

INFIRMIER(E) RÉFÉRENT DOULEUR (IRD)

- ▶ Proposée en 1996, la création d'un poste d'infirmier référent douleur⁸ a été validée par la SFAR en 1997 à l'occasion de la conférence de consensus sur la DPO¹³, et rappelée lors d'une conférence d'expert en 1999¹⁴
- ▶ Ce poste d'IRD s'inscrit dans un projet de service et son rôle est d'améliorer encore la prise en charge de la DPO. Il dépend du Centre d'Etude et de Traitement de la Douleur ou du CLUD
- ▶ L'IRD est un IADE ou IDE titulaire du diplôme universitaire des professionnels de santé dans la prise en charge de la douleur. Il a un rôle de relais entre les équipes médicales et les infirmiers des services de soins

MISSIONS

- Aide à évaluer la douleur postopératoire
- Ajuste et réajuste les traitements antalgiques
- Prépare et programme des pompes d'analgésie contrôlée par le patient
- Pratique l'analgésie pour les pansements et les manipulations hyperalgiques
- Informe et forme, conseille et sensibilise les IDE des services de chirurgie (action transversale au niveau de la structure de soins)
- Aide à la mise en place du programme de lutte contre la douleur de l'établissement
- Coordonne et établit la cohérence des actions engagées avec celles mises en place dans le cadre de la politique de soins palliatifs de l'établissement
- Contribue à l'évolution des connaissances par des actions de recherche

PROTOCOLES

- Met en place des protocoles de prise en charge de la DPO (élaboration, suivi) validés par les équipes
- Participe à la réévaluation et à la mise à jour de ces protocoles
- Rend ces protocoles accessibles à toutes les équipes des salles de soins
- Réalise des évaluations régulières par des audits auprès des soignants et des enquêtes auprès des patients

Références bibliographiques

1. L'infirmière et la douleur. (coordinateur, Dr J Wrobel). Document de l'Institut UPSA de la Douleur : p.138.
2. Charte du malade hospitalisé n°95-22 du 06/05/95.
3. Code de la santé publique, article L710-3-1.
4. Décret n° 2002-194 du 11/02/2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. (JO du 16 février 2002). www.legifrance.gouv.fr.
5. Le Programme de Lutte contre la Douleur 2002-2005. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Ministère Délégué à la Santé. www.sante.gouv.fr.
6. Recommandations concernant le rôle de l'infirmier anesthésiste diplômé d'état, document SFAR 1995.
7. Gaudé V, Joly V. Prise en charge de la douleur post-opératoire en SSPI. In « la douleur postopératoire ». JEPu 2004. Ed Arnette, 2004 : 5-10.
8. Douleur post-opératoire. Recommandations. Délégation à l'Evaluation Médicale. Direction de la Prospective et de l'Information Médicale. Document de l'AP-HP : p.49.
9. Evaluation du plan de lutte contre la douleur 1998-2000 par la Société Française de Santé Publique. www.sfsp-france.org.
10. Circulaire DGS/SQ2/DH/DAS n° 99-84 du 11 février 1999 relative à la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë.
11. Recommandations concernant la pratique de l'analgésie obstétricale, document SFAR 1992.
12. Circulaire DGS/PS n° 97/412 du 30 mai 1997 relative à l'application du décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.
13. Conférence de Consensus. Prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et l'enfant. Ann Fr Anesth Réanim 1998 ; 17 : 445-61.
14. Attitude pratique pour la prise en charge de la douleur post-opératoire. Document SFAR 1999 : p.34.

ÉTABLISSEMENT

RÔLE ET SURVEILLANCE DE L'IDE/IADE DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR AIGUË POSTOPÉRAtoire (DPO)^{1*}

COMITÉ SCIENTIFIQUE : Frédéric Aubrun - Dominique Fletcher - Christian Jayr - Agnès Bellanger - Chantal Bernard
RÉDACTEURS : Frédéric Aubrun - Marc Beaussier - Anissa Belbachir - Chantal Bernard - Franck Bolandard - Gilles Boccara - Laurent Delaunay - Dominique Fletcher - Elisabeth Gaertner - Christian Jayr - Hawa Keita-Meyer - Philippe Macaire - Claude Mann - Emmanuel Marret - Cyrus Motamed - Catherine Spielvogel - François Stark

Charte du malade hospitalisé²

« La prise en compte de la dimension douloureuse, physique et psychologique des patients, et le soulagement de la souffrance doivent être une préoccupation constante de tous les intervenants »

Code de la santé publique³

Donne l'obligation aux établissements de santé d'inclure la prise en charge de la douleur dans leurs projets d'établissement

Décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier⁴

Ce décret précise que :

- Les soins infirmiers ont pour objet de participer à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes
- L'infirmier anesthésiste-diplômé d'Etat (IADE) est habilité à la prise en charge de la douleur postopératoire

Retenue comme cause d'intérêt général en 1998, la lutte contre la douleur doit désormais être considérée comme une priorité par les professionnels de santé⁵

* Sous la responsabilité des auteurs

IADE : Infirmier(e) Anesthésiste Diplômé d'Etat

IDE : Infirmier(e) Diplômé d'Etat

DPO : Douleur Post-Opératoire

MAR : Médecin Anesthésiste-Réanimateur

IRD : Infirmier(e) Référent Douleur

PCA : Patient Controlled Analgesia : analgésie contrôlée par le patient

PCEA : Patient Controlled regional Epidural Analgesia : analgésie épidurale contrôlée par le patient

ALR : Analgésie locorégionale

BLOC OPÉRAIRE

RÔLE DE L'IADE

A L'ARRIVÉE AU BLOC OPÉRAIRE

- Prend connaissance du dossier d'anesthésie dans lequel apparaît « l'information sur la douleur » donnée par le MAR lors de la consultation d'anesthésie
- Vérifie la bonne compréhension par le patient des échelles d'évaluation et des traitements spécifiques telle que l'analgésie contrôlée par le patient s'il doit en bénéficier
- Rassure et reconforte le patient

A L'INSTALLATION CHIRURGICALE ET APRÈS L'INDUCTION ANESTHÉSIQUE

- Vérifie en particulier l'occlusion des yeux, les points d'appui, la bonne position des membres, les fixations des sondes, afin d'éviter des causes de douleur supplémentaire au réveil

AU COURS DE L'ACTE CHIRURGICAL

- Assure une bonne analgésie per-opéatoire
- Participe à la réalisation des anesthésies locorégionales.
- Est habilité à pratiquer des réinjections par la voie du dispositif mis en place par le MAR, suivant les prescriptions de ce dernier⁶

A LA FIN DE L'ACTE CHIRURGICAL

- Prend connaissance des prescriptions postopératoires afin de pouvoir anticiper l'analgésie multimodale prescrite par le MAR
- Délivre alors les antalgiques en respectant les délais d'action et modalités d'injection afin de limiter l'apparition d'une DPO majeure

L'IADE ET LES PROTOCOLES

- Participe aux travaux de recherche relevant du domaine des soins infirmiers, à l'élaboration de protocoles ainsi qu'à l'évaluation des soins infirmiers en anesthésie
- Collabore également aux actions de recherche mises en œuvre par des MAR⁶

SSPI⁷

- ▶ L'IADE installe le patient et assure des transmissions précises à ses collègues
- ▶ Le séjour en SSPI est un moment clé pour la prise en charge de la DPO

RÔLE DE L'IADE / IDE

- Évalue l'intensité de la DPO, à l'aide d'une EVA (échelle visuelle analogique), EVS (échelle verbale simple) ou EN (échelle numérique)
- Localise la douleur
- Écoute et reconforte le patient
- Débute la titration en morphine, sur prescription médicale et selon les protocoles pré-établis du service dès que l'EVA (ou EN) $\geq 3/10$, ou dès que l'EVS > 1 (sur une échelle de 0 à 4)
- Surveille les paramètres liés à ce traitement : respiration, conscience, évolution de l'intensité douloureuse, apparition d'effets secondaires (en particulier nausées ou vomissements)
- Met en route des traitements de ces effets secondaires dès leur apparition selon les protocoles du service.
- Détecte les douleurs annexes.
- Prend le relais de la titration morphinique selon les prescriptions médicales

EN CAS D'ANALGÉSIE CONTRÔLÉE PAR LE PATIENT (PCA-PCEA)

- Prépare les pompes selon les protocoles du service
- Vérifie leur bon fonctionnement
- Ré-explique au patient leur utilisation à la pose

SECTEUR D'HOSPITALISATION

RÔLE DE L'IDE

- Respecte les prescriptions médicales d'antalgiques (systématiques ou à la demande, intraveineuses, locorégionales ou orales) et les effectue sans tarder tout en prenant en compte le moment des soins douloureux et de la kinésithérapie. La prévention des douleurs provoquées par les soins ou à la mobilisation des patients est en effet une des priorités du Programme de Lutte contre la Douleur du Ministère des Affaires Sociales⁸
- Évalue toutes les 4 heures l'intensité de la douleur, son siège, les effets secondaires liés aux traitements, les complications. Note précisément ces éléments au lit du patient et dans son dossier
- Avertit immédiatement le médecin référent en cas de complications, d'effets secondaires rebelles ou d'insuffisance d'analgésie
- Met en place des moyens analgésiques non médicamenteux (vessie de glace, surélévation du membre opéré)
- Éduque le patient pour l'acquisition de bons gestes face à la douleur et pour la sollicitation du personnel de soins en cas d'analgésie insuffisante
- Assure le relais per-os des traitements antalgiques sur prescription médicale
- Remet l'ordonnance de sortie au patient

L'IADE ET LES PROTOCOLES^{4,9}

EN URGENCE

- L'IADE est habilité, après avoir reconnu une situation relevant de l'urgence, à :
- Mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable
 - Appliquer les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin
 - Mettre en œuvre un protocole antalgique après autorisation d'un médecin ayant identifié l'origine de la douleur

EN SECTEUR D'HOSPITALISATION

- L'IADE peut sur sa propre initiative :
- Mettre en œuvre le protocole à visée antalgique pour la prise en charge des douleurs aiguës. Le protocole doit répondre aux exigences du cadre général¹⁰
 - Entreprendre et adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles pré-établis, écrits et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins⁴

SUR PRESCRIPTION MÉDICALE, CAS PARTICULIERS DES ALR

- L'IADE peut injecter des médicaments à des fins analgésiques dans des cathéters périduraux et intra-thécaux ou placés à proximité d'un tronc ou plexus nerveux⁴

L'IADE, LA SAGE-FEMME ET L'ANALGÉSIE OBSTÉTRICALE

- La surveillance de la qualité d'analgésie ainsi que de l'entretien de l'analgésie péridurale sont assurés par le MAR, ou avec son accord et sous sa responsabilité par un IADE, ou une Sage-Femme, qui n'intervient qu'en fonction de sa disponibilité et si elle a reçu une formation adaptée¹¹
- Le MAR, lorsqu'il n'assure pas lui-même les réinjections de l'agent anesthésique dans le cathéter péridural, effectue une prescription écrite comportant : le nom du prescripteur et l'heure de prescription, le nom de la parturiente, la nature, la concentration et le volume de l'anesthésique à injecter, l'intervalle de sécurité à respecter entre les injections ou le débit du dispositif de l'injection automatique dans le cathéter péridural [...] ¹¹
- L'ablation du cathéter péridural est effectuée par le MAR ou sous sa responsabilité^{11,12}