



## Édito

“ La parution du bilan du 3<sup>e</sup> plan national 2006-2010 d'amélioration de la prise en charge de la douleur en 2011 par le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) a été riche d'enseignements.

Un des points cruciaux soulevé par ce bilan est l'échec constaté dans le domaine de la prise en charge des populations les plus vulnérables, alors qu'elles étaient une des priorités de ce 3<sup>e</sup> plan. Chez les personnes âgées, l'effort a surtout concerné les institutions gériatriques, en oubliant les personnes vivant à domicile. « *Quant aux patients handicapés et malades mentaux, ce sont les grands oubliés du plan* », regrette le Professeur Bourdillon, médecin de santé publique (groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière à Paris) et président du comité d'évaluation du HCSP.

La ministre des Affaires sociales et de la Santé a confirmé en octobre 2012 sa volonté de poursuivre la lutte contre la douleur, avec des actions davantage tournées vers le domicile. Mais il semble que ces actions n'entreront pas dans le cadre d'un 4<sup>e</sup> plan, toujours attendu par ailleurs.

Aussi, le ministère préconise deux priorités, comme pour d'autres thématiques santé: les soins de premier recours et la coopération entre professionnels de santé.

Sur la base des recommandations formulées en mai 2011 par le Haut Conseil de la Santé Publique après l'évaluation du Plan douleur 2006-2010, le programme des actions proposées reposerait sur quatre axes:

- améliorer le parcours des soins algiques,
- soulager la douleur des populations en santé mentale,
- coordonner les acteurs de la prise en charge des patients algiques,
- renforcer la recherche clinique dite translationnelle.



**Nathalie Fournival**

Cadre de Santé, Formatrice-consultante  
Membre de la Commission Professionnelle  
Infirmière de la SFETD

## La prise en charge de la douleur des populations vulnérables



**Pascale Thibault-Wanquet**

Cadre supérieure de santé, formatrice-consultante, membre de la commission professionnelle infirmière de la SFETD, Issy-les-Moulineaux (92)

Étymologiquement le terme vulnérable vient du latin *vulnerare* signifiant « blesser, endommager, porter atteinte, faire mal ». La vulnérabilité est donc le caractère de ce qui est endommagé, blessé, fragile, précaire. En médecine, la vulnérabilité concerne tant le fonctionnement physiologique d'un organisme que la

fragilité psychique et émotionnelle de la personne soignée.

En 2006, dans le cadre du plan national d'amélioration de la prise en charge de la douleur, la première des quatre priorités introduisait la notion de « populations vulnérables ». Il y était précisé qu'il s'agissait d'améliorer la prise en charge des douleurs des enfants et des adolescents, des personnes polyhandicapées, des personnes âgées et en fin de vie. La notion de vulnérabilité a également été reprise par la Haute Autorité de Santé dans le cadre de la troisième étape de certification des établissements de santé.

Si le bilan du plan douleur réalisé en 2011 permet d'apprécier les avancées remarquables qui ont été faites dans ce domaine, il y est également souligné les nombreuses actions qui doivent encore être développées auprès de ces populations, mais aussi d'autres parfois oubliées, comme les personnes atteintes de maladie mentale. On pourrait y adjoindre les personnes démunies, vivant dans des conditions de grande précarité dont il est souvent bien peu question et pour lesquelles les problèmes de santé, et particulièrement de douleurs, sont très spécifiques.

Avant d'aborder les possibilités thérapeutiques disponibles dans ces contextes, il est donc nécessaire de définir le concept de vulnérabilité. Y prêter attention met en évidence que sa signification peut varier selon le sens que chacun lui donne. ➤➤

### Sommaire du dossier

- |  |  |
|--|--|
| p.2/ Rôle d'un réseau de soins palliatifs pédiatriques dans la prise en charge de la douleur | p.7/ Parcours d'un président de CLUD en psychiatrie  |
| p.4/ DVD « La douleur de la personne âgée: comment la prendre en charge? »                   | p.8/ Exemple de prise en soin non médicamenteuse de la douleur physique et psychique avec le shiatsu |
| p.5/ Pistes pour l'évaluation de la douleur auprès des personnes âgées atteintes de démence  | p.10/ Conclusions et perspectives  |
|  | p.11/ Le quiz  |

►► Ainsi, la vulnérabilité peut concerner les spécificités physiologiques de la personne : l'enfant né prématurément, le nouveau-né, la personne âgée ou porteuse d'un handicap, d'une maladie chronique présentent des particularités physiologiques qui doivent être prises en considération en particulier pour l'administration des thérapeutiques médicamenteuses, mais aussi, bien entendu, dans le choix des moyens non pharmacologiques de prévention et traitement de leurs douleurs.

En effet, la vulnérabilité est également liée au statut même de personne malade, d'autant que celle-ci présente des difficultés en matière de communication et de compréhension de la douleur. La vulnérabilité dépend également de la capacité de la personne, quel que soit son état, à faire face à sa situation.

Les réponses à cet aspect de la vulnérabilité sont alors en relation directe avec la conception que se fait le soignant des capacités du soigné à ressentir, exprimer et faire face à sa douleur. Ainsi, par exemple, les personnes atteintes de troubles psychiatriques graves ont été pendant longtemps considérées comme insensibles à la douleur physique, et cette croyance demeure, tant l'expression de leur douleur peut nous paraître étrangère.

Intégrer la notion de vulnérabilité dans la prise en charge thérapeutique implique donc pour le soignant de considérer le patient comme susceptible de ressentir la douleur quel que soit son état, d'intégrer les différences d'expression de la douleur qui peuvent exister selon les individus et d'adapter son mode de relation et de communication à la spécificité de la personne soignée. La vulnérabilité est en réalité une notion fondamentale dans la relation soignant/soigné. Elle peut varier en fonction de nombreux paramètres (contextuels, culturels, sociaux, éducatifs, etc.) qui concernent tant le soignant que le soigné.

Toute personne, malade ou handicapée, se trouve potentiellement en situation de vulnérabilité et les professionnels de santé ont à développer constamment l'adaptation de leurs pratiques, de leurs modes de communication et de leurs comportements pour accompagner l'ensemble des personnes vulnérables vers une prise en considération adaptée de leurs douleurs. Les soignants qui s'expriment dans les pages qui vont suivre ont expérimenté différents moyens, tant d'évaluation que de propositions thérapeutiques, dans des contextes où les patients sont dans des situations de grande vulnérabilité. ●

- Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010
- Manuel de certification des établissements de santé V2010
- Évaluation du Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010
- Note issue du site internet de la Haute Autorité de Santé : « Le manuel de certification V2010 intègre un critère "Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique3" (critère 19.a). L'approche

*"population" dans la certification a été développée dans le manuel V2010 pour répondre aux besoins d'une évaluation plus spécifique de la prise en charge des populations présentant une vulnérabilité ou des risques particuliers. Elle se traduit par un critère générique invitant les établissements à mettre en place une organisation spécifique et une évaluation de la prise en charge. »*

## Rôle d'une équipe ressource de soins palliatifs pédiatriques dans la prise en charge de la douleur

### Illustration par un cas clinique



**Véronique Laouanan, Philippe Le Moine, Sylvie Le Page**  
Équipe ressource régionale de soins palliatifs pédiatriques  
La Brise, pôle brestois

Nous vous présentons ici le parcours de L., jeune fille de 12 ans, en phase palliative suite à un ostéosarcome de la hanche droite avec métastases pleuropulmonaires bilatérales. Le diagnostic est posé au Centre hospitalier local et le traitement est initié au CHU. Dès la fin de la première cure, L. présente des signes d'altération neurologique avec perte de vigilance et hémiparésie et une atteinte cérébrale vasculaire artérielle diffuse.

L. est la seule enfant d'un couple qui s'est séparé avant la naissance. C'est sa maman qui l'élève, seule.

Dans le service de réanimation, la maman est prévenue que le pronostic vital de son enfant est engagé. Les soins sont poursuivis et L. récupère partiellement des compétences neurologiques (autonomie respi-

ratoire et un peu de communication). Suite à la Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) de cancérologie, il est proposé à la maman et à L., de mettre en place une coordination palliative. Elles acceptent. La coordination est réalisée par l'Équipe ressource régionale de soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP).

Pour L. et sa maman, la puéricultrice coordinatrice recueille les buts qu'elles se donnent :

- le rapprochement du domicile
- et la continuité des progrès neuromoteurs.

Au regard du projet, la puéricultrice coordinatrice fait du lien avec le centre



## LES OBJECTIFS DE LA COORDINATION PALLIATIVE

- Élaborer un projet de vie pour l'enfant en soins palliatifs
- Coordonner, harmoniser la prise en charge de l'enfant quel qu'en soit le lieu
- Assurer un soutien aux équipes soignantes libérales ou en établissements
- Favoriser la culture palliative

de rééducation le plus proche, et dès la sortie du CHU, elle assure la continuité des transmissions avec le CH local. L'inventaire des ressources au niveau des soignants libéraux connus par L. et sa maman est fait.

Au cours de l'évolution (8 mois), trois réunions de coordination et plusieurs visites au domicile sont organisées. Ces réunions, préparées par la puéricultrice, visent à rassembler les professionnels acteurs de la prise en charge directe, au plus proche du lieu de vie de l'enfant.

Au début de chaque réunion, chacun se présente (tour de table) et les termes de l'objectif sont précisés.

Les parents sont toujours prévenus de ce temps et leurs principaux souhaits sont recueillis par la puéricultrice coordinatrice afin que le travail des professionnels soit au plus juste, en regard de la situation palliative.

Chaque réunion se déroule selon un format de base qui est modulé en fonction de l'état de l'enfant et des observations des différents acteurs.

- Le médecin décrit la situation clinique,
- Les rubriques de la prise en charge globale sont vues les unes après les autres: contexte social, contexte psychologique, les traitements en cours, le niveau de la douleur, les besoins primaires, les compétences en communication, les comportements, les activités de loisirs et scolaire,
- Les principaux problèmes sont nommés et les solutions à envisager sont prises de façon collégiale.

Pour L., au fur et à mesure de l'évolution de l'ostéosarcome, les douleurs de la hanche et de la jambe devenaient très importantes et, dans le même temps, des progrès moteurs continuaient à être constatés.

L. a pu revenir à son domicile pour des week-ends ; elle s'est remise à manger, elle a récupéré de l'autonomie motrice et a pu contrôler partiellement ses sphincters.

Durant la période de vacances, elle est restée à son domicile plusieurs jours avec la possibilité de retourner au centre de rééducation dès qu'elle le souhaitait. Suite aux réunions, une continuité des soins était assurée. Au centre, les équipes la connaissaient bien et, au domicile, l'intervention de l'HAD<sup>(1)</sup> permettait un soutien des libéraux et une réassurance de la maman.

Lorsque les douleurs ont beaucoup augmenté, la mise sous PCA<sup>(2)</sup> de morphine a été réalisée au domicile par l'équipe de l'HAD au cours de ses deux derniers mois de vie, L. était difficilement mobilisable et l'organisation avec sa maman et son entourage amical (rythmes des repas, soins d'hygiène...) semblait réalisable au domicile avec le soutien des professionnels mis en place par la l'HAD. Pour les nuits, les auxiliaires de vie sociale prenaient le relais afin que la maman puisse dormir un peu. Celles-ci organisaient des « défilés de mode » pour distraire la jeune adolescente ; à cette occasion, elle retrouvait son sourire.

Lors de la dernière réunion de coordination, devant l'évolution du volume des tumeurs au niveau de la hanche et du bassin, et l'intensité des douleurs, la proposition de poser un

cathéter intrathécal est faite. L. donne son accord. Les médecins prennent contact avec l'anesthésiste qui accepte de réaliser cet acte dans le centre douleur.

Lors des rares moments de répit, L. veut choisir ses programmes TV et ses activités de maquillages.

L. n'est pas soulagée et est transférée au CH local où l'équipe douleur peut intervenir. Devant l'aggravation de l'état clinique, la maman est plus rassurée au CH.

Quelques jours plus tard, les tumeurs continuent d'envahir l'abdomen et L. décède. Quelques heures avant son décès, sa maman, par l'intermédiaire d'une connaissance, demande à l'IDE formée en hypnose de rencontrer sa fille. L. accepte et lâche prise au cours de la séance.

Les liens établis entre les différents professionnels au cours de ces huit mois, les ont aidé à assurer à L. les soins de qualité et de sécurité tout en essayant de respecter ses choix et ses besoins.

Notre rôle s'inscrit aussi dans la continuité et notamment dans le suivi post décès. Ce suivi reflète la relation de confiance qui a pu être tissée tout au long du parcours et la contribution effective à la qualité des soins apportée à l'enfant et sa famille. Ainsi, la maman a pu dire que « *La prise en compte de L. de son projet dans les différents lieux de soin ont été respectés sans rupture.* » ●

<sup>(1)</sup> HAD : Hospitalisation à domicile

<sup>(2)</sup> PCA : Patient Control Analgesia/Analgésie contrôlée par le patient



## L'ÉQUIPE PLURI-PROFESSIONNELLE DES RÉUNIONS DE COORDINATION

- Le cancéro-pédiatre
- Le pédiatre responsable de l'ERRSPP
- Le médecin de physique et de réadaptation
- Le pédiatre du CH local,
- Le pédiatre de l'HAD
- Le médecin traitant est toujours invité
- Les masseurs-kinésithérapeutes,
- Les paramédicaux : cadres de santé, infirmier(ère)s, aides-soignantes, auxiliaires de puériculture
- Les ergothérapeutes
- Les orthophonistes
- Les assistantes sociales
- Les prestataires de services
- Les responsables de l'aide à domicile ainsi que les auxiliaires de vie sociale

## DVD de formation

# « La douleur de la personne âgée : comment la prendre en charge ? »

**Groupe Douleur et Personne âgée du réseau régional Douleur de Basse Normandie (Bayeux)**

Le dernier plan national de lutte contre la douleur 2006-2010<sup>1</sup> a eu pour objectif prioritaire l'amélioration de l'évaluation, du diagnostic et du traitement de la douleur des populations vulnérables dont font partie les personnes âgées. Les recommandations et les référentiels professionnels de la Haute Autorité de Santé, des sociétés savantes et du programme Mobiquat<sup>®</sup> ont permis de clarifier et de développer le bon usage des échelles d'auto et d'hétéro-évaluation de la douleur de la personne âgée en fonction de ses capacités de communication. Malgré tous ces progrès, la prise en charge de la douleur du sujet âgé reste insuffisante. C'est ce que le Dr Bernard Wary, coordonnateur du collectif Doloplus-Algoplus explique sur la préface du DVD de formation « La douleur de la personne âgée : comment la prendre en charge ? », réalisé par le groupe de travail « Douleur et Personne Âgée » du réseau régional Douleur bas-normand.

En Basse-Normandie, les résultats des différentes évaluations des pratiques professionnelles (EPP) de 2008 sur la prise en charge de la douleur de la personne âgée confirment cet état de fait. Elles mettent toutes en évidence que d'importants progrès restent à faire, tant sur l'évaluation que sur la prise en charge thérapeutique (méconnaissance des outils d'évaluation, manque de sensibilisation et d'apprentissage en équipe à leur utilisation, insuffisance de réévaluation de la douleur et du suivi du traitement antalgique, etc.)

Une réflexion régionale a alors été conduite au sein du groupe Douleur et Personne Âgée. Ce groupe est composé de cinq membres, infirmiers et médecins exerçant dans des établissements accueillant des personnes âgées.

Partant des résultats et des actions d'amélioration de ces EPP, le groupe décide alors de créer un outil régional de formation. En effet, le temps de la formation en équipe, qui favorise la rencontre entre professionnels, est une étape indispensable pour comprendre les difficultés de chacun et pour dynamiser ensemble un projet autour de la personne. Les outils pédagogiques actuellement disponibles, c'est-à-dire la malette Douleur du programme Mobiquat<sup>®</sup> et le film Doloplus<sup>®</sup>, ont été largement utilisés. Ils ont été complétés par un diaporama de cas cliniques imagés pour mettre en pratique l'utilisation des deux autres échelles d'hétéro-évaluation, Algoplus<sup>®</sup> et ECPA<sup>2</sup>. L'accueil enthousiaste de

ce temps de formation grâce, notamment, à la pédagogie par l'image et la mise en situation, a permis de réaliser un film regroupant tous les référentiels professionnels, de l'évaluation de la douleur aux spécificités de la prise en charge antalgique médicamenteuse. Ce DVD pédagogique se veut simple, pratique, imagé et complet.

Le film dure 50 minutes et peut être vu en totalité ou par chapitre en fonction du temps disponible dans la formation.

Ce nouveau support de formation est complémentaire et s'adresse à l'ensemble des soignants en contact au quotidien avec des personnes âgées. Les nombreuses explications fournies dans cet outil sont adaptées pour le plus large public de professionnels, qu'ils travaillent à domicile, en milieu gériatrique spécifique, en SSR<sup>4</sup> ou en service hospitalier médico-chirurgical.

Après validation par le Comité Opérationnel du Réseau Douleur, le film a été officiellement présenté en décembre 2011 à plus

de 65 établissements de la région accueillant des personnes âgées (EHPAD<sup>3</sup>, centres hospitaliers, SSR, SSIAD<sup>5</sup>, HAD<sup>6</sup>...) Au cours de cette soirée de présentation, chaque établissement et professionnel se sont engagés dans une démarche qualité régionale sous forme d'EPP en utilisant le DVD.

Les référents douleur de la région organisent actuellement une information dans leur terri-



## LE CONTENU DU DVD

**1/ INTRODUCTION (2 minutes)**  
Quatre personnes âgées en EHPAD<sup>3</sup> présentent l'intérêt et la nécessité de la prise en charge de la douleur

**2/ ÉCHELLES D'ÉVALUATION DE LA DOULEUR (35 minutes)**  
Le choix des échelles est présenté à l'aide d'un arbre décisionnel. Chaque échelle recommandée est expliquée et illustrée avec une situation clinique: échelles d'auto-évaluation, Échelle Numérique (EN), Échelle Verbale Simple (EVS), échelles d'hétéro-évaluation, Algoplus<sup>®</sup>, Doloplus<sup>®</sup> et ECPA<sup>2</sup>.

**3/ TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX DE LA DOULEUR (23 minutes)**  
Un diaporama intitulé « Spécificités gériatriques de la prise en charge de la douleur – L'approche médicamenteuse en pratique » aborde la prise en charge des douleurs nociceptive, neuropathique et induite par les soins avec un film sur l'utilisation du Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote (MEOPA) lors d'un pansement.

toire de santé. Cette expérience régionale ne fait que commencer. Et son accueil positif par le Collectif Doloplus-Algoplus, la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD) et la Fondation de France laisse présager un bel avenir. ●

<sup>1</sup> Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 - [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_d\\_amelioration\\_de\\_la\\_prise\\_en\\_charge\\_de\\_la\\_douleur\\_2006-2010.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010.pdf)

<sup>2</sup> Echelle Comportementale de la douleur chez la Personne Âgée

<sup>3</sup> Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

<sup>4</sup> Soins de Suite et de Réadaptation

<sup>5</sup> Services de Soins Infirmiers A Domicile

<sup>6</sup> Hospitalisation A Domicile

**Les progrès les plus notables en matière de prise en charge de la douleur chez la personne âgée sont à mettre sur le compte de la meilleure évaluation de ce symptôme si fréquent et encore trop négligé.**



**Plus d'infos :**  
[www.institut-upsa-douleur.org](http://www.institut-upsa-douleur.org)

### LE GROUPE DE TRAVAIL :

**Nathalie Roux**, infirmière douleur Unité Mobile Douleur et Soins Palliatifs, CHRU Caen • **Marie-Hélène Lebois**, infirmière, Centre hospitalier Villiedieu-Les-Poêles • **Colette Demarest**, infirmière, Centre de réadaptation fonctionnelle Brocéliande, Caen • **Pascale Lescure**, gériatre, CHRU Caen • **Cyril Guillaumé**, médecin douleur à l'unité Mobile Douleur et Soins Palliatifs, CHRU Caen



# Pistes pour l'évaluation de la douleur auprès des personnes âgées atteintes de démence



**Maryse L. Savoie**

Infirmière Master ès Sciences, Directrice des affaires stratégiques, Hôpital Sainte-Anne, Québec, Canada.

**Bien que la douleur ne soit pas liée à l'âge, il existe chez les personnes âgées une grande prévalence de maladies chroniques pouvant causer de la douleur. Une étude<sup>1</sup> indique que 49 % à 83 % des résidents en soins prolongés souffrent de douleur. Même s'il a été démontré que la douleur chronique entraîne de nombreux effets néfastes sur la qualité de vie des**

**personnes âgées, sa prise en charge en milieu de soins demeure insuffisante car elle est couramment sous-détectée et sous-traitée.**

Les connaissances insuffisantes et les perceptions, attitudes et croyances négatives du personnel soignant relatives à la douleur chronique constituent autant de barrières à sa prise en charge adéquate en soins de longue durée où près des deux tiers des résidents présentent un diagnostic de démence<sup>1</sup>. La présence et la gravité des déficits cognitifs rendent l'évaluation et la gestion de la douleur chronique encore plus difficile et complexe dans ces milieux où les échelles d'auto-évaluation de l'intensité de la douleur deviennent inutilisables lorsque le résident est incapable de communiquer. Des études ont d'ailleurs démontré l'existence de disparités évidentes entre la gestion de la douleur de personnes âgées atteintes de démence avancée et celle des personnes âgées cognitivement intactes<sup>2</sup>.

**Des études ont démontré l'existence de disparités évidentes entre la gestion de la douleur des personnes âgées atteintes de démence avancée et celle des personnes âgées cognitivement intactes**

## ■ Évaluation de la douleur

Chez les résidents atteints de déficits cognitifs, l'évaluation de la douleur présente un enjeu particulier. Des études ont cependant démontré qu'il était possible pour des résidents atteints de démence légère à modérée présentant des scores de 15 et plus au Mini-Mental State Examination (MMSE) d'utiliser des outils d'auto-évaluation de l'intensité de la douleur<sup>3</sup>. Les échelles les plus fréquemment utilisées sont l'échelle numérique verbale, les échelles visuelles analogiques comme l'échelle avec les couleurs et le

thermomètre, l'échelle avec les mots, la plus connue étant le McGill Pain Scale et l'échelle avec les visages telle que l'échelle de Wong-Baker. Ayant été développée pour la pédiatrie, l'utilisation de cette échelle en gériatrie fait cependant l'objet de critiques. L'échelle avec visages développée par l'infirmière québécoise Céline Gélinas<sup>4</sup> auprès d'une clientèle adulte non communicante aux soins intensifs, bien que non validée auprès d'une clientèle gériatrique avec atteintes cognitives, s'avère prometteuse.

Une étude menée en 2005 a permis de comparer l'utilisation du McGill Pain Scale, de l'échelle de Wong-Baker, d'une échelle visuelle analogique et de l'échelle numérique auprès de 37 résidents déments présentant des scores de 15 et moins au MMSE. L'étude s'est déroulée sur une période d'un an. Les résultats démontrent que 73 % des résidents ont été en mesure d'utiliser le McGill Pain Scale comparativement à 61 % pour l'échelle de Wong-Baker, 57 % pour l'échelle visuelle analogique et 51 % pour l'échelle numérique. D'autres chercheurs<sup>6</sup> ont réalisé une étude similaire auprès de 217 résidents dont le score moyen au MMSE était de 12,1 (avec un écart type de 7,9) ; 65 % de ces résidents étaient en mesure d'utiliser le McGill Pain Scale. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'une échelle avec mots requiert une moins grande capacité d'abstraction. Selon des observations cliniques, la difficulté des résidents atteints de déficits cognitifs

d'utiliser les échelles d'auto-évaluation de la douleur ne réside pas seulement dans leurs limitations cognitives mais aussi dans l'approche parfois maladroite des intervenants. Lorsqu'un outil d'auto-évaluation est utilisé auprès d'un résident atteint de déficits cognitifs, il est recommandé de répéter la consigne trois fois et d'attendre une minute entre chaque répétition.

Pour les résidents atteints de déficits cognitifs incapables de communiquer et d'utiliser les échelles d'auto-évaluation, l'observation des comportements à partir d'outils validés demeure l'alternative la plus acceptable. Trois méta-analyses<sup>7-8-16</sup> ont identifié le Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC)<sup>9</sup> aussi disponible en version française (PACSLAC-F)<sup>10</sup> comme étant le meilleur instrument actuellement disponible. Le PACSLAC-F est ►►



## DU CÔTÉ DES OUTILS ANGLOPHONES

- The Assessment of Discomfort in Dementia (ADD) et The Discomfort Scale-Dementia of the Alzheimer Type (DS-DAT) évaluent la présence d'inconfort chez le résident âgé. Leur utilisation n'est pas recommandée dans un contexte d'évaluation de la douleur<sup>13-14</sup>.
- L'outil Checklist of Non-verbal Pain Indicators (CNPI)<sup>15</sup> a été développé pour une clientèle âgée en soins aigus post-fracture de hanche et n'est donc pas adapté à la réalité des soins de longue durée.
- L'outil Pain Assessment in the Communicatively Impaired Elderly (PACI), bien qu'il nécessite d'être testé davantage, s'avère un outil intéressant pour le dépistage de la douleur auprès des résidents âgés non-communicants atteints de déficits cognitifs<sup>16</sup>.

une échelle multidimensionnelle développée auprès de personnes âgées non-communicantes atteintes de déficits cognitifs dans un contexte de soins de longue durée. Il comprend 60 items regroupés sous quatre catégories : a) expressions faciales ; b) activités et mouvements corporels ; c) comportements/personnalité/humeur et d) symptômes physiques. Le PACSLAC-F est facile d'utilisation et prend moins de cinq minutes à compléter. Parmi les autres outils d'observation des comportements liés à la douleur disponibles en langue française, il y a le Doloplus-2<sup>11</sup>. Cet outil requiert une observation prolongée, il est critiqué pour son nombre restreint d'items et la faible spécificité de cer-

tains de ces items en lien avec la douleur. L'échelle comportementale simplifiée (ECS) et l'échelle comportementale de la personne âgée (ECPA) sont aussi disponibles, cependant, ces deux échelles n'ont été à ce jour que partiellement testées<sup>12</sup>. Outre l'utilisation d'outils validés, l'évaluation de la douleur comprend une anamnèse complète de la douleur ainsi qu'un examen physique minutieux.

### ■ Mise en garde

La traduction et la validation d'un outil de l'anglais au français relèvent d'une démarche scientifique rigoureuse, il faut résister à la

tentation de faire des traductions maison pour utilisation dans les milieux cliniques.

### ■ Conclusion

Le soulagement de la douleur auprès des résidents âgés atteints de déficits cognitifs représente un défi considérable. Malgré les nouveaux outils disponibles, il faut poursuivre les efforts en recherche et mettre en avant des projets cliniques innovateurs, sans oublier la formation continue des professionnels de la santé afin d'améliorer les pratiques cliniques dans ce domaine. ●



## Bibliographie

1. Fox PL., Raina P., Jadad AR. Prevalence and treatment of pain in older adults in nursing homes and other long-term care institutions: A systematic review. *Canadian Medical Association Journal* 1999; 160: 329-333.
2. Morrison RS, Siu AL. A comparison of pain and its treatment in advanced dementia and cognitively intact patients with hip fracture. *Journal of Pain Symptom Management* 2000; 19: 240-8.
3. Pautex S., Michon A., Guedira M. Pain in severe dementia : self-assessment or observational scales? *Journal of the American Geriatric Society* 2006; 54: 1040-1050.
4. Gelinac C. Le thermomètre d'intensité de la douleur : un nouvel outil pour les patients adultes en soins critiques. *Perspective Infirmière* 2007; 4(4): 12-20.
5. Aubin M., Giguère A., Verreault R., Hadjistavropoulos T. Évaluation systématique des instruments pour mesurer la douleur chez les personnes âgées ayant des capacités réduites à communiquer. *Pain and Research Management* 2007; 12(3) : 195-203.
6. Ferrell BR, Ferrell BA, Rivera L. Pain in cognitively impaired nursing home patients. *Journal of Pain Symptom Management* 1995; 10: 591-598.
7. Herr K. State of the art review of tools for assessment of pain in non-verbal older adults. [www.cityofhope.org](http://www.cityofhope.org)
8. Zwakhalian SM, Hamers JP, Abu-Saad HH, Berger MP. Pain in the elderly people with severe dementia: A systematic review of behavioral pain assessment tools. *BMC Geriatric* 2006; 6:3-37.
9. Fuch-Lacelle S., Hadjistavropoulos T. Development and preliminary validation of the pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate (PACSLAC). *Pain Management Nursing* 2004; 5:37-49.
10. Aubin M., Verreault R., Savoie ML., Le May S. et coll., Validité et utilité d'une grille d'observation (PACSLAC-F) pour évaluer la douleur chez les aînés atteints de démence vivant en milieu de soins de longue durée. *Canadian Journal of Aging* 2008; 27(1) :45-55.
11. Wary B. Doloplus-2, une échelle pour évaluer la douleur. *Soins gérontologie* 1999; 19 :25-27.
12. Jean A. Évaluation de la douleur du sujet très âgé hospitalisé en long séjour. *Revue de gériatrie* 1998; 23 :253-256.
13. Closs SJ. Pain in elderly patients: A neglected phenomenon. *Journal of Advanced Nursing* 1994;19:1072-81.
14. Miller J. The assessment of discomfort in elderly confused patients: A preliminary study. *Journal of Neuroscience Nursing* 1996; 28:175-82.
15. Feldt KS. The checklist of nonverbal pain indicators (CNPI). *Pain Management Nursing* 2000; 1(1):13-21.
16. Hadjistavropoulos T. et coll. An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons. *The Clinical Journal of Pain* 2007, 23 suppl.:51-543.

## Témoignage

# Parcours d'un président d'un CLUD en psychiatrie



### Mehdi Amini

Infirmier D.E, sophrologue Master Spécialiste et président du CLUD de la clinique médico-universitaire Georges Heuyer - Paris 13

**Une formation d'infirmier complétée par une formation en sophrologie, une expérience au sein d'un service de réanimation chirurgicale, puis au sein d'une unité de soins psychiatriques de l'adolescent et du jeune adulte, Mehdi Amini est aujourd'hui président de CLUD... Un parcours en faveur de l'évolution et du progrès de la prise en charge de la douleur.**

Infirmier Diplômé d'État depuis 2002, j'ai exercé pendant sept années en service de réanimation chirurgicale. Cette expérience m'a permis d'approfondir mes connaissances sur l'anatomie et la physiologie du corps ainsi que sur ses pathologies. Cet univers très technique m'a également fait maîtriser les dispositifs médicaux nécessaires au traitement de la douleur. En parallèle, mon désir de soigner avec une approche plus globale que les seuls soins techniques s'est affirmé. Je me suis donc formé à la sophrologie.

En 2009, j'ai quitté la réanimation au profit des soins psychiatriques de l'adolescent et du jeune adulte. Ce changement radical était l'occasion de m'épanouir dans les soins relationnels et de mettre à profit l'ensemble de mes compétences. À mon arrivée à la clinique médico-universitaire Georges Heuyer, j'ai intégré un des groupes d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) : celui dévolu à la prise en charge de la douleur. Mon intérêt pour ce sujet, ainsi que le choix institutionnel de mettre le savoir-faire infirmier au cœur de sa prise en charge, m'a donné l'occasion d'être élu président du CLUD. Cette fonction supposait de bien comprendre les enjeux et les spécificités du traitement de la douleur.

Les manifestations de la douleur en santé mentale sont complexes. Les patients

sont souvent démunis dans leur capacité à la percevoir et à l'exprimer. Certaines pathologies organiques peuvent alors passer inaperçues. Notre priorité est donc de sécuriser le parcours de soin de ces

jeunes patients en leur proposant une meilleure évaluation du phénomène douleur ce qui, *in fine*, améliore leur suivi somatique. De plus, comme président de CLUD, il me semble qu'un établissement, au-delà de suivre

scrupuleusement les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), doit être en mesure de témoigner de ses particularités et de faire valoir la pertinence et le caractère novateur de ses prises en charge. Au regard des spécificités de la population de notre établissement, la problématique adolescente a donc dû également être considérée.

À l'adolescence, les pathologies de l'agir sont fréquentes et interrogent nos pratiques. Les scarifications et autres actes auto-agressifs complexifient l'évaluation de la douleur et sa traduction. Ce type d'atteintes somatiques douloureuses questionnent la place du corps dans les soins psychiques que nous proposons. De ma place de soignant et de président de CLUD, j'ai donc initié une réflexion globale sur la question du « se faire mal ». Depuis, nous travaillons à développer des stratégies nouvelles de prise en charge de la douleur en santé mentale. De plus, nous poursuivons notre réflexion sur le dispositif de soin spécifique à mettre en œuvre afin d'optimiser

l'accompagnement de nos patients. Dans un souci de partager notre expérience et de l'élargir aux autres professionnels, notre travail a donné lieu, en 2012, à une communication au congrès de l'ANP3SM<sup>1</sup>.

Au fil de nos réflexions et dans l'objectif d'un soin globalisé, l'utilisation des approches non-pharmacologiques est devenue évidente. Au carrefour entre soma et psyché, la douleur nécessite de diversifier les réponses à lui apporter. Dès lors, il nous semble fondamental de préciser la place du corps « souffrant » dans les soins psychiatriques et de proposer des approches alternatives. Au niveau de notre établissement, la sophrologie, la relaxation et l'eutonnie ont été intégrées au dispositif de prise en charge de la douleur. Ces pratiques sont très cadrées afin que leurs rôles, fonctionnements et indications soient clairs pour tous les professionnels. Des médiations sportives complètent ce dispositif. Quand l'indication se pose, ces approches alternatives nous permettent d'une part de soulager la douleur et, d'autre part, d'amorcer un dialogue et un travail autour du corps avec nos patients.

Aujourd'hui, la fonction de président de CLUD m'a permis de porter ses différents projets et d'en asseoir la cohérence avec mon identité soignante d'infirmier et de sophrologue. Je tire de cette expérience un véritable enrichissement et j'ai la satisfaction de penser que je participe à l'évolution et au progrès de la prise en charge de la douleur. Tout au long de ma pratique, celle-ci s'est affirmée comme un de mes principaux fils directeurs. ●

<sup>1</sup> ANP3SM : Association National pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale

## Prise en soin non médicamenteuse de la douleur physique et psychique : exemple d'une pratique de shiatsu au CH d'Erstein (Bas-Rhin)



### Laurence Schwoob

Infirmière, praticienne de shiatsu diplômée par la Fédération Française de Shiatsu Traditionnel. Pôle du Pays d'Erstein et du Piémont des Vosges. CH Erstein

**Formée depuis près dix ans aux pratiques des techniques manuelles issues de la Médecine traditionnelle chinoise (MTC), je travaille depuis mai 2008, aux Ateliers thérapeutiques intersectoriels d'Erstein (ATISE), en tant qu'infirmière. Dans ce cadre, j'ai pu mettre en place**

**et développer une activité de soin spécialisée en shiatsu, avec le soutien de mes responsables de pôle et de la direction de l'établissement. Cette activité se déroule dans une salle aménagée sous forme de consultation de trente minutes avec rendez-vous et dans le cadre d'un projet de soin individualisé.**

**Actuellement, l'activité représente environ vingt consultations de shiatsu par semaine pour une file active de vingt usagers différents. Les indications concernent autant de prescriptions pour des souffrances psychiques que physiques.**

Nous assistons actuellement à de réelles modifications des pratiques de soins en santé mentale en ce qui concerne l'évaluation, le soin et le suivi de la douleur physique et/ou psychique. Hormis les soins de psychiatrie générale « classiquement » dispensés, de nombreuses équipes développent des réflexions spécifiques ou des thérapies plus originales. Nous proposons de témoigner brièvement de l'expérience du centre hospitalier d'Erstein (établissement public de santé mentale localisé dans le Bas-Rhin en Alsace à quelques kilomètres au sud de Strasbourg) qui, dans le cadre d'une offre de prise en soin variée et transdisciplinaire, met à la disposition des usagers un soin spécialisé en shiatsu. Cette pratique réalisée sur prescription médicale est souvent articulée à d'autres soins psychothérapeutiques ou relaxants individualisés et, de fait, participe activement à la restauration de l'équilibre physique et psychique souhaité. Elle facilite la gestion des douleurs ressenties tout en aidant les usagers à trouver des points d'attache « sécurisés », un étayage et un moyen de se ressourcer pour se « refaire une santé ».

### ■ Qu'est-ce que le shiatsu ?

Le shiatsu est une technique de traitement manuel par le massage originaire du Japon et inspirée de la médecine traditionnelle chinoise. Par une série de pressions, d'étirements, d'oscillations et de mobilisations, le praticien rééquilibre la circulation énergétique du corps, par l'intermédiaire du système nerveux autonome.

La technique englobe l'étirement des membres, des pressions lentes et soutenues réalisées avec le poids du corps et des contacts plus légers pour tester le flux de l'énergie, la circulation du sang, la souplesse des articulations et les postures inconscientes. La pression et les contacts sont exécutés principalement avec les mains, les doigts, les avant-bras, le receveur étant placé dans différentes positions. Le traitement se focalise souvent sur les trajets des méridiens (les mêmes qu'en acupuncture), ainsi que sur certains points de ces trajets.

Le shiatsu est une pratique préventive, réalisée sur prescription, qui ne dispense pas d'un suivi et d'un traitement médical qu'il essaiera de compléter au plus juste.

Il est l'une des huit approches alternatives reconnues en Europe comme « médecine non conventionnelle digne d'intérêt ».

C'est le 29 mai 1997 que le Parlement Européen adopte la résolution sur le statut des médecines non conventionnelles, présentée pour la première fois le 25 avril 1994. L'amendement du 17 juin 1998 adopté par le parlement Européen reprend l'intégralité de l'article 2 de la résolution sur le statut des médecines non conventionnelles votée le 29 mai 1997 (A4-0075-97), à savoir : « *L'évaluation de l'efficacité, de la sécurité et du champ d'application des thérapies non conventionnelles en tenant compte de leur rôle préventif et des possibilités d'une approche individuelle et holistique de la santé* ».

### ■ Quels en sont les bienfaits ?

Le traitement de shiatsu a pour effet immédiat de relaxer le corps et de permettre à la conscience de réintégrer son "habitat", ce qui produit un état comparable à celui du vrai repos : une sensation de légèreté, de bien-être, de disponibilité envers soi-même. D'autre part, en rétablissant la circulation énergétique dans les méridiens, il dynamise les fonctions vitales du corps et optimise son adaptation au quotidien. Ce faisant, la santé s'en trouve améliorée.

### ■ Qui peut en bénéficier ?

Il se pratique aussi bien sur des adultes, que sur des enfants et soutient également de manière très efficace les personnes âgées ainsi que les personnes handicapées. Actuellement, je ne m'occupe que d'usagers de psychiatrie générale adulte dans l'ensemble des problématiques qui peuvent les concerner (troubles psychiques, maladies somatiques, addictions...).

### ■ Peut-il y avoir des réactions après une séance de shiatsu ?

Là aussi, cela dépend de la chronicité des symptômes et de la personnalité de chacun. Néanmoins, on note dans environ 70 % des cas, une fatigue plus ou moins





## QUELQUES INDICATIONS FRÉQUENTES DU SHIATSU

- En rhumatologie : cervicalgie, torticolis, dorsalgie, lombalgie, arthrose
- En gynécologie : troubles du cycle menstruel, dysménorrhée
- Dans le domaine psychologique : syndrome dépressif, troubles anxieux, troubles bipolaires troubles des conduites alimentaires, addictions, insomnies...
- Dans le domaine de la circulation sanguine : œdèmes, hypo et hypertension artérielle
- Dans le domaine digestif : constipation, diarrhée, colite...
- Dans le domaine des troubles fonctionnels des organes : foie, vésicule biliaire, estomac, pancréas, intestin, poumon, vessie etc.

importante, le soir même ou le lendemain de la séance. C'est une fatigue saine. Elle correspond à un travail énergétique interne avec prédominance du système nerveux parasympathique sur l'orthosympathique qui est trop souvent sollicité, voir sur-stimulé. Enfin, il y a des réactions correspondant à chaque problème particulier. Le foie, quand il se « nettoie » engendre nausées, migraines... Quand le système nerveux se

rééquilibre, il peut y avoir insomnie ou hypersomnie. Ces réactions sont toujours passagères.

### ■ Certaines séances peuvent-elles s'avérer douloureuses ou réveiller des zones douloureuses ?

Il est admis par les praticiens qu'une « bonne séance » peut révéler certaines douleurs. La phrase que l'on entend souvent en cabinet est « c'est une douleur qui fait du bien ». En effet, lorsque les doigts rencontrent un « nœud », le contact est souvent douloureux, mais quand le patient sent dans le même temps une certaine délivrance, l'on comprend que ce type de douleur puisse être bienfaisant. Au fil des séances, comme le corps se dénoue, les douleurs disparaissent peu à peu, c'est l'impression de bien-être et de confort qui domine dans la grande majorité des cas. N'oublions pas que la douleur dans le domaine de la santé mentale est une porte d'entrée vers l'intérieur, elle nous guide par son emplacement, sa fréquence, son heure d'apparition, elle est indispensable en tant que signal d'alarme. À nous de la décoder et d'en trouver les clefs menant au chemin de la guérison en collaboration avec l'équipe médicale.

### ■ En conclusion

Le thérapeute, par sa prise en soin, devra essayer de comprendre les relations entre le corps et l'esprit et, par conséquent, la signification des maux du corps par rapport aux bleus de l'âme.

Il pourra à l'aide de cette médiation percevoir conjointement avec l'usager ses raisons « d'être » et peut-être les raisons de son « mal-être » pour pouvoir l'accompagner dans son évolution vers un équilibre qui améliorera sa vitalité et protégera sa santé.

En d'autres termes, les maladies peuvent aussi être des messages, les corps en sont souvent les interprètes et le thérapeute essaye d'en être un traducteur. Encore faut-il que ce thérapeute ait eu une formation de qualité, reconnue et accréditée.

Cette démarche de soin spécifique, pour être valorisée et soutenue institutionnellement, doit s'inscrire, surtout en milieu hospitalier, dans un projet de soin multidisciplinaire. Il est souhaitable qu'elle s'articule dans sa réflexion, son développement et son évaluation dans une démarche d'EPP, si possible sous l'égide du CLUD de chaque établissement. ●

<sup>1</sup> <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A4-1997-0075+0+DOC+XML+V0//FR>

<sup>2</sup> *Évaluation de Pratiques Professionnelles*

<sup>3</sup> *Comité de Lutte contre la Douleur*



- Initiation au shiatsu traditionnel d'Hervé Eugène, 2001, éd. Chiron, 160p.
- Dictionnaire pratique de l'acupuncture et du shiatsu de Pierre Crepon, 2001, éd. Sully, 222p.
- Le livre complet de la thérapie shiatsu de Toru Namikoshi, 1997, éd. Guy Tredaniel, 378p.
- Maladies et symptômes en médecine chinoise (volumes 1 à 7) de Philippe Sionneau et Lu Gang, 1997, éd. De La Maisnie, 186p.

Article écrit avec la collaboration d'**A. Morali** et **J-Ph Lang**, praticiens hospitaliers Pôle du Pays d'Erstein et du Piémont des Vosges. CH d'Erstein.

# Conclusion et perspectives

L'ensemble de ces témoignages met en évidence que les personnels soignants, conscients des spécificités des personnes malades douloureuses qu'ils soignent, attentifs à leurs douleurs et leur souffrance trouvent progressivement les moyens adaptés aux particularités de leur prise en charge thérapeutique, même dans les situations considérées comme les plus difficiles. Ces moyens respectent les étapes nécessaires au traitement des douleurs : identification et évaluation de leur état, diagnostics validés et réponses thérapeutiques adaptées. Ils sont parfois très innovants, mais puisent aussi dans des pratiques ancestrales adaptées au contexte actuel et validées.

Ce schéma de prise en considération des personnes vulnérables implique - les exemples nous le montrent - conviction, écoute, observation, réflexion et analyse de la situation, travail en équipe, évaluation des résultats. À ces compétences cliniques, il faut ajouter la capacité pour chaque soignant de passer de la standardisation des réponses thérapeutiques, évolution souhaitable et nécessaire en médecine pour répondre à des normes qualitatives, à une adaptation à la singularité de chaque patient. Ce passage de la réponse standardisée, souvent rassurante, à une réponse individualisée est un enjeu pour chacun d'entre nous.

La formation des personnels pour acquérir ces compétences est, on le constate, essentielle. Elle ne repose pas uniquement sur des connaissances relatives à la douleur, les éléments de physiologie et les thérapeutiques médicamenteuses disponibles.

L'intégration du concept de vulnérabilité implique une évolution nécessaire des formations des personnels de soin dans plusieurs domaines et particulièrement celui de la relation au malade, du développement des modes de communication des personnels soignants médicaux et non médicaux, du développement de réponses thérapeutiques nouvelles, validées, réalisées dans un cadre identifié par des personnels spécifiquement formés. Enfin, plus la population soignée est vulnérable, plus l'apprentissage du travail en équipe et de l'évaluation des pratiques professionnelles est nécessaire.

Par ailleurs, face à une médecine qui a pu laisser croire que l'on pourrait tout guérir, tout soigner, les malades présentant une grande vulnérabilité mettent le soignant face à ses limites, parfois son impuissance. Trouver de nouveaux moyens de communiquer, de soulager ces personnes qui paraissent parfois loin de nous, enfermées dans leurs douleurs et leur souffrance, nous oblige à nous poser des questions sous un angle différent : pourquoi suis-je là ? Quels sont mes choix professionnels ? Comment me positionner ? Comment trouver des réponses quand la médecine dit qu'elle ne peut plus rien ?

Quand ces questions sont posées, de préférence collectivement, les soignants osent innover, sortir des dogmes, proposer des réponses

thérapeutiques adaptées, s'exposer aux doutes de ceux qui ont des certitudes, s'engager pour confirmer le bien-fondé de leurs choix. Poursuivre le chemin pour ne pas laisser de côté les plus fragiles dans notre société est une question éthique qui concerne chacun. Se préoccuper des personnes les plus vulnérables pose les interrogations sur l'engagement professionnel et le sens de cet engagement. Identifier les vulnérabilités des individus au sein de la société, c'est la rendre plus humaine, l'obliger à faire des choix, souvent politiques. Concrètement, tenter de répondre aux besoins spécifiques des personnes vulnérables c'est identifier que ce temps n'est pas du temps perdu, même s'il a un coût.

L'enjeu actuel de ces engagements est important puisque pour la première fois depuis la fin du <sup>xx</sup>e siècle, la continuité qui avait prévalu dans la mise en œuvre des plans douleur a été interrompue, laissant les équipes sans directives et sans moyens adaptés, dans un contexte de nécessaires restrictions budgétaires. Le risque est grand alors de laisser sur le côté de la route, ceux d'entre nous qui sont les plus fragiles, en difficulté pour s'exprimer, pour dire leurs douleurs, car ils demandent du temps, de l'investissement de la part de ceux qui les soignent, moins vulnérables à ce moment-là, mais pas moins concernés par cette vulnérabilité. Il est du rôle des soignants investis dans le soulagement de la douleur d'interpeller les pouvoirs publics sur la cohérence entre la maîtrise nécessaire des moyens financiers et l'engagement d'une société à l'égard des plus démunis de ses concitoyens. Il s'agit d'un équilibre à trouver, d'un engagement à définir pour un travail souvent jugé difficile, mais pour lequel, s'il existe une volonté partagée, des réponses peuvent être trouvées.

Il s'agit pour notre société d'un enjeu éthique majeur. Nous sommes capables, si nous nous en donnons les moyens, de poursuivre le chemin entamé vers l'amélioration de la prise en charge de la douleur pour toutes les personnes concernées, quels que soient leur âge, leur état, leur capacité de communication. Notre rôle de soignant est sûrement de continuer à porter la parole des plus vulnérables en poursuivant les travaux de recherche pour améliorer la qualité des soins qui leur sont prodigués, développer les formations adaptées et les postes pour assurer des soins médicaux, infirmiers, de rééducation pour les plus vulnérables. Pour cela, il est nécessaire d'être persuadés que nous pouvons quelque chose pour chaque personne soignée, la prenant ainsi en considération dans son humanité et sa différence. Nous ne pouvons que souhaiter que ce chemin soit poursuivi car les moyens développés, souvent peu techniques et peu onéreux, pourront profiter à l'ensemble de la population.

**Pascale Thibault-Wanquet**

## Le quiz

Cochez la ou les bonne(s) réponse(s)

**1 La notion de vulnérabilité concerne les populations suivantes :**

- A. Enfant
- B. Adulte
- C. Personne âgée
- D. Personne handicapée
- E. Personne en fin de vie
- F. Personne atteinte de maladie mentale

**2 Les outils d'évaluation validés pour la personne âgée (âge supérieur à 65 ans) sont :**

- A. Échelle des visages
- B. EN
- C. EVA
- D. EVS
- E. ALGOPLUS
- F. DESS
- G. DOLOPLUS2
- H. EVENDOL
- I. ECPA

**3 Le shiatsu est reconnu le 29 mai 1997 par le Parlement Européen comme étant :**

- A. Une médecine non conventionnelle digne d'intérêt
- B. Une technique non thérapeutique

**4 Chez les personnes âgées, la prévalence des douleurs est :**

- A. Inférieure à 45 %
- B. Entre 45 et 85 %
- C. Supérieure à 85 %

**5 Le rôle de l'IDE dans le cadre de la prise en charge de la douleur d'une personne vulnérable est inscrit dans :**

- A. Le décret du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et des infirmières
- B. Le code de la santé publique du 29 juillet 2004 : article R4311-2, 3, 5, 8, 9 relatifs aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier
- C. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

**➤ Réponses sur [www.institut-upsa-douleur.org](http://www.institut-upsa-douleur.org)**

## En bref

L'Institut UPSA de la Douleur vous propose de suivre l'actualité éditoriale de la douleur sur :

[www.institut-upsa-douleur.org](http://www.institut-upsa-douleur.org)

## Enseignement

### De la prise en charge de la douleur à l'enseignement clinique infirmier

#### Quelle place pour les infirmiers ressource douleur ?

A la suite de l'évolution de la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier en septembre 2009, des infirmières et infirmiers ressource douleur (IRD) ont exprimé leur préoccupation concernant leur rôle dans l'enseignement clinique des étudiants en soins infirmiers.

La place de la douleur dans l'enseignement théorique, la mise en place de tuteurs de stage, l'évaluation des étudiants avec le portfolio constituent autant d'élé-

ments à clarifier. Un groupe de travail spécifique au sein de la SFETD (Société Française d'Etudes et de Traitement de la Douleur) a été constitué pour travailler sur cette thématique.

**+** **Zoom sur les objectifs et les résultats des actions menées par ce groupe de travail :**  
[www.institut-upsa-douleur.org](http://www.institut-upsa-douleur.org)

## Recherche infirmière

### Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale

Pour sa troisième édition, le ministère chargé des Affaires sociales et de la Santé a souhaité promouvoir la recherche infirmière et paramédicale. Le programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP)<sup>1</sup> vise à financer des projets de recherche pour améliorer les connaissances et les pratiques liées aux soins et à l'exercice professionnel des auxiliaires médicaux. Ces projets sont financés pour une durée de trois ans.

**+** **Plus d'infos :**  
[www.institut-upsa-douleur.org](http://www.institut-upsa-douleur.org)

<sup>1</sup> Circulaire N°DGOS/PF4/2011/420 - 4 novembre 2011 relative aux appels à projets 2012 en matière de recherche clinique, d'innovation médicale, de performance du système de soins, de recherche infirmière et paramédicale : PHRC national, PHRC interrégional, STIC, PREPS, PHRIP, PHRC cancer, STIC cancer, PRT cancer.



## Le saviez-vous

### Formation initiale des personnels paramédicaux et axes de santé publique

Le 9 août 2012, la DGOS<sup>1</sup> publie une instruction pour inviter les instituts de formation paramédicaux à prendre en compte les plans de santé publique en vigueur dans la formation initiale des étudiants.

Quatorze plans de santé publique sont en vigueur et, pour chaque plan, une recommandation est proposée pour la formation initiale.

La DGOS suggère notamment d'inclure dans la formation l'analyse et l'étude d'au minimum une situation de personnes nécessitant des soins palliatifs dans le cadre du programme de développement des soins palliatifs pour 2008-2012.

Il est à noter que compte-tenu de la non publication d'un plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur en 2012, aucune suggestion n'a été faite par la DGOS pour intégrer un axe douleur dans la formation initiale des paramédicaux.

<sup>1</sup> Instruction n°DGOS/RH1/2012/317 du 9 août 2012 relative à la mise en œuvre des plans de santé publique dans les programmes de formation initiale des professions paramédicales

**Directeur de la Publication :** Pr Ivan Krakowski

**Rédacteur en Chef :** Nathalie Fournival

**Coordonnateur/Rédacteur Adjoint :** Françoise

Beroud - **Comité de Rédaction :** Nadine Attal, Françoise Beroud, Jean-Marie Besson, Serge Blond, Eric Boccard, Bernard Calvino, Alain Eschalié, Dominique Fletcher, Ivan Krakowski, Bernard Laurent, Nadine Memran, Gisèle Pickering, Agnès Ricard-Hibon, Eric Serra, Richard Trèves, Marcel-Louis Viillard, Chantal Wood, Jacques Wrobel

**Conception-réalisation :**

**A CONSEIL, Paris, tél. : 01 42 40 23 00**

N° ISSN : 1633-339X - Dépôt légal : 2<sup>e</sup> trim. 2013

**Institut UPSA de la Douleur**

Association loi 1901 à but non lucratif

3 rue Joseph Monier - BP325

92506 Rueil-Malmaison Cedex

Tél. : 01 58 83 89 94 - Fax : 01 58 83 89 01

E-mail : [institut.upsa@bms.com](mailto:institut.upsa@bms.com)

[www.institut-upsa-douleur.org](http://www.institut-upsa-douleur.org)

27913022



## Coupon d'abonnement

**L'abonnement à nos publications** est réservé aux professionnels de santé. Ainsi, pour être abonné à nos publications, il vous faut être inscrit à la partie réservée aux professionnels de santé sur notre site internet [www.institut-upsa-douleur.org](http://www.institut-upsa-douleur.org) (via la plate-forme sécurisée DocCheck). Cette inscription peut se faire soit directement sur notre site internet, [www.institut-upsa-douleur.org](http://www.institut-upsa-douleur.org), ou bien en nous retournant ce coupon lisiblement et intégralement rempli à :

→ Institut UPSA de la Douleur - 3 rue Joseph Monier, BP325, 92506 Rueil-Malmaison Cedex

Je souhaite avoir accès aux données protégées du site internet de l'Institut UPSA de la Douleur, disposer d'un mot de passe DocCheck (pour accès protégé) et recevoir gratuitement par courriel **L'infirmière & la douleur**

Merci de remplir ce formulaire en écrivant en LETTRES CAPITALES et en ne mettant qu'une lettre par case. Pour que votre inscription soit prise en compte, merci de remplir tous les champs demandés.

Titre :  M.  Mme  Dr  Pr

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance (jj/mm/aa) : \_\_\_\_\_ Sexe :  F  M

Profession : \_\_\_\_\_

Spécialité : \_\_\_\_\_

Secteur d'activité :  Ville  Hôpital Type d'adresse :  Cabinet/Pharmacie  Hôpital  Privée

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

L'Institut UPSA de la Douleur collecte vos coordonnées afin de vous permettre d'accéder à son site Internet et de recevoir la Lettre de l'Institut UPSA de la douleur par courriel. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 (art. 34 et s.) modifiée par la loi du 6 août 2004, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données qui vous concernent. Pour ce faire, vous pouvez vous adresser à : [institut.upsa@bms.com](mailto:institut.upsa@bms.com)