'un diagnostic infirmier</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaboration des hypothèses ➤ Recherche des données additionnelles ➤ Validation des hypothèses avec le patient ➤ Formulation du ou des diagnostic(s) infirmiers associé(s) à leurs facteurs favorisants
<p>Apport de la contribution spécifique de l'IRD à l'élaboration du diagnostic médical et du projet thérapeutique</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Proposition et/ou application d'interventions infirmières relevant du rôle autonome <p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Techniques psychocorporelles (hypno-analgésie, sophrologie, ...) ▪ Entretiens de suivi et relation d'aide ▪ Démarche éducative <ul style="list-style-type: none"> ➤ Organisation de l'orientation vers la consultation médicale et/ou psychologue ➤ Préparation du dossier à présenter en réunion pluriprofessionnelle (réunion de synthèse, Réunion de Concertation Pluridisciplinaire ou RCP) ➤ Recueil du consentement du patient ➤ Planification du suivi en consultation infirmière pour les interventions relevant du rôle autonome
<p>Traçabilité</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Traçabilité dans le dossier patient

CONSULTATION INFIRMIERE 1^{ère} ligne/2^{ème} recours

Contexte : L'IRD voit le patient après le médecin de la Structure d'Evaluation et Traitement de la Douleur

CONSULTATION INITIALE

Entretien d'évaluation

➔ Vérification de l'identité du patient

➔ Recueil des éléments liés à la douleur elle-même

- Recueil des éléments du dossier patient
- Recueil auprès du patient du diagnostic médical afin de s'assurer de sa compréhension (et si ce n'est pas le cas, recueil des croyances du patient au sujet du diagnostic, observance et adhésion du patient)
- Recueil de l'histoire de la douleur (éléments de diachronie et de synchronie)
- Bilan des traitements médicamenteux prescrits et de ceux réellement pris,
- Bilan des traitements médicamenteux en automédication,
- Bilan des effets bénéfiques et des effets indésirables des traitements médicamenteux
- Bilan des traitements non médicamenteux prescrits ou non, reconnus par le milieu médical ou non
- Bilan des effets bénéfiques et des effets indésirables des traitements non médicamenteux
- Recueil des représentations et des croyances du patient concernant sa prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse
- Evaluation de la douleur en termes quantitatif (intensité minimale, intensité maximale, intensité la plus fréquente, intensité de la douleur de fond), de fréquence (jour, nuit) et de durée
- Evaluation qualitative de la douleur (description de la douleur par le patient)
- Evaluation de l'état de santé du patient et de son degré d'autonomie

➔ Recueil des retentissements de la douleur sur la qualité de vie

- Vie professionnelle (statut, conditions de travail, présence ou non de conflits avec hiérarchie ou collègue, niveau de plaisir au travail, projets d'évolution, arrêt de travail, accident de travail, travailleur handicapé reconnu)
- Vie familiale et sociale (isolement, compréhension de l'entourage)
- Vie sexuelle
- Etat psychologique ressenti, relation aux autres, humeur
- Sommeil
- Situation de handicap (capacités fonctionnelles, environnement...)
- Evaluation de l'activité

➔ Recueil de données objectives

- Observation de l'attitude et de la mobilité du patient
- Observation et/ou palpation de la zone douloureuse

➔ Recueil des attentes

- Recueil de la demande et/ou attente du patient en termes de prise en charge

<p>Analyse et formulation d'un diagnostic infirmier</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaboration des hypothèses ➤ Recherche des données additionnelles ➤ Validation des hypothèses avec le patient ➤ Formulation du ou des diagnostic(s) infirmiers associé(s) à leurs facteurs favorisants
<p>Apport de la contribution spécifique de l'IRD à l'élaboration du diagnostic médical et du projet thérapeutique</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Proposition et/ou application d'interventions infirmières relevant du rôle autonome Exemples : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Techniques psychocorporelles (hypno-analgésie, sophrologie, ...) ▪ Entretiens de suivi et relation d'aide ▪ Démarche éducative ➤ Application ou proposition d'interventions infirmières relevant du rôle sur prescription Exemples : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Neurostimulation Transcutanée à visée antalgique ▪ Education Thérapeutique ➤ Recueil du consentement du patient ➤ Préparation du dossier à présenter en réunion pluriprofessionnelle (réunion de synthèse, Réunion de Concertation Pluridisciplinaire ou RCP) ➤ Planification du suivi en consultation infirmière
<p>Traçabilité</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Traçabilité dans le dossier patient

CONSULTATION DE SUIVI

Entretien de réévaluation	<ul style="list-style-type: none">➤ Evaluation de l'évolution de l'état douloureux<ul style="list-style-type: none">▪ Evaluation du soulagement▪ Evaluation de la douleur en termes quantitatif (intensité minimale, intensité maximale, intensité la plus fréquente, intensité de la douleur de fond), de fréquence (jour, nuit) et de durée▪ Evaluation qualitative de la douleur (description de la douleur par le patient)▪ Repérage des signes d'amélioration ou d'aggravation➤ Réévaluation des traitements<ul style="list-style-type: none">▪ Bilan des traitements médicamenteux prescrits et de ceux réellement pris,▪ Bilan des traitements médicamenteux en automédication,▪ Bilan des effets bénéfiques et des effets indésirables des traitements médicamenteux▪ Bilan des traitements non médicamenteux prescrits ou non, reconnus par le milieu médical ou non▪ Bilan des effets bénéfiques et des effets indésirables des traitements non médicamenteux➤ Réévaluation des retentissements de la douleur sur la qualité de vie<ul style="list-style-type: none">▪ Vie professionnelle (statut, conditions de travail, présence ou non de conflits avec hiérarchie ou collègue, niveau de plaisir au travail, projets d'évolution, arrêt de travail, accident de travail, travailleur handicapé reconnu)▪ Vie familiale et sociale (isolement, compréhension de l'entourage)▪ Vie sexuelle▪ Etat psychologique ressenti, relation aux autres, humeur▪ Sommeil▪ Situation de handicap (capacités fonctionnelles, environnement...)▪ Evaluation de l'activité➤ Evaluation de l'autonomie du patient dans sa prise en charge<ul style="list-style-type: none">▪ Evaluation des stratégies mises en place➤ Examen clinique<ul style="list-style-type: none">▪ Observation de l'attitude et de la mobilité du patient▪ Observation et/ou palpation de la zone douloureuse
Identification de nouveaux diagnostics infirmiers et validation de diagnostics infirmiers par recherche de données additionnelles	<ul style="list-style-type: none">➤ Elaboration de nouvelles hypothèses➤ Recherche des données additionnelles➤ Validation des hypothèses avec le patient➤ Formulation du ou des diagnostic(s) infirmiers associé(s) à leurs facteurs favorisants

<p>Evaluation de l'impact des actions mises en œuvre (effets attendus et effets non attendus)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identification des effets bénéfiques en termes de douleur et qualité de vie ➤ Repérage des effets secondaires des thérapeutiques
<p>Réorienter si besoin le patient vers d'autres professionnels</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Orientation du patient vers le médecin selon l'appréciation clinique ➤ Orientation du patient si nécessaire vers d'autres professionnels (psychologue, diététicienne, assistante sociale)
<p>Mise en œuvre d'intervention nécessitant la compétence de l'IRD</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Application d'interventions infirmières relevant du rôle autonome Exemples : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Techniques psychocorporelles (hypno-analgésie, sophrologie, ...) ▪ Entretiens de suivi et relation d'aide ▪ Démarche éducative ➤ Application d'interventions infirmières relevant du rôle sur prescription Exemples : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Neurostimulation Transcutanée à visée antalgique ▪ Education Thérapeutique ➤ Application d'interventions infirmières dérogoires, dans le cadre exclusif d'un protocole de coopération validé, nominatif <ul style="list-style-type: none"> ▪ Activités médicales déléguées aux IRD (Article 51 de la loi HPST)
<p>Traçabilité</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Traçabilité dans le dossier patient

CONSULTATION DE CLÔTURE

Entretien de réévaluation

➤ Evaluation de l'évolution de l'état douloureux

- Evaluation du soulagement
- Evaluation de la douleur en termes quantitatif (intensité minimale, intensité maximale, intensité la plus fréquente, intensité de la douleur de fond), de fréquence (jour, nuit) et de durée
- Evaluation qualitative de la douleur (description de la douleur par le patient)
- Repérage des signes d'amélioration ou d'aggravation

➤ Réévaluation des traitements

- Bilan des traitements médicamenteux prescrits et de ceux réellement pris,
- Bilan des traitements médicamenteux en automédication,
- Bilan des effets bénéfiques et des effets indésirables des traitements médicamenteux
- Bilan des traitements non médicamenteux prescrits ou non, reconnus par le milieu médical ou non
- Bilan des effets bénéfiques et des effets indésirables des traitements non médicamenteux

➤ Réévaluation des retentissements de la douleur sur la qualité de vie

- Vie professionnelle (statut, conditions de travail, présence ou non de conflits avec hiérarchie ou collègue, niveau de plaisir au travail, projets d'évolution, arrêt de travail, accident de travail, travailleur handicapé reconnu)
- Vie familiale et sociale (isolement, compréhension de l'entourage)
- Vie sexuelle
- Etat psychologique ressenti, relation aux autres, humeur
- Sommeil
- Situation de handicap (capacités fonctionnelles, environnement...)
- Evaluation de l'activité

➤ Réévaluation de l'autonomie du patient dans sa prise en charge

- Evaluation des stratégies mises en place

➤ Examen clinique

- Observation de l'attitude et de la mobilité du patient
- Observation et/ou palpation de la zone douloureuse

Réévaluation de l'impact des actions mises en œuvre (effets attendus et effets non attendus)

➤ Réévaluation des actions mises en œuvre

- Identification des effets bénéfiques en termes de douleur et qualité de vie
- Repérage des effets secondaires des thérapeutiques

➤ Evaluation de l'amélioration depuis le suivi en consultation

- Chiffrage de l'amélioration

➤ Evaluation de la satisfaction du patient

- Chiffrage de la satisfaction

➤ Evaluation de la compréhension par le patient des mécanismes physiologiques, psychologiques, émotionnels et comportementaux mis en jeu dans leur douleur chronique

Décision de clôture et fin de contrat	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prise de décision en accord avec le patient et l'équipe pluri professionnelle lorsque l'autonomie est acquise et/ou les objectifs du projet thérapeutique sont atteints partiellement ou totalement
Evaluation des résultats cliniques obtenus	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Synthèse de la prise en charge infirmière ➤ Résultats obtenus ou non obtenus en lien avec les objectifs du projet thérapeutique ➤ Courrier au médecin adresseur, médecin traitant, autres professionnels impliqués dans la prise en charge ➤ Analyse des pratiques professionnelles
Traçabilité	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Traçabilité dans le dossier patient

CONSULTATION INFIRMIERE 2^{ème} ligne

Contexte : L'IRD répond à la demande d'une équipe soignante

CONSULTATION INITIALE	
Analyse de la demande	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Recueil des éléments liés à l'objet de consultation ➔ Détermination des modalités de la consultation <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'objet de consultation nécessite une intervention auprès du patient (cf consultation 1^{ère} ligne) <p>et/ou</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'objet de consultation est une demande de soutien d'équipe en lien avec une problématique d'un patient douloureux
Entretien d'évaluation	<p>Auprès de l'équipe :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Recueil des éléments liés à la problématique du patient douloureux, objet de la consultation <ul style="list-style-type: none"> ▪ Recueil du motif d'hospitalisation ▪ Recueil du diagnostic médical ▪ Recueil de l'histoire de la douleur ▪ Bilan des traitements médicamenteux prescrits et de ceux réellement pris ou administrés, ▪ Bilan des effets bénéfiques et des effets indésirables des traitements médicamenteux ▪ Bilan des traitements non médicamenteux prescrits ou non ▪ Bilan des effets bénéfiques et des effets indésirables des traitements non médicamenteux ▪ Evaluation de la douleur en termes quantitatif (intensité minimale, intensité maximale, intensité la plus fréquente, intensité de la douleur de fond), de fréquence (jour, nuit) et de durée ▪ Evaluation qualitative de la douleur (description de la douleur par le patient) ▪ Evaluation de l'état de santé du patient et de son degré d'autonomie ➔ Recueil des retentissements de la douleur <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vie familiale, sociale (isolement, compréhension de l'entourage) et professionnelle ▪ Etat psychologique ressenti, relation aux autres, humeur ▪ Sommeil ▪ Situation de handicap (capacités fonctionnelles, environnement...) ➔ Recueil de données objectives <ul style="list-style-type: none"> ▪ Observation de l'attitude et de la mobilité du patient ▪ Observation et/ou palpation de la zone douloureuse ➔ Recueil des attentes <ul style="list-style-type: none"> ▪ Recueil de la demande et/ou attente de l'équipe en termes de prise en charge

<p>Analyse et formulation d'un diagnostic infirmier</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaboration des hypothèses ➤ Recherche des données additionnelles ➤ Validation des hypothèses avec l'équipe soignante et le patient ➤ Formulation du ou des diagnostic(s) infirmiers associé(s) à leurs facteurs favorisants
<p>Analyse de la difficulté de l'équipe, évaluation du niveau de compétences</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Connaissances et compétences <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluation du niveau de connaissances et de compétences en lien avec la problématique qui motive la demande de consultation ➤ Organisation <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identification des causes organisationnelles qui motivent la demande de consultation ➤ Ressources <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identification des ressources au sein de l'équipe
<p>Apport de la contribution spécifique de l'IRD à l'élaboration du projet thérapeutique</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Transfert de connaissances ➤ Développement de compétences ➤ Expertise ➤ Analyse de Pratiques Professionnelles
<p>Traçabilité</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rédaction d'un compte rendu d'intervention et/ou traçabilité dans le dossier patient

CONSULTATION DE SUIVI

Entretien de réévaluation du patient/Bilan de la situation de l'équipe	<ul style="list-style-type: none">➤ Recueil, auprès de l'équipe, de l'évolution de la problématique qui a motivé la demande de consultation afin d'évaluer la pertinence des conseils et recommandations prodigués➤ Proposition d'analyse des pratiques professionnelles
Evaluation de l'impact des actions mises en œuvre (effets attendus et effets non attendus)	<ul style="list-style-type: none">➤ Identification des effets bénéfiques➤ Repérage des difficultés
Réajustement et Identification de nouveaux diagnostics infirmiers/diagnostics de situation, si nécessaire	<ul style="list-style-type: none">➤ Elaboration de nouvelles hypothèses➤ Recherche des données additionnelles➤ Validation des hypothèses avec le patient et l'équipe➤ Formulation du ou des diagnostic(s) infirmiers associé(s) à leurs facteurs favorisants
Traçabilité	<ul style="list-style-type: none">➤ Rédaction d'un compte rendu d'intervention et/ou traçabilité dans le dossier patient

CONSULTATION DE CLÔTURE

Entretien de réévaluation/Bilan de la situation de l'équipe	⇒ Recueil, auprès de l'équipe, de l'évolution de la problématique qui a motivé la demande de consultation afin d'évaluer la pertinence des conseils et recommandations prodigués
Bilan de l'intervention de l'IRD avec l'équipe soignante	⇒ Evaluation des actions mises en œuvre <ul style="list-style-type: none">▪ Identification des effets bénéfiques▪ Repérage des difficultés ⇒ Evaluation de l'amélioration depuis le suivi en consultation <ul style="list-style-type: none">▪ Chiffrage de l'amélioration ⇒ Evaluation de la satisfaction du patient et/ou de l'équipe soignante <ul style="list-style-type: none">▪ Chiffrage de la satisfaction ⇒ Evaluation des résultats cliniques obtenus, du transfert de connaissances réalisé auprès de l'équipe <ul style="list-style-type: none">▪ Analyse des pratiques professionnelles
Décision de clôture et fin de contrat	⇒ Prise de décision en accord avec le patient et/ou l'équipe lorsque l'autonomie est acquise
Traçabilité	⇒ Traçabilité dans le dossier patient

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BERLEMONT C., DEBOUT C. (2014) La consultation infirmière dans la prise en charge du patient douloureux chronique. *Soins*, 59 (787), p. 11-14
- BERLEMONT C., GILLET D. (2016) L'infirmier(ère) ressource douleur en structure d'évaluation et de traitement de la douleur chronique. *Douleur et Analgésie*, 29(3) : 141–144
- BONICA J.J. (1988) *Evolution of multidisciplinary/interdisciplinary pain programs in « Pain Centers: a revolution in healthcare »*. 9-32. Raven Press
- BRÛLE M., CLOUTIER L. et coll. DOYON O. (2002). *L'examen clinique dans la pratique infirmière*. Paris : Pearson Education
- CAPLAN G (1970) *The theory and practice of mental health consultation*. New York : Basic Book
- CIRCULAIRE DGS/DH n° 94-3 du 7 janvier 1994 relative à l'organisation des soins et la prise en charge des douleurs chroniques
- DEBOUT C. (2006) Consultation infirmière : un nouveau rôle à investir dans le champ clinique infirmier. *Soins*, n°707 p.35-39
- JARVIS C. (2010) *L'examen clinique et l'évaluation de la santé*. Montréal : Ed Beauchemin Chenelière
- JOUTEAU-NEVES C, LECOINTRE B, MALAQUIN-PAVAN E, ANFIIDE (sous la direction de -) (2014) *La consultation infirmière*. Paris : Editions Lamarre - Initiatives Santé
- JOVIC L. (2002) *La consultation infirmière à l'hôpital*. Rennes : Editions ENSP.
- LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n°0167 du 22 juillet 2009 p. 12184 : texte n° 1
- MOREAUX T., THIBAUT P. (2006) Enquête « Infirmier Ressource Douleur ». *Douleurs*, 7 (HS2) : 35-36
- SFETD (2007) Référentiel d'activités Infirmiers Ressource Douleur (IRD). [en ligne]. <<http://www.sfetd-douleur.org/travaux-de-la-commission-infirmiere>>

