



# **Appliquer la reconnaissance d'une pratique avancée à l'exercice de l'infirmier ressource douleur (IRD) au sein des SDC**

## SOMMAIRE

INTRODUCTION .....	2
PREAMBULE.....	2
I – PANORAMA DE LA DOULEUR CHRONIQUE EN FRANCE EN 2021 .....	3
I.1 - EPIDEMIOLOGIE DE LA DOULEUR .....	3
I.2 - CONSEQUENCES DES DOULEURS CHRONIQUES POUR LES PATIENTS.....	4
I.3 - CONSEQUENCES ECONOMIQUES POUR LA SOCIETE .....	4
II - LES REPONSES A LA COMPLEXITE DE LA DOULEUR CHRONIQUE ....	6
II.1 – LES STRUCTURES DOULEUR CHRONIQUE : EVOLUTION ET ETAT DES LIEUX .....	6
II.2 - L’ACCES DES PATIENTS .....	7
III – LA FONCTION D’INFIRMIER DANS LE DOMAINE DE LA DOULEUR CHRONIQUE	9
III.1 - DE L’IDE A L’IRD .....	9
IV – VERS UNE FONCTION EN PRATIQUE AVANCEE POUR LES IRD .....	16
IV.1 - QU’EST-CE LA PRATIQUE AVANCEE .....	16
IV.2 - COMPARAISON DE LA FONCTION D’IRD ET D’IPA.....	17
V - INTERETS DU DEVELOPPEMENT DE LA FONCTION D’IPA RESSOURCE DOULEUR (IPA RD).....	19
V.1 : UNE FILIERE DOULEUR REpondant MIEUX AUX ATTENTES ET BESOINS DE LA POPULATION.	19
V.2 - UNE ADEQUATION ENTRE L’EXERCICE REEL ET LES COMPETENCES DES IRD .....	19
V.3 - UN INTERET POUR LES INSTITUTIONS .....	20
NOTES .....	21
GROUPE DE TRAVAIL .....	23
ANNEXE.....	21

## INTRODUCTION

Ce document est le reflet du travail réalisé par la Commission professionnelle infirmière de la SFETD en référence à la proposition 10 « Appliquer la reconnaissance d'une pratique avancée à l'exercice de l'infirmier(e) ressource douleur (IRD) au sein des SDC », faisant partie des 22 propositions ambitieuses et concrètes pour améliorer la prise en charge de la douleur en France (1).

Il a pour objectif de présenter les propositions relatives à l'évolution de la fonction d'infirmier(e) ressource douleur (IRD) vers la fonction d'infirmier(e) ressource douleur en pratique avancée (IRD IPA). Il s'agit de proposer les bases afin de comprendre l'intérêt du développement de cette fonction dans la filière douleur et ainsi de permettre les discussions entre les équipes pluriprofessionnelles des Structures Douleur Chronique (SDC) et les représentants de la Direction Générale de l'organisation des soins (DGOS).

## PREAMBULE

*« La création d'infirmier(e)s en pratique avancée douleur, au sein des structures douleurs, est un pas de plus à faire.*

*Pour tous les professionnels qui connaissent le rôle joué par les infirmier(e)s ressource douleur cette revalorisation est incontournable.*

*Infirmier(e)s-médecins sont partenaires de longue date au sein des structures douleur. Nous avons déjà cette avance, car le socle de fonctionnement des structures douleur est la pluri professionnalité.*

*C'est pourquoi, l'exercice de IPA en douleur est soutenu de façon inconditionnelle par la SFETD. Il s'agit d'une juste reconnaissance qui prend toute sa valeur dans le contexte de santé publique actuel. »*

**Pr. Valéria MARTINEZ, Présidente de la SFETD**

*« Depuis la création des Structures Douleur Chronique, les missions des infirmier(e)s y exerçant, n'ont cessé d'évoluer par :*

- *le développement des SDC suite aux 3 plans ministériels successifs,*
- *la croissance des demandes de prises en soins des patients douloureux chroniques,*
- *l'offre de soins proposée,*
- *leur formation universitaire obligatoire, entre autres...*

*Ces infirmier(e)s font émerger une identité professionnelle propre : les Infirmier(e)s Ressource Douleur (IRD).*

*L'IRD complète le trinôme composé d'un médecin, d'un psychologue, indispensable à une SDC labellisée, garante de l'interdisciplinarité et la pluriprofessionnalité.*

*La Commission Professionnelle Infirmière (CPI) de la SFETD attentive, a contribué à cette évolution à travers différents référentiels :*

- *2007 : Référentiel d'activités de l'IRD*
- *2016 : Référentiel d'activités de consultation clinique infirmière*
- *2020 : Référentiel d'activités et de compétences de l'IRD*

*Par la suite, la CPI s'interroge à propos des rapprochements entre les compétences et les missions des IRD et celles des IPA.*

*Mais qu'est-ce que la pratique avancée ?*

*En quoi l'IPA RD pourrait être un maillon essentiel dans le parcours du patient douloureux chronique ?*

*A travers cet argumentaire, la CPI a souhaité apporter des éléments de réponses à la proposition 10 des 22 actions concrètes pour améliorer la prise en charge de la douleur en France proposées par treize organisations dont la SFETD. »*

**Karine CONSTANS, IRD, responsable de la CPI**

# I – PANORAMA DE LA DOULEUR CHRONIQUE EN FRANCE

## EN 2021

Pour introduire ce travail, il est apparu important de rappeler la situation actuelle des patients atteints de douleurs chroniques, tant sur le plan épidémiologique qu'en termes de retentissement économique.

### I.1 - EPIDEMIOLOGIE DE LA DOULEUR

En France, en 2021, il existe environ 20 millions de patients douloureux.

**31.7 %** des adultes souffrent d'une douleur quotidienne depuis plus de 3 mois, 35 % de femmes, 28,2 % d'hommes. Cette **prévalence augmente avec l'âge**. Dans les deux tiers des cas, les douleurs sont **d'intensité modérée à sévère**. Elles affectent davantage les femmes et les catégories socio-professionnelles les moins favorisées. La moitié a moins de 50 ans (2).

Les **douleurs neuropathiques** concernent quant à elles près de **7%** des Français, avec un pic entre 50 et 64 ans. Ces douleurs touchent davantage des personnes qui exercent des professions manuelles et qui vivent en milieu rural.

L'étude ECOGEN (3) montre que **36% des patients** ont consulté pour **motif douloureux**, 75% des consultations ont abouti à des ordonnances médicamenteuses.

En 2010, une enquête réalisée par Baromètre de la santé (4) décrit que 25% des personnes interrogées (15-85 ans) déclarent connaître une douleur difficilement supportable au cours des 12 derniers mois, plus importante chez les femmes (28,0 %) que chez les hommes (23,7 %), augmentant avec l'âge et passant de 16,4 % chez les 15-19 ans à 34,9 % chez les 75-85 ans.

L'enquête transversale de la Haute Autorité de Santé (5) menée en 2008 a permis de dresser le type de douleur des patients se rendant pour la première fois dans une structure spécialisée :

Type de douleur	Pourcentage %
Lombalgies/sciatalgies	19,8 %
Douleur neuropathique	16,6 %
Céphalées/migraine	16,2 %
Autres douleurs rhumatologiques	9,8 %
Fibromyalgie	9,7 %
Douleurs multiples	9,4 %
Syndrome douloureux régional complexe	6,1 %
Autre type de douleur	4,1 %

Douleur cancéreuse	3,7 %
Douleurs viscérales	2,5 %
Non précisé	2,1 %

## I.2 - CONSEQUENCES DES DOULEURS CHRONIQUES POUR LES PATIENTS

La chronicisation de la douleur engendre pour 19% des patients la perte de leur emploi, une incapacité à assumer leurs rôles familiaux et sociaux et un lourd retentissement émotionnel (6).

Les douleurs chroniques sont sources de handicaps, de retentissements personnels socio-professionnels et d'altérations majeures de la qualité de vie.

La douleur chronique est souvent associée à **l'anxiété, la dépression, des troubles du sommeil** et produit une **altération de la qualité de vie**.

L'enquête européenne PainSTORY (7) en 2009 conduite auprès de 300 personnes sur plus de 12 mois a mesuré l'impact de la douleur chronique sur la qualité de vie quotidienne. Elle a révélé les conséquences suivantes :

- 64% des patients rencontrent des difficultés à marcher,
- 84% diminuent ou arrêtent la pratique du sport,
- 59% présentent des difficultés à dormir, à s'habiller ou se laver,
- 47% ont des difficultés à réaliser les activités de la vie quotidiennes et 57% peinent à s'occuper de leurs enfants,
- 33% ont dû réduire leur temps de travail et 65% songent à arrêter complètement de travailler.

Selon cette même enquête, 44 % des patients déclarent se sentir seuls dans leur combat contre la douleur et 2 patients sur 3 se sentent anxieux ou déprimés en raison d'une douleur chronique.

En raison de ces impacts et des recours au système de soins qu'elle induit, la douleur a un **coût socio-économique élevé**. On peut toutefois noter qu'il existe peu d'études françaises permettant de chiffrer le fardeau de la douleur dans notre pays (8).

## I.3 - CONSEQUENCES ECONOMIQUES POUR LA SOCIETE

### 1.3.1 – Conséquences économiques de la douleur

L'enquête épidémiologique National Health and Wellness Survey (NHWS) (9) menée en 2010 auprès de plus de 15 000 personnes adultes en France a permis d'évaluer l'impact de la douleur sur les situations professionnelles, sur la qualité de l'activité professionnelle et la productivité, sur l'utilisation des systèmes de soins. Les résultats montrent que les patients ayant déclaré une douleur ont consulté deux fois plus souvent que les autres (9 consultations versus 4,8), ce qui, en extrapolant ces résultats à la population générale, représentent **72,2 millions de consultations supplémentaires** par an soit un surcoût annuel évalué à **1,163 milliard d'euros** (données de 2013).

Selon cette étude, la prévalence des personnes en **arrêt maladie de longue durée** était de 5 % en présence d'une douleur, contre 1 % dans le groupe contrôle (groupe sans douleur). L'absentéisme (temps de travail

perdu au cours des sept jours écoulés) était deux fois plus important chez ceux qui ont mal (10,7 % vs 5,1 %) que chez les autres. À l'échelon national, cela représente **48 millions de journées perdues par an**. Enfin, les **pertes de productivité et d'activité professionnelle** sont deux fois plus importantes dans le groupe souffrant de douleurs que chez les autres, ce qui, en extrapolant sur la population générale, correspond à plus de 88 millions de journées additionnelles de travail par an altérées par la douleur.

### 1.3.2 – Conséquences économiques de la douleur chronique

D'après un rapport de 2011 de l'Académie nationale de médecine des Etats-Unis, la douleur chronique concerne 116 millions d'adultes soit plus d'un citoyen américain sur trois, avec un coût annuel estimé entre 560 et 635 milliards de dollars (10).

Une étude européenne de 2016 rapporte que le coût de la douleur se situe entre 3 et 10% du Produit National Brut (6).

Il existe peu d'études françaises ayant étudié le coût des douleurs chroniques.

L'étude ECONEP (11) s'est intéressée aux coûts de prise en charge de la douleur neuropathique. Cette étude réalisée sur un échantillon de 116 patients a permis d'estimer un coût moyen global par patient et par an de 16 670 €, composé par les postes de dépenses suivants :

- Hospitalisations : 7000 € (en Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif – ESPIC) et 14 500 € (en hôpital public) \*
- Traitements médicamenteux : 580 €
- Traitements non médicamenteux : 3630 € (ESPIC) et 5150 € (en hôpital public) \*
- Examens complémentaires : 950 €

*\*L'écart de coût entre ESPIC et l'hôpital public est dû à la différence de tarif de GHS*

D'après cette même étude, les arrêts de travail sont 5 fois plus fréquents chez les patients présentant des douleurs neuropathiques que dans la population générale. Parmi eux, 45 % des patients sont concernés par des arrêts de travail dont la durée moyenne cumulée dépasse 4 mois par an. La personne atteinte de douleur chronique a recours chaque année à environ 10 consultations auprès du médecin généraliste et 4 chez le spécialiste. La douleur chronique entraîne une consommation importante de soins, d'absentéisme au travail et d'arrêts de travail pouvant aller jusqu'à l'invalidité.

*« La douleur chronique a un impact économique majeur sur les systèmes de soins et constitue un problème de santé publique »*

## II - LES REPONSES A LA COMPLEXITE DE LA DOULEUR CHRONIQUE EN FRANCE

Pour répondre à cette situation, une structuration de la filière de prise en charge de la douleur s'est développée depuis près de 50 ans. Cette filière a évolué et les infirmier(e)s y ont progressivement pris une place incontournable et en constante évolution au sein d'équipes pluriprofessionnelles des Structures Douleur Chronique (SDC).

### II.1 – LES STRUCTURES DOULEUR CHRONIQUE : EVOLUTION ET ETAT DES LIEUX

#### Les pionniers

A la fin des années 1970, des équipes pionnières ont développé une approche nouvelle du patient douloureux chronique avec l'émergence en France des premières consultations de douleur chronique, sur le modèle de John J. Bonica (12). Le concept de ces « *Pain Clinics* » introduit dans « *The management of pain* » (13) publié en 1953 repose sur une idée simple : « *réunir des spécialistes d'origines différentes en une équipe dite pluridisciplinaire pour tenter de résoudre des problèmes de douleur complexe pour lesquels les solutions thérapeutiques ordinaires sont restées sans effet ou ont échoué. Pour autant, si l'idée est simple, elle nécessite un changement radical : diriger l'action médicale sur la douleur elle-même et non pas seulement sur sa cause. Pour faire de la douleur l'objet d'un travail médical spécifique, légitime, justifiant des lieux de prise en charge indépendants et des praticiens spécialisés, il fallait doter la douleur de caractéristiques propres qui lui donneraient un nouveau statut. Ce n'est qu'une fois acquise la définition de la douleur chronique comme un état de maladie ou une maladie en soi et établie l'existence de pratiques médicales spécifiques pour y faire face que pourra s'amorcer la mise en place d'un programme de lutte contre la douleur sous toutes ses formes* ».

#### Une réglementation spécifique

Il faudra attendre 1991 pour que la douleur chronique fasse l'objet de réglementations spécifiques du ministère de la Santé. Un groupe de travail piloté par la Direction Générale de la Santé a été chargé de rédiger un rapport sur les unités de traitement spécialisées dans la lutte contre la douleur chronique (14). Ce rapport a servi de base à l'élaboration de la première circulaire ministérielle (15) définissant les critères organisationnels de prise en charge de la douleur chronique et les objectifs à laquelle elle devait répondre. A l'occasion de la parution de cette circulaire, le ministère de la Santé a souhaité pouvoir disposer d'une information exhaustive sur l'activité, les structures et les équipes intervenant dans ce domaine. Cette enquête nationale, conduite par la Direction Générale de la Santé de février à mai 1994, a fait apparaître la nécessité de disposer de critères garantissant la qualité de la prise en charge, aussi bien en ce qui concerne la **qualification des professionnels** que le fonctionnement des structures.

La lutte contre la douleur a constitué pour l'année 1998 une action prioritaire du Ministère chargé de la Santé. Elle a fait l'objet d'un premier plan gouvernemental très médiatisé. S'inscrivant au sein de cette démarche de grande ampleur, une deuxième circulaire (16) est venue préciser les modalités

d'identification des structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur chronique et la répartition du personnel médical et non médical.

## Développement et structuration

A partir de ces critères, les trois plans ministériels successifs de lutte contre la douleur ont permis le développement de ces structures spécialisées. Leur nombre est passé de 96 en 2001 à plus de 200 structures en 2006 (17). Dans ce contexte, la Haute Autorité de Santé a élaboré deux recommandations professionnelles centrées sur les aspects cliniques (18) d'une part, et sur les aspects organisationnels des structures de prise en charge, d'autre part (19).

A l'issue du troisième plan douleur, une nouvelle identification des structures de prise en charge de la douleur chronique (20) s'est inscrite dans une volonté de **simplification de l'offre de soins en matière de douleur chronique** en ne considérant que deux niveaux de structures, à savoir des Consultations et des Centres.

- Les Consultations assurent une prise en charge pluriprofessionnelle de proximité avec au minimum une équipe constituée d'un médecin, un infirmier et un psychologue.
- Les Centres assurent une prise en charge pluridisciplinaire (plusieurs spécialités médicales différentes sont représentées au sein de la structure). Ils ont accès à un plateau technique et à des lits d'hospitalisation, font de la recherche et participent à l'enseignement.

Ces deux niveaux de structures doivent être **sous la responsabilité d'un médecin formé** (Capacité Douleur ou Diplôme d'Enseignement Spécialisé Complémentaire « Médecine de la douleur et Médecine palliative » : orientation douleur). Le temps cumulé minimal en personnels non médicaux (infirmier + psychologue + secrétaire) est porté à 1,5 équivalents temps plein. **Une formation universitaire dans le domaine de la douleur est requise pour l'infirmier**. La cartographie fait état de 245 structures de prise en charge de la douleur chronique en 2017 (21).

## Evolution démographique des professionnels

Les SDC doivent être constitués au minimum d'un médecin, un infirmier et un psychologue. Les chiffres actuels mettent en évidence que d'ici 2025, la **moitié des professionnels partiront à la retraite. Ces départs mettent en péril l'existence même de ces structures**, d'autant que nombre de ces professionnels ne sont pas ou ne seront pas remplacés : L'enquête démographique de la SFETD en 2021 révèle le départ de 177 médecins d'ici à 5 ans, ce qui représente 91 ETP (soit 24% du total d'ETP déclarés). Concernant les IRD, 52% de départs sont attendus dans les 5 ans.

## II.2 - L'ACCES DES PATIENTS

### II.2.1 - Des données chiffrées

En 2019, **245 structures de la Douleur (SDC)** ont été labellisées sur le territoire français. Elles traitent au minimum 500 patients par an.

Compte tenu des 20 millions de patients douloureux, cela correspond à un taux de prise en charge de moins de **3% des patients** douloureux chroniques en Structure Douleur. Les **délais de consultation** sont de 2 à 8 mois selon les centres.

Les patients sont adressés à une structure douleur en moyenne **5 ans après l'apparition des premières douleurs** (22).

## **II.2.2 - Des conséquences pour les patients**

La conséquence majeure des retards de prise en charge de la douleur pour les patients est la **chronicisation** de la douleur et la **complexité** de la prise en soins.

## III – LA FONCTION D’INFIRMIER DANS LE DOMAINE DE LA DOULEUR CHRONIQUE

L’analyse des textes de lois, documents administratifs, rapports de suivi, complétée par des archives personnelles nous permettent de retracer l’évolution de la contribution des infirmier(e)s au sein des structures de prise en charge de la douleur chronique.

### III.1 - DE L’IDE A L’IRD

#### Une infirmière de consultation

« Une infirmière de consultation (qui) a un rôle d’accueil et fait passer les questionnaires ». Tel est le constat d’Isabelle Baszanger (23), à la **fin des années 80**, lors de son immersion pendant huit mois dans deux structures parisiennes pour ses travaux de recherche sur le travail médical dans les centres « anti-douleur ».

La première étude sur les structures de prise en charge de la douleur chronique a été réalisée pour la Direction de l’Hospitalisation et de l’Organisation des Soins en 2004 (24), dans le cadre du suivi du deuxième plan gouvernemental de lutte contre la Douleur 2002-2005. Cette étude avait pour objectif d’apprécier le fonctionnement de ces structures et leurs réponses aux besoins des patients et des professionnels de santé, ceci afin de proposer des recommandations d’amélioration du dispositif.

Le rôle infirmier y est décrit comme **fondamental et important**. Pour autant, une consultation sur cinq était réalisée en pluridisciplinarité, et l’infirmier n’y participait que dans 53% des cas. Parfois, l’infirmier(e) recevait en entretien les patients ayant rempli leur auto-questionnaire pour « débroussailler » les réponses, puis le patient était vu par le médecin (25).

Les activités infirmières représentaient des actes de soins dispensés aux patients douloureux chroniques. Ces activités étaient soit complémentaires des soins médicaux, soit centrées sur un type de soin (relation d’aide, suivi de neurostimulateur transcutané à visée antalgique, aide à la pose de dispositif d’analgésie locorégionale, ...).

L’exemple de la neurostimulation transcutanée

« Le malade sera initié à la manipulation technique de l’appareil [stimulateur] par une infirmière après la consultation [médicale] de façon succincte. Le médecin, lui, dessine sur un schéma représentatif les contours du corps humain, le trajet de la douleur et, de deux croix, il indique très globalement la place des électrodes » (23).

« la démonstration du stimulateur était effectuée par le médecin puis dans un deuxième temps, par l’infirmière » (25).

Les principaux constats découlant des différents volets de cette étude amenèrent à formuler des recommandations en termes d’organisation et de renforcements voire de développements possibles de missions de ces structures. Parmi ces recommandations, il est proposé de **renforcer les équipes** et de **définir des « profils de poste »** (25).

## Valorisation de l'expertise du rôle de l'infirmier en douleur

C'est à cette époque que s'est créée au sein de la Société Française d'Etude et Traitement de la Douleur (SFETD) une commission infirmière. Cette commission est née de la volonté d'un groupe d'infirmiers et de cadres de santé « militants » de **promouvoir l'expertise des infirmiers**, développée dans un contexte de coopération, d'interdisciplinarité et de pluriprofessionnalité dans le domaine de la douleur, en particulier de la douleur chronique.

Très rapidement, ces infirmiers font émerger leur identité propre (Infirmier Ressource Douleur ou IRD) et s'engagent dans un processus de professionnalisation (26).

**Dès 2005**, en collaboration avec le Centre National de Ressources de lutte contre la douleur, une enquête, réalisée sur l'ensemble de la France, a permis de faire un état des lieux des différentes activités de ces professionnels, de déterminer ensuite les compétences requises pour occuper ces postes, d'élaborer le premier référentiel d'activités de l'IRD, et *in fine* d'aider les professionnels concernés et les institutions à mieux définir ces profils de poste.

**En 2007**, à l'occasion d'une saisine de la Haute Autorité de Santé (HAS) par la SFETD pour l'élaboration de recommandations sur la prise en charge de la douleur chronique en France, la commission d'évaluation des stratégies de santé de la HAS a réalisé un nouvel état des lieux centré sur les activités des structures de prise en charge de la douleur chronique. Un des objectifs de cet état des lieux était **d'analyser le rôle et la place des professionnels médicaux et non médicaux dans le traitement et le suivi de la douleur chronique**. À titre exploratoire et dans l'objectif de les identifier, les responsables médicaux des structures ont été consultés sur les tâches déjà réalisées ou qui pouvaient être effectuées par l'IDE.

Le résultat est présenté dans l'encadré ci-dessous.

### Rôle de l'infirmier

Tâches pouvant être effectuées par l'IDE, quelle que soit la structure :

**Évaluation initiale du patient** : consultation infirmière ; participation en binôme à la consultation du médecin ; finalisation avec le patient du questionnaire spécifique de la structure spécialisée ou de la check-list de la structure spécialisée ; passation de questionnaires d'évaluation de la douleur ;

**Évaluation et suivi du patient hospitalisé** ;

**Réalisation des actes techniques** : neurostimulation transcutanée (TENS) ; participation à la mise en place et surveillance des pompes à morphine (PCA) ; participation à la mise en place et surveillance des tests et des protocoles à la kétamine ; réalisation du biofeedback (entraînement à l'action de retour, procédé qui permet d'obtenir un entraînement du patient à la décontraction musculaire) ;

**Éducation thérapeutique du patient** ;

**Formation** : interne des professionnels paramédicaux (évaluation du patient avec une douleur chronique, utilisation des pompes à morphine, protocoles MEOPA) ; externe (IFSI, enseignements généraux sur la douleur chronique ; organisation d'ateliers douleur avec étude de cas) ;

**Évaluation des protocoles MEOPA dans l'établissement** ;

### **Coordination de l'hospitalisation du patient ;**

**Conseil :** conseil téléphonique du patient au domicile (PCA) ; conseil des médecins traitants dans le choix du matériel ;

**Tri, gestion et orientation des appels en cas d'absence de la secrétaire ou dans le cas où la structure ne possède pas de secrétariat ;**

**Participation au CLUD ;** Participation aux séminaires organisés par la structure.

Tâches spécifiques à un centre douleur :

### **Surveillance de neurostimulation cordonale postérieure, corticale**

**En 2014**, la SFETD a réalisé une enquête auprès des 245 structures de la douleur chronique (96 centres et 149 consultations) labellisées par les Agences Régionales de Santé, afin de « connaître l'activité de ces structures, apprécier l'adéquation entre les demandes de soins et les postes financés, analyser les types de collaborations mises en place au niveau local et locorégional, décrire les activités de formation, de recherche, et enfin, répertorier les principales difficultés de fonctionnement, d'accès à certains plateaux techniques et/ou certaines thérapeutiques » (27).

Le taux de participation des structures à cette enquête est de 53%. Cet état des lieux a montré **l'importance du nombre de consultations effectuées par les infirmières :**

- Selon les données déclaratives, en 2013, le nombre moyen de consultations infirmières était de 590 par structure et par an (476 dans les Consultations, 743 dans les Centres).
- Le ratio moyen entre le nombre de consultations médicales externes et le nombre de consultations infirmières externes était de 3.4 (2.5 dans les Consultations et de 4.2 dans les Centres).
- Il a été observé également que 8% des structures labellisées ne disposaient pas d'infirmier au sein de l'équipe pluriprofessionnelle contrairement aux exigences du cahier des charges en vigueur.

**Dès 2016**, au regard de l'évolution de la fonction d'IRD, la Commission Professionnelle Infirmière s'inscrit dans une démarche d'élaboration de référentiels d'activités et de compétences en proposant :

- un **premier référentiel d'activité de consultation clinique infirmière** (28) apportant ainsi un éclairage sur le rôle de l'IRD en structure douleur chronique par une description des activités de consultation infirmière développées par l'IRD,
- suivi en 2020 par un **deuxième référentiel** construit à partir d'une analyse de l'activité, donnée essentielle permettant de disposer d'une cartographie précise des **actions relevant de la fonction des IRD**.

Pour cela, la Commission Professionnelle Infirmière a retenu comme méthodologie de travail, la méthode ADAC© (29). Cette méthode permet d'appréhender les activités, les décrire et les classer, puis de faire des hypothèses sur la nature des savoirs mobilisés pour les conduire (savoirs théoriques, procéduraux, expérientiels et savoir-faire).

La première étape a consisté à recenser les activités des IRD. L'objectif de cette enquête était d'identifier toutes les activités de l'IRD pendant sa journée de travail, quelle qu'en soit la nature, sur une période de 5 jours. Au total, 85 IRD y ont participé entre mai et juillet 2017.

Les activités recensées ont pu être classées en 4 catégories :

<p><b>ACTIVITES CLINIQUES</b></p> <p>Evaluation complexe, diagnostic infirmier, aide au diagnostic médical</p> <p>Démarche éducative – ETP</p> <p>Techniques non médicamenteuses</p> <p>Traitements : évaluation, observance, application traitement spécifique...</p> <p>Contribution au projet thérapeutique</p>	<p><b>ACTIVITES DE CONSULTATION</b></p> <p>Consultation 1ère ligne initiale, suivi, clôture</p> <p>Consultation 2ème ligne initiale, suivi, clôture</p> <p>Consultation pluridisciplinaire</p> <p>Consultation téléphonique</p>
<p><b>ACTIVITES FORMATION/RECHERCHE</b></p> <p>Formation continue, compagnonnage, formation action, ...</p> <p>Formation initiale, tutorat...</p> <p>Développement professionnel</p> <p>Recherche, publications, communications orales</p>	<p><b>ACTIVITES AFFERENTES AUX SOINS</b></p> <p>Tâches administratives (gestion rendez-vous, gestion téléphonique, gestion de dossier...)</p> <p>Activités institutionnelles (CLUD, Qualité, réseau référents, ...)</p> <p>Gestion de services (bilans d'activités, matériels, pharmacie, projet...)</p>

L'identification et la description des activités ont ensuite permis au groupe d'experts d'élaborer le référentiel d'activités et de compétences (30), constituant un document de référence pour la valorisation de la fonction de l'Infirmier Ressource Douleur et permettant d'identifier sa formation.

## Compétences des IRD

Grâce à l'enquête qui a permis d'actualiser le référentiel d'activités des IRD et d'élaborer celui des infirmiers exerçant en consultation douleur, il est désormais possible de dégager les compétences nécessaires à l'infirmier (infirmière) exerçant dans ce contexte.

**Elles sont au nombre de 6 :**

- Evaluer l'état de santé de patients douloureux en relais de consultations médicales ou consultations de première ligne
- Définir et mettre en œuvre le projet thérapeutique du patient
- Concevoir et mettre en œuvre des actions de prévention et d'éducation thérapeutique
- Organiser les parcours de soins et de santé du patient en collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés
- Mettre en place et conduire des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles en exerçant un leadership clinique
- Rechercher, analyser et produire des données professionnelles et scientifiques.

**Elles sont détaillées dans le tableau du référentiel présenté en annexe de ce document.**

## Formation des IRD

Depuis plus de 20 ans, les infirmiers ont intégré progressivement les postes fonctionnels au sein des structures spécialisées en douleur chronique ou en mission transversale au sein d'un établissement de santé. L'intégration des infirmiers dans ces équipes pluriprofessionnelles leur a permis d'acquérir des

compétences et responsabilités nouvelles, de développer une expertise dans le champ de la douleur à partir de l'enseignement théorique du diplôme universitaire de prise en charge de la douleur et de l'expérience professionnelle construite dans un contexte de coopération et d'interdisciplinarité.

L'enquête menée par la commission professionnelle infirmière auprès des IRD en 2005 (26) a mis en évidence l'importance du niveau de formation de ces professionnels dans de nombreux domaines en lien avec la douleur :

- Sur les 110 IRD interrogés, 77% étaient titulaires du Diplôme Universitaire de prise en charge de la douleur, souvent associé à un autre diplôme universitaire (soins palliatifs, psychopathologie de la douleur, ...) ou une formation d'infirmier clinicien.
- La majorité d'entre eux s'est formée aux pratiques complémentaires (hypnose, sophrologie, massage...) et aux pratiques innovantes ou utilisées dans la prise en charge de la douleur chronique (TENS, patch de Capsaïcine, ...).

**Depuis 2011**, être titulaire du Diplôme Universitaire de prise en charge de la douleur est devenu une exigence ministérielle en termes de critères relatifs au personnel : « *Une formation universitaire dans le domaine de la douleur est requise pour l'IDE* » (15).

La mobilisation de leur connaissance et de leur compétence, issues des sciences biomédicales (anatomie, physiopathologie, pharmacologie), des sciences infirmières et sciences humaines permet aux IRD d'acquérir un niveau d'expertise, tel que le définit Benner (31). Ainsi, les IRD formalisent une consultation infirmière (32) dans une approche systémique du patient douloureux chronique.

Dans ce contexte, **l'IRD établit ses diagnostics, a un rôle thérapeutique dans son champ de compétence autonome, tout en collaborant à l'établissement du diagnostic médical, à l'application des thérapeutiques et à la réorientation des patients vers d'autres professionnels du parcours de santé.**

## **Valorisation et précarité de l'activité des IRD**

Aussi, la présentation de l'évolution de la fonction des IRD met en évidence le rôle central de ces professionnels dans la prise en soin et le suivi des patients douloureux chroniques.

Cependant, malgré leur niveau de formation et d'expertise, le mode de rémunération des infirmiers titulaires d'un diplôme d'Etat sans spécialisation ne permet pas de valoriser cette fonction d'IRD. **Leur expertise n'est donc pas valorisable.**

Cette absence de reconnaissance de spécificité entraîne une insuffisance de reconnaissance de la nécessité de ces postes au sein des institutions. Parfois les IRD sont sollicités afin d'intervenir au sein des services de soin. Sont-ils une variable d'ajustement pour faire face à la **pénurie de personnels infirmiers ?** Être IRD demande l'acquisition de savoirs et savoir-faire complémentaires, notamment un diplôme universitaire obligatoire. Actuellement, devant l'offre d'évolution professionnelle proposée par l'accès aux postes d'IPA, le manque de valorisation de la fonction d'IRD entraîne une perte d'attractivité.

Cette expertise, reconnue par les autres professionnels, particulièrement les médecins, amène parfois à des sollicitations, qui, si elles ne sont pas maîtrisées, peuvent entraîner des **risques de dépassements de tâches.**

De plus, les consultations infirmières des IRD ne sont pas facturées par l'assurance maladie. Ceci ne permet pas à l'institution de valoriser le travail de consultation réalisé. Ce mode de financement et la limitation en temps dédiés rendent ces postes précaires. En effet, de nombreux IRD exercent à temps partiel malgré des besoins importants.

## III.2 – PLACE DES IRD DANS LE PARCOURS DES PATIENTS DOULOUREUX CHRONIQUES EN 2021

Le référentiel d'activités rédigé par la Commission Professionnelle Infirmière de la SFETD (33) actualisé en 2020, répertorie les missions des Infirmières Ressources Douleur. Néanmoins, l'apparition de nouveaux besoins de santé en matière de douleur chronique, l'évolution de la demande adressée aux professionnels, des innovations thérapeutiques et la diminution annoncée du nombre de médecins dans les SDC amènent à redéfinir les frontières entre le travail des IRD et celui des médecins des structures.

Aussi, actuellement, les IRD sont sollicités pour des activités en dehors de ce référentiel pour :

- Au sein de la Structure d'évaluation et de traitement de la douleur :
  - Assurer des consultations de première ligne
  - Suivre les traitements des patients, avec compétence pour des réadaptations de doses
  - Prescrire des TENS, des pratiques non médicamenteuses,
  - Assurer des actes par délégation médicale
- Au sein de l'institution :
  - Donner un avis sur les traitements morphiniques et des douleurs neuropathiques (initiation, relais, conversion et adaptation de doses) sur sollicitation des médecins des services d'hospitalisation
- En dehors de l'institution (médecins libéraux, autres établissements de santé et médecins du travail)
  - Donner un avis sur les traitements (initiation et adaptation de doses)
  - Donner un avis sur la possibilité de reprise du travail d'un patient douloureux.

L'enjeu principal de ces activités déléguées est d'améliorer la prise en charge des patients douloureux chroniques en adaptant l'intervention des IRD tant aux évolutions des pratiques et des comportements qu'aux évolutions des techniques. Il faut noter que ces sollicitations dépassent largement les fonctions des infirmières ressource douleur, même si leur expertise leur permet d'y répondre.

### Les protocoles de coopération constituent-ils une réponse adaptée ?

La délégation des actes n'est pas une situation nouvelle pour la profession infirmière qui s'est vue déléguer progressivement depuis 1946, une part croissante d'actes médicaux (34). Le débat sur la délégation de tâches et de compétences est relancé en 2003 dans le cadre de la mission Berland (35), dans un contexte où se mêlent l'apparition de nouveaux « besoins » de santé en lien avec le développement des maladies chroniques, l'évolution de la demande adressée aux professionnels, des progrès technologiques importants et la diminution annoncée du nombre de médecins. Des expérimentations de coopération entre professionnels de santé ont été menées et évaluées (HAS 2008). Depuis 2009, « par dérogation aux conditions légales d'exercice, les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient » (36).

L'analyse de ces coopérations entre professions distingue généralement deux logiques :

- Une logique de substitution où les tâches antérieurement réalisées par une certaine catégorie de professionnels sont exécutées par d'autres professionnels (le plus souvent du médecin vers

l'infirmière). Deux objectifs sont attendus : pallier la pénurie ou l'insuffisance de professionnels et réduire les coûts de production ;

- Une logique de diversification avec extension de l'offre de soin grâce au développement ou à la reconnaissance de nouvelles compétences.

Pour autant, ces protocoles de coopération restent centrés sur des actes prescrits et sous contrôle médical. La délégation d'actes ou d'activités représentent une extension de la pratique individuelle de l'infirmière qui aura suivi une formation spécifique, dispensée par l'équipe délégante et non académique. Dans le cadre de la prise en charge de patients douloureux chroniques au sein des SDC, pratiquer un acte ou une activité de soins de façon encadrée et contractualisée avec une formation ajustée dans le cadre d'un protocole de coopération n'est pas suffisant pour répondre à leurs besoins de santé. L'IRD doit exercer ses missions dans un **modèle de complémentarité et non de substitution**, en proposant une offre de soins adaptée visant un double objectif : améliorer l'accès aux soins ainsi que la qualité des parcours des patients douloureux chroniques en libérant du temps médical pour la prise en charge de nouveaux patients.

L'organisation des parcours des patients douloureux chroniques conduit, par la complémentarité qu'elle impose, à redélimiter les sphères de compétences. Ainsi, **la pratique avancée répond aux exigences qui inspirent la médecine de parcours** et s'insère dans les mécanismes qui la caractérisent (37) : une nécessaire interdisciplinarité dans la prise en charge qui appelle à la coordination des interventions plurielles autour du patient douloureux chronique et la montée en compétence des IRD.

#### Protocole de coopération versus Pratique Avancée

Protocole de coopération	Pratique avancée
Dérogatoire	Evolution du métier socle
Possibilité d'effectuer des actes antérieurement dans le domaine médical	Possibilité d'effectuer des actes antérieurement dans le domaine médical associés à des actes du métier socle dans un cadre de prise en charge globale du patient
Supervision médicale	Autonomie dans le cadre d'un protocole d'organisation
Co-responsabilité	Responsabilité pleine dans le cadre de son exercice
Expérience et formation définies dans le protocole	Formation académique : Diplôme d'Etat IPA de grade master délivrée par une université accréditée

D'après Sylvie LAOT – HAS Assises de l'infectiologie – 16 mai 2019

## IV – VERS UNE FONCTION EN PRATIQUE AVANCEE POUR LES IRD

Il est également reconnu que l'évolution des actes et des techniques de soins ont un impact sur les pratiques en santé favorisant l'émergence de métiers intermédiaires, ce qui serait le cas en permettant l'évolution de la fonction d'infirmier ressource douleur vers celle d'IPA ressource douleur.

### IV.1 - QU'EST-CE LA PRATIQUE AVANCEE

La pratique infirmière avancée est apparue depuis que les systèmes de santé et les gouvernements du monde entier ont commencé à reconnaître « *que l'optimisation de la contribution des effectifs infirmiers aux soins de santé par l'expansion de leur rôle constitue une stratégie efficace à suivre pour améliorer les services de santé* » [38].

S'il est retrouvé dans la littérature plusieurs définitions de la pratique infirmière avancée, la définition de référence, reconnue au niveau international, est celle proposée en 2002 par le Conseil International des Infirmières (International Council of Nurses) qui définit l'infirmière de pratique avancée ou infirmière praticienne comme « une infirmière diplômée d'Etat ou certifiée qui a acquis les connaissances théoriques et le savoir-faire nécessaires aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, pratique dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. Une formation de base de niveau maîtrise (Master's Degree) est recommandée » [39].

Le terme « avancé » renvoie à deux réalités. La première réfère à l'avancée à l'intérieur du champ de pratique infirmière indiquant ainsi que les infirmières exercent l'ensemble des rôles qui leur sont dévolus. Elles travaillent alors pour approfondir et étendre leurs connaissances et leurs pratiques sur la base de preuves scientifiques dans leur propre champ de pratique. Ce qui correspond aux infirmières cliniciennes spécialisées.

La deuxième réfère au fait que l'infirmière peut « avancer » dans le champ de pratique d'autres professionnels notamment dans le champ médical, comme peuvent le faire les infirmières qu'on nomme alors le plus souvent les « infirmières praticiennes spécialisées » ou encore les « nurse practitioners ».

Chaque type d'avancée exige des formations spécifiques qui doivent rester centrées sur les besoins des patients et de leurs familles et faire l'objet d'ententes interprofessionnelles et interdisciplinaires. En aucun cas, elles ne doivent être centrées sur l'unique motivation de la substitution professionnelle liée à la pénurie de la main d'œuvre.

En France, la loi de modernisation de notre système de santé (40), adoptée le 17 décembre 2015 propose d'innover pour préparer les métiers de demain (Chapitre II) avec l'article 119 qui crée un « *exercice en pratique avancée pour les auxiliaires médicaux au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant ou au sein d'une équipe de soins en établissements de santé ou en établissements médico-sociaux coordonnée par un médecin ou, enfin, en assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires, en pratique ambulatoire* ». Les premiers décrets d'application ont été publiés en juillet 2018.

**L'infirmier exerçant en pratique avancée est défini comme disposant de compétences élargies, par rapport à celles de l'Infirmier Diplômé d'Etat (métier socle), validées par un Diplôme d'Etat d'Infirmier en Pratique Avancée délivré par une université accréditée.**

Il participe à la prise en charge globale des patients dont le suivi lui est confié par un médecin (...). Il apporte son expertise et participe, en collaboration avec l'ensemble des professionnels concourant à la

prise en charge du patient, à l'organisation des parcours entre les soins de premier recours, les médecins spécialistes de premier ou deuxième recours et les établissements et services de santé ou médico-sociaux. Pour être autorisé à exercer, l'infirmier en pratique avancée doit justifier de trois années, minimum, d'exercice à temps plein de la profession d'infirmier (métier socle).

Le législateur a défini 5 domaines d'intervention ouverts à l'exercice infirmier en pratique avancée :

- Pathologies chronique stabilisées ; prévention et polyopathologies courantes en soins primaires
- Oncologie et hémato-oncologie
- Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale
- Psychiatrie et santé mentale
- Urgences.

Eu égard au rôle des IRD dans le parcours de soins du patient douloureux chronique, au rôle des IPA dans notre système de santé, n'est-il pas légitime d'envisager un exercice infirmier en pratique avancée dans le champ de la douleur, à l'instar des expériences anglo-saxonnes ? (41)

## IV.2 - COMPARAISON DE LA FONCTION D'IRD ET D'IPA

Il est en effet intéressant d'identifier les éléments qui constituent le référentiel d'activités des IPA et de le comparer aux activités déjà assurées par les IRD. Le tableau ci-dessous met en évidence qu'une grande partie des activités des IRD correspond déjà à une activité d'Infirmier en pratique avancée.

Référentiel d'Activités IPA versus Activités IRD	IPA	IRD
<b>Observation, recueil, interprétation des données dans le cadre du suivi d'un patient</b>		
Entretien, anamnèse et examen clinique du patient, observation et recueil de données à distance, Interprétation des données issues de l'entretien, de l'anamnèse et l'examen clinique	OUI	OUI
Interprétation des examens cliniques	OUI	OUI
Recueil de données de la qualité de vie, les capacités d'adaptation, les ressources, les représentations de la maladie, les retentissements de la maladie sur la vie personnelle, sociale, professionnelle ...	OUI	OUI
Evaluation de l'état de santé global d'un patient	OUI	OUI
Suivi de l'observance des traitements, identifications des effets secondaires des traitements	OUI	OUI
Orientation médicale, médico-sociale ou sociale	OUI	OUI
Formulation de conclusions cliniques et diagnostic infirmier	OUI	OUI
Elaboration d'un projet de soins infirmiers avec la participation du patient, en cohérence avec le projet médical	OUI	OUI
Réalisation des examens et tests requis dans le cadre du suivi des patients atteints de pathologies chroniques stabilisées	OUI	OUI sur prescription
Bilan de prévention adaptés à la situation du patient et suivi de actions mises en œuvre	OUI	OUI
Analyse et anticipation des besoins en soins de support et en accompagnement social	OUI	OUI
Repérage et évaluation de la perte d'autonomie et ses conséquences, des fragilités ...	OUI	OUI
Surveillance et suivi de traitements	OUI	OUI
Repérage des situations d'urgence et de rupture de soins	OUI	OUI
<b>Prescriptions, renouvellement de prescriptions et réalisation d'actes techniques dans le cadre du suivi d'un patient</b>		
Renouvellement de prescriptions médicales en cours et adaptation de la posologie	OUI	NON
Prescription et renouvellement de produit de santé non soumis à prescription médicale obligatoire (médicaments et dispositifs médicaux)	OUI	NON
Prescription d'actes infirmiers, de soins infirmiers	OUI	OUI
Prescription d'examens complémentaires	OUI	NON
Prescription d'un programme d'éducation thérapeutique	OUI	NON
Orientation vers un programme d'éducation thérapeutique	OUI	OUI
<b>Conception, mise en œuvre et évaluation d'actions de prévention et d'éducation thérapeutique</b>		
Accueil et écoute du patient et de son entourage	OUI	OUI
Etablissement d'un bilan éducatif partagé	OUI	OUI
Conception et réalisation d'actions de prévention et d'éducation thérapeutique	OUI	OUI
Conception et mise en œuvre d'actions favorisant l'adhésion du patient à son traitement	OUI	OUI

Education et accompagnement du patient à l'auto-soin	OUI	OUI
<b>Participation à l'organisation du parcours de soins et de santé du patient</b>		
Organisation du parcours de soins et de santé et des activités en lien avec les différents acteurs du parcours à l'hôpital et en ville	OUI	OUI
Organisation de réunions de concertation pluriprofessionnelle	OUI	OUI
Participation à l'organisation du travail en équipe dans le parcours de soins et de santé du patient	OUI	OUI
Enrichissement du dossier médical du patient en rendant compte des actions menées, des propositions visant à l'amélioration de la prise en charge	OUI	OUI
<b>Mise en œuvre d'actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles</b>		
Participation à l'élaboration et à l'évaluation de protocoles de soins pluri-professionnels	OUI	OUI
Promotion et mise en œuvre de pratiques professionnelles fondées sur les données probantes existantes et les recommandations	OUI	OUI
Contribution à la rédaction et communication de rapports auprès des établissements et des autorités	OUI	OUI
Elaboration d'actions de formation et de développement professionnel continu ; Organisation et animation de travaux visant à l'amélioration des pratiques ; Accompagnement des équipes à l'évolution des pratiques ; formation des pairs (tutorat...)	OUI	OUI
Accompagnement des équipes dans une démarche qualité	OUI	OUI
<b>Contribution à des études et des travaux de recherche</b>		
Contribution à des études et travaux de recherche	OUI	OUI
Publication d'articles à visée professionnelle et scientifique	OUI	OUI
Communication professionnelle et scientifique lors de colloques ou de congrès	OUI	OUI

Il semble donc assez aisé d'envisager le développement d'infirmières en pratique avancée ressource douleur. Cette évolution permettrait de répondre à de multiples problématiques évoquées précédemment, tant pour les patients, que les professionnels concernés et les institutions.

## V - INTERETS DU DEVELOPPEMENT DE LA FONCTION D'IPA RESSOURCE DOULEUR (IPA RD)

Le développement d'une formation d'infirmière en pratique avancée ressource douleur répond aux multiples problèmes évoqués précédemment et apporte des réponses adaptées concernant :

- Les besoins et les attentes de la population,
- Une adéquation entre l'exercice professionnel de l'infirmier exerçant en consultation de douleur chronique et les compétences requises pour le faire,
- Un intérêt pour les institutions

<b>V.1 : UNE FILIERE DOULEUR REpondant MIEUX AUX ATTENTES ET BESOINS DE LA POPULATION</b>	
Identification des problèmes	Réponses apportées par l'IPA-RD
Diminution des inégalités d'accès territorial	Consultations en première intention et de suivi régulier par l'IPA Diminution des délais de prise en charge
Réponse à la désertification médicale	
Facilitation de l'accès à la prise en charge Amélioration de la prévention des risques	
Un lien renforcé ville-hôpital avec des consultations avancées, ainsi qu'un impact positif sur la chronicisation de la douleur	Prise en charge précoce de la douleur chronique Consultations avancées
Libération de temps médical	Consultation IPA pour le suivi de certains patients
Augmentation de la file active	
Limitation du nomadisme médical	Un professionnel ressource coordinateur du parcours de soin Rôle de coordination IPA
Diminution des durées d'arrêt de travail, des ordonnances et des coûts de prise en charge	Pertinence du parcours et possibilité de donner une réponse rapide aux problématiques de santé

<b>V.2 - UNE ADEQUATION ENTRE L'EXERCICE REEL ET LES COMPETENCES DES IRD</b>	
Identification des problèmes	Réponses apportées par l'IPA-RD
Hétérogénéité des pratiques de l'infirmière en structure en fonction de l'exercice, de l'organisation ou de la posture et des attentes des professionnels	Homogénéisation et clarification des fonctions d'IRD et d'IPA RD
Manque de professionnels	Attractivité et visibilité du métier
Des professionnels en majorité très bien formés, sans reconnaissance officielle de leur niveau de compétences et de leur expertise	Reconnaissance des compétences et de l'expertise
Absence de reconnaissance salariale	Valorisation de carrière et reconnaissance salariale

Dépassement de tâches	Mise en conformité entre la fonction, les attendus et les demandes
-----------------------	--

### **V.3 - UN INTERET POUR LES INSTITUTIONS**

Un coût pour les institutions	Valorisation financière des activités des IPA Les forfaits applicables aux activités externes IPA contribuent au financement des postes
Une obligation de développer les liens ville-hôpital	Développement des parcours patients, renforcement du lien ville-hôpital
Injonctions pour le développement de nouvelles réponses institutionnelles	Développement de nouvelles fonctions Nouvelles formes de coopération envisageables

## NOTES

- (1) 22 propositions SFETD
- (2) INSERM, 2018
- (3) Maxime Maisonneuve. La fréquence de la douleur comme motif de consultation en médecine générale : résultats issus de l'étude ECOGEN Médecine humaine et pathologie 2017 (Dumas 01514479)
- (4) Berk F., Gautier A., Guignard R., Richard J-B. (dir). 2011, Baromètre santé 2010, attitudes et comportements en santé, INPES, Saint-Denis
- (5) Haute autorité de santé (2009). *Douleur chronique : les aspects organisationnels – Le point de vue des structures spécialisées*. Saint Denis : HAS/Services évaluation économique et santé publique.
- (6) Guide de bonnes pratiques SDC SFETD, 2019
- (7) PainSTORY (Pain Study Tracking Ongoing Responses for a Year). Septembre 2009
- (8) Livre blanc de la douleur, 2017
- (9) Mick G, et al. Impact sociétal de la douleur en France : résultats de l'enquête épidémiologique National Health and Wellness Survey auprès de plus de 15 000 personnes adultes. *Douleurs ; 2013. 14(2) : p57–66*
- (10) ref 10 du Chapitre 2 Prise en charge de la douleur, priorité de santé publique F Aubrun
- (11) Lanteri-Minet M. ECONEP : évaluation du coût lié à la prise en charge des patients présentant des douleurs neuropathiques. Société française d'étude et de traitement de la douleur, 6<sup>ème</sup> congrès, Nantes 17 novembre 2006.
- (12) John J. Bonica, anesthésiste américain, a fondé en 1973 l'International Association of the Study of Pain
- (13) Bonica JJ. (1990) *The management of pain Philadelphia*: Lea & Febiger. 2<sup>ème</sup> édition. ISBN 978-0812111224
- (14) Ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale. La douleur chronique : les structures spécialisées dans son traitement. Bulletin officiel n° 91/3 bis; 1991.
- (15) Circulaire DGS/DH n° 94-3 du 7 janvier 1994 relative à l'organisation des soins et la prise en charge des douleurs chroniques (non parue au Journal officiel).
- (16) Circulaire DGS/DH n° 98-47 du 4 février 1998 relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle (non parue au Journal officiel).
- (17) Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur. Annuaire 2006. Paris : SFETD; 2006.
- (18) HAUTE AUTORITE DE SANTE (2008) Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient (recommandations professionnelles). Saint-Denis : HAS/Services des bonnes pratiques professionnelles
- (19) HAUTE AUTORITE DE SANTE (2009) Douleur chronique : les aspects organisationnels – Le point de vue des structures spécialisées. Saint Denis : HAS/Services évaluation économique et santé publique.
- (20) INSTRUCTION DGOS/PF2/2011/188 du 19 mai 2011 relative à l'identification et au cahier des charges des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique
- (21) Livre blanc SFETD
- (22) Nov 2019 HAS Parcours de soins d'un patient douloureux chronique Note de cadrage
- (23) Baszanger I. Douleur et médecine, la fin d'un oubli. Paris: Éditions du Seuil; 1995 p. 215
- (24) CEMKA-EVAL (2004) *Rapport Final / Evaluation des structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle* - CEMKA-EVAL - Réf. 2003-026
- (25) CEMKA-EVAL (2004) *Rapport Final / Evaluation des structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle* - CEMKA-EVAL - Réf. 2003-026 p58
- (26) MOREAUX T., THIBAUT P. (2006) Enquête « Infirmier Ressource Douleur ». *Douleurs*, 7 (HS2), p. 35-36

- GAUTIER J.M. (2012) Infirmiers ressource douleur et pratiques avancées : mythe ou réalité ? *Douleur et Analg.*, 25(3), p.136-143
- (27) enquête SFETD 2014
- (28) référentiel d'activité de consultation clinique infirmière
- (29) Analyse De l'Activité et des Compétences : développée par l'Institut MCVA (Management, Compétences, Validation des Acquis) du CNAM (Conservatoire National des Arts et Métiers)
- (30) référentiel d'activités et de compétences
- (31) BENNER P. (2010) *De novice à expert : excellence en soins infirmiers*. Issy les Moulineaux : Elsevier Masson. ISBN : 978-2294015045
- (32) SFETD (2016) Infirmier Ressource Douleur - Référentiel d'activités de consultation clinique infirmière. Disponible sur [https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/10/referentiel\\_activites\\_consultation\\_clinique\\_-\\_version\\_finale.pdf](https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/10/referentiel_activites_consultation_clinique_-_version_finale.pdf)
- (33) référentiel d'activités rédigé par la Commission Professionnelle Infirmière de la SFETD - 2020
- (34) FERONI I., KOBER A. (1995) L'autonomie des infirmières. Une comparaison France-Grande-Bretagne. *Sciences sociales et santé*, 13(3) p.35-68
- (35) BERLAND Y. (2003) Coopération des professions de santé - le transfert de tâches et de compétences : rapport d'étapes. [en ligne]
- (36) Article 51 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST).
- (37) Isabelle Poirot-Mazères. Pratiques avancées et médecine de parcours. *Revue de droit sanitaire et social*, Sirey, Dalloz, 2021, pp.425.
- (38) SCHOBBER M., AFFARA F. (2006) *Advanced nursing practice*. Genève : Conseil International des Infirmiers, P. 2
- (39) CONSEIL INTERNATIONAL DES INFIRMIERES (2008). *Domaine de pratique, normes et compétences pour l'infirmière de pratique avancée*. Série du CII sur la réglementation
- (40) Loi de modernisation du système de santé 2015
- (41) BOULARD M, LE MAY S. (2008) Pratique avancée en gestion de la douleur chronique : exploration d'un modèle anglais en sciences infirmières. *L'infirmière clinicienne* – 5(1):11-19

## GROUPE DE TRAVAIL

- **Yseult ARLEN**, Infirmière clinicienne libérale, Le Canet en Roussillon (66)
- **Karine CONSTANS**, Infirmière Ressource Douleur, Consultation d'Evaluation et Traitement de la Douleur, Centre Hospitalier Simone Veil – Beauvais (60)
- **Jean Michel GAUTIER**, Infirmier Anesthésiste Cadre de santé, InterCLUD Occitanie – Montpellier (34)
- **Dominique GILLET**, Infirmière Ressource Douleur, Consultation d'Evaluation et Traitement de la Douleur, Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble – Site de Voiron (38)
- **Aline LE CHEVALIER**, Infirmière Ressource Douleur, Consultation Douleur, Centre Hospitalier – Avranches-Granville (50)
- **Eva Ester MOLINA BELTRAN**, Infirmière en pratique avancée, Département d'Oncologie Médicale, Institut Curie – Saint Cloud (92)
- **Muriel PERRIOT**, Infirmière Clinicienne Ressource Douleur, Consultation d'Evaluation et Traitement de la Douleur, Centre Hospitalier – Châteauroux – Le Blanc (36)
- **Pascale WANQUET-THIBAULT**, Cadre supérieur de santé, responsable de formation continue, consultante, Amae-Conseil, Issy Les Moulineaux (92)

### REFERENTIEL D'ACTIVITES DES IRD

#### 1. Observation, recueil et interprétation des données dans le cadre de la prise en charge d'un patient douloureux

- Entretien, anamnèse et examen clinique du patient
- Observation et recueil des données portant sur la connaissance du patient et de son environnement
- Evaluation qualitative et quantitative de la douleur
- Recueil de données sur la qualité de vie, les capacités d'adaptation, les ressources, les représentations de la douleur, les retentissements de la douleur sur la qualité de vie personnelle, professionnelle, familiale, sociale
- Repérage et évaluation de l'état psychologique
- Repérage et évaluation de situation de handicap
- Repérage et évaluation des événements de vie pouvant avoir un impact sur la situation du patient
- Analyse et interprétation des données issues de l'entretien, de l'anamnèse et de l'examen clinique
- Prise en compte des comptes rendus médicaux et examens paracliniques
- Bilan et suivi de l'observance des traitements médicamenteux et/ou non médicamenteux
- Identification des effets attendus et secondaires des traitements médicamenteux
- Formulation de conclusions cliniques et de diagnostic infirmier
- Elaboration d'un projet de soins infirmiers avec la participation du patient, en cohérence avec le projet médical.

#### 2. Prescription infirmière, réalisation d'actes techniques

- Prescriptions infirmières relevant du rôle autonome de l'IRD
  - Techniques psychocorporelles : Relaxation ; Hypno-analgésie, Sophrologie, Relation d'aide ; Toucher détente ; Résonance par Stimulation Cutanée ...
  - Orientation vers un programme d'éducation thérapeutique
  - Orientation vers d'autres professionnels ressources (médecins, psychologues, assistants de service social, ...)
- Aide à la réalisation de gestes techniques (Analgésie locorégionale, Infiltration, ...)
- Réalisation d'actes techniques relevant du rôle sur prescription de l'IRD
  - Mise en place et suivi de la neurostimulation transcutanée à visée antalgique
  - Suivi de la neurostimulation implantée (médullaire, corticale)
  - Administration de médicaments à visée antalgique
  - Mise en place de patch de Capsaïcine
  - Remplissage et surveillance des pompes intrathécales à visée antalgique

### **3. Conception, mise en œuvre et évaluation d'actions d'éducation thérapeutique, d'éducation à la santé**

- Conception en équipe pluriprofessionnelle d'outils et/ou de programme éducatifs
- Elaboration d'un bilan éducatif partagé avec le patient et au besoin son entourage
- Définition d'un programme personnalisé
- Organisation et planification des actions
- Mise en œuvre d'actions d'éducation adaptées à la situation du patient
- Réalisation d'une évaluation individuelle des objectifs atteints et réadaptation du programme personnalisé

### **4. Participation à l'organisation du parcours de soins et de santé du patient douloureux**

- Organisation des parcours de soins et de santé en lien avec l'équipe pluridisciplinaire de la structure, le médecin traitant et l'ensemble des acteurs des parcours
- Participation à la coordination du plan personnalisé de santé (PPS)
- Elaboration, suivi et évaluation du projet thérapeutique en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire de la structure
- Organisation et participation aux réunions de concertation pluriprofessionnelle avec les différents professionnels intervenant dans le parcours de soins du patient
- Participation à l'organisation du travail en équipe dans le cadre du parcours de soins et de santé du patient
- Documentation du dossier du patient rendant compte des actions menées, des propositions visant l'amélioration de la prise en charge
- Transmission des données permettant la continuité du parcours de soins du patient

### **5. Mise en œuvre d'actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles en exerçant un leadership clinique**

- Participation active au sein du Comité de Lutte contre la Douleur (ou équivalent)
- Coordination et mise en œuvre des actions du programme de lutte contre la douleur de l'établissement
- Coordination et animation du réseau interne des correspondants/référents douleur des unités de soins de l'établissement
- Interface entre les groupements hospitaliers de territoire, les instances régionales ou nationales, et l'établissement de santé
- Participation à l'élaboration et à l'évaluation des protocoles et procédures de soins
- Promotion et mise en œuvre de pratiques professionnelles fondées sur les données probantes existantes et les recommandations professionnelles
- Rédaction de référentiels de bonnes pratiques et contribution à la production de données probantes

- Contribution à la rédaction et communication de rapports auprès des établissements, des instances
- Contribution à la démarche de certification des établissements de santé
- Organisation et animation de travaux relatifs à l'analyse et l'évaluation de pratiques professionnelles ainsi que de retour d'expériences dans les situations difficiles
- Elaboration d'actions de formation et de développement professionnel continu
- Organisation et animation de travaux visant l'amélioration et au réajustement des pratiques professionnelles
- Accompagnement des équipes à l'évolution des pratiques
- Accompagnement des équipes dans une démarche qualité
- Formation des pairs (tutorat...) ou autres professionnels de santé

## **6. Contribution à la recherche**

- Contribution à des études et des travaux de recherche dans le champ de la douleur
- Publication d'articles à visée professionnelle et scientifique
- Communication professionnelle et scientifique lors de colloques ou de congrès

## REFERENTIEL DE COMPETENCES DES IRD

### 1. Evaluer l'état de santé de patients douloureux en relais de consultations médicales ou consultations de première ligne

- Analyser les données du dossier du patient, des prescriptions médicales, des examens de suivi et des informations transmises par les professionnels intervenant dans le parcours de soins
- Conduire un entretien visant à recueillir l'anamnèse du patient permettant d'évaluer sa situation et son état de santé dans une approche bio-psycho-sociale
- Evaluer et caractériser la douleur dans ses différentes composantes et mécanismes étiologiques
- Evaluer l'efficacité des traitements antalgiques mis en place
- Identifier et évaluer par un questionnement adapté ainsi que par l'examen clinique, l'observance, les effets indésirables et les effets secondaires des traitements
- Evaluer l'adhésion et les capacités d'adaptation du patient ainsi que les risques liés aux traitements non médicamenteux, aux traitements médicamenteux en cours
- Réaliser un examen clinique adapté à la situation du patient dans son champ de compétences
- Identifier et analyser les signes et symptômes liés à la douleur chronique, à l'état de santé du patient et leur évolution
- Identifier les situations présentant un besoin de prise en charge ou d'évaluation psychologique pour les orienter vers un professionnel du domaine de compétence concerné
- Identifier les situations cliniques nécessitant une orientation médicale ou médico-sociale
- Analyser les données issues de l'entretien, de l'anamnèse, de l'examen clinique et des examens complémentaires
- Elaborer des hypothèses, des conclusions cliniques et un diagnostic infirmier dans son champ de compétences
- Formaliser les données recueillies et établir le bilan de l'état de santé et de la situation du patient destiné à l'équipe pluridisciplinaire

### 2. Définir et mettre en œuvre le projet thérapeutique du patient

- Définir le projet thérapeutique du patient en concertation avec l'équipe pluridisciplinaire, avec le patient et son entourage, à partir de l'ensemble des données collectées et rédiger les prescriptions adaptées au patient dans son champ de compétences
- Mettre en œuvre les actes thérapeutiques et stratégies thérapeutiques recommandés adaptés à la situation du patient dans son champ de compétence
- Analyser la pertinence du renouvellement de prescription d'actes infirmiers

### **3. Concevoir et mettre en œuvre des actions de prévention et d'éducation thérapeutique**

- Etablir un diagnostic éducatif partagé avec le patient et au besoin son entourage
- Concevoir des actions de prévention et d'éducation thérapeutique répondant aux besoins de santé du patient dans le cadre de son parcours de soins
- Définir et mettre en œuvre des actions pertinentes favorisant l'adhésion du patient à sa prise en charge
- Identifier et mobiliser les ressources, acteurs, réseaux, nécessaires à la mise en œuvre des actions
- Organiser et planifier les actions en fonction des besoins du patient
- Co-construire un plan d'actions avec le patient
- Aider le patient à développer des compétences d'auto-soins
- Evaluer les actions conduites et mettre en œuvre les réajustements nécessaires

### **4. Organiser les parcours de soins et de santé du patient en collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés**

- Organiser un parcours de soins et de santé en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire de la structure, et le médecin traitant, à partir des besoins de santé et de la singularité du patient, et des objectifs définis avec lui et son entourage
- Coordonner la prise en charge du patient et organiser les relais entre la structure et les autres professionnels pour une meilleure gestion du parcours
- Analyser le parcours du patient et identifier les risques potentiels à partir de l'évaluation globale de son état de santé et de son état psychologique
- Evaluer le bon déroulement du parcours de soins et identifier les axes d'amélioration
- Coordonner les interventions dans le cadre du parcours de soins
- Organiser et animer des réunions de concertation en collaboration avec les différents professionnels de la structure ainsi que les autres intervenants du parcours de soins
- Coordonner le traitement des informations et la transmission des données collectées auprès des différents acteurs afin d'assurer la continuité des soins

### **5. Mettre en place et conduire des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles en exerçant un leadership clinique**

- Mettre en place des méthodes d'Evaluation des Pratiques Professionnelles en concertation avec l'équipe pluridisciplinaire, dans le cadre d'une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- Animer des séances et d'Evaluation des Pratiques Professionnelles ainsi que des retours d'expérience pour améliorer la qualité et la sécurité des soins
- Mettre en œuvre une démarche d'Evidence-based-Nursing (pratique infirmière fondée sur des données probantes)
- Accompagner la démarche d'observation, de formalisation et d'explicitation des pratiques professionnelles auprès d'autres professionnels
- Evaluer les écarts de pratique au regard des recommandations disponibles et proposer des actions correctrices

- Identifier les domaines de formation professionnelle permettant de développer ses compétences afin d'accompagner d'autres professionnels dans le cadre du développement professionnel
- Conduire des actions contribuant à la démarche qualité

## **6. Rechercher, analyser et produire des données professionnelles et scientifiques**

- Conduire une recherche documentaire et bibliographique
- Analyser et synthétiser les documents professionnels et scientifiques
- Identifier les données issues de la recherche et les innovations permettant de faire évoluer sa pratique
- Définir une problématique de recherche et formuler un questionnement
- Conduire des études à visée professionnelle ou pluri-professionnelle, contribuant à l'enrichissement des connaissances, dans son propre domaine d'expertise
- Choisir et utiliser des méthodes et outils d'investigation adaptés au sujet de recherche
- Exploiter les résultats de recherche et les analyser en vue d'améliorer la pratique professionnelle et d'enrichir les connaissances professionnelles
- Elaborer des documents professionnels et scientifiques destinés à des communications orales ou écrites
- Communiquer sur les pratiques professionnelles dans le champ de la douleur
- Identifier les appels à projet de recherche dans son champ de compétences



Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur