



“ Le bilan du troisième plan national d'amélioration de la prise en charge de la douleur (2006-2010), réalisé par le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) a été remis à la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) en mai 2011.

Dans son rapport, le HCSP relève que « la plupart des avancées » ont porté sur les mesures visant à améliorer les conditions de prise en charge de la douleur, c'est-à-dire « la formation, l'élaboration de recommandations, les études épidémiologiques ». Il conclut que le 3^e plan « a eu un impact important sur le milieu professionnel hospitalier en termes d'animation ou d'encouragement à l'innovation, mais est passé à côté de son objectif d'amélioration de la prise en charge de la douleur proprement dite (structures, personnels, médicaments ou techniques antalgiques, etc.) ».

Le comité d'évaluation du plan a formulé une série de propositions pour la réalisation d'un nouveau plan, reposant sur quatre principes :

- Consolider et approfondir les avancées des plans précédents, combler les lacunes ;
- Proposer une offre de prise en charge de la douleur de qualité en ville comme à l'hôpital ;
- Prêter une attention forte aux personnes « dyscommunicantes » : nouveaux-nés et très jeunes enfants, malades en réanimation, malades atteints de pathologies psychiatriques, polyhandicapés, malades atteints de pathologies démentielles ;
- Élaborer et conduire le futur plan selon des objectifs explicités et des moyens proportionnés avec la mise en place d'une véritable fonction de pilotage.

Le HCSP recommande fortement l'élaboration d'un quatrième plan douleur et souligne la nécessité de poursuivre les efforts entrepris depuis plusieurs années pour améliorer la prévention et la prise en charge de l'ensemble des douleurs supportées par les personnes soignées, tant en structure qu'à domicile.

”

Nathalie Fournival

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

Prévenir et soulager la douleur des patients à domicile



Marie-Claude Daydé

Infirmière libérale et membre de l'équipe d'appui d'un réseau de soins palliatifs et de prise en charge de la douleur chronique, Colomiers (31)

Prévenir et soulager la douleur des patients à domicile constitue la visée des différentes pratiques relatées dans cette lettre.

Certaines, très spécifiques, mais encore marginales à domicile, comme l'analgésie loco-régionale, cherchent à conjuguer la continuité des soins hôpital-ville et l'équité d'accès à ce mode de traitement quel que soit le lieu de vie du patient. Elles

prennent appui sur des réseaux de soins ou des services d'hospitalisation à domicile dans le cadre d'une collaboration avec les infirmières libérales, notamment pour la surveillance clinique et le suivi.

Lorsque les malades peuvent faire le choix de rester ou de revenir à leur domicile, malgré des douleurs instables, la PCA, de plus en plus fréquente à domicile, est un recours précieux qui requière leur autonomie et une éducation thérapeutique.

Mais les soins de pratiques courantes à domicile peuvent aussi être pourvoyeurs de douleurs. C'est pourquoi les infirmières libérales s'inscrivent dans des démarches de formation continue et allient formation et créativité, ainsi que le révèle la pratique de technique non médicamenteuse d'une infirmière puéricultrice libérale auprès d'enfants de 0 à 6 ans. Les douleurs provoquées lors de pansements complexes chez les personnes âgées font aussi partie du quotidien des infirmières libérales qui n'ont toujours pas accès au MEOPA, traitement pourtant sorti de la réserve hospitalière ! Mais prendre soin d'une personne douloureuse ne se réduit pas à un acte technique ou à un traitement, la relation interpersonnelle ainsi que la prise en compte de l'environnement et l'organisation des soins font partie des spécificités à domicile.

Sommaire du dossier

- | | | | |
|-------|---|--------|---|
| p. 2/ | Analgésie postopératoire à domicile par cathéter périmerveux - L'expérience du CHD Vendée, La-Roche-sur-Yon | p. 9/ | Place des techniques non médicamenteuses dans une pratique infirmière libérale, lors de soins douloureux et/ou anxiogènes |
| p. 4/ | SOS Douleurs Domicile 16 | p. 10/ | Le MEOPA en pratique libérale |
| p. 6/ | Éducation Thérapeutique du Patient douloureux : un projet avec l'analgésie autocontrôlée (PCA) à domicile | p. 11/ | Les spécificités de la prise en charge de la douleur à domicile |
| | | p. 13/ | Conclusion - perspectives |

Analgesie post-opératoire à domicile par cathéter périmerveux

L'expérience du CHD Vendée, La-Roche-sur-Yon

Suite à une intervention chirurgicale, le patient a besoin d'être rassuré sur tout ce qui concerne son retour à domicile, notamment la prise en charge de sa douleur.

Qui va « s'occuper de lui » et comment ?



Utiliser une analgésie post-opératoire à domicile par cathéter (KT) périmerveux est un concept simple, maîtrisé, permettant une réhabilitation rapide du patient. Cette technique - qui nécessite toutefois une étroite collaboration entre l'établissement hospitalier, l'établissement organisateur de la prise en charge au domicile et l'infirmière libérale - apparaît fort séduisante et comporter plus d'atouts que de risques.

Entretien avec Hugues Agres

IADE Ressource Douleur - Membre de la Commission Professionnelle Infirmière de la SFETD - CHD Vendée (85)

L'analgésie post-opératoire à domicile par KT périmerveux : n'est-ce pas une réalité encore trop confidentielle ?

C'est un concept simple s'inscrivant dans le courant actuel d'une réhabilitation post-opératoire précoce et de satisfaction du patient en ambulatoire. Néanmoins, cela demande une étroite collaboration entre l'établissement hospitalier (CHD Vendée¹) et l'établissement organisateur de la prise en charge au domicile (HAD Vendée²), en lien avec l'infirmière libérale. Peu d'équipes en France sont parvenues à concrétiser un projet de réseau centré sur l'analgésie loco-régionale (ALR) entre la ville et l'hôpital.

tiser un projet de réseau centré sur l'analgésie loco-régionale (ALR) entre la ville et l'hôpital.

Pourquoi mettre en place un KT à domicile ?

La durée d'action des anesthésiques locaux (Ropivacaïne^{® 3}) en injection unique ne peut assurer de façon constante plus de 18 à 24h d'analgésie efficace, d'où la légitimité de mettre en place un KT périmerveux qui permette des réinjections sur la période post-opératoire (24 à 48h) pour toutes les interventions com-

portant une douleur post-opératoire intense > à 24h. Les risques de ce type d'analgésie restent encore aujourd'hui liés à la toxicité systémique des anesthésiques locaux utilisés. Dès le début, le choix de l'équipe s'est porté sur le KT sciatique dans la chirurgie de l'avant pied (hallux valgus) et sur le KT interscalénique dans la chirurgie de l'épaule sous arthroscopie (coiffe des rotateurs).

Quel est l'intérêt d'exporter ces techniques d'analgésie à domicile ?

C'est de rendre accessible à une prise en charge post-opératoire ambulatoire des interventions qui jusqu'alors ne l'étaient pas pour des raisons de maîtrise de la douleur. Cela permet d'améliorer le confort et la satisfaction des patients par un retour précoce à domicile dans de bonnes conditions ; de diminuer l'anxiété du patient liée à l'hospitalisation ; de réduire les coûts de prise en charge (40 % dans notre expérience) ; de libérer des lits d'hospitalisation traditionnelle ; de réduire le risque d'infection nosocomiale en diminuant la durée du séjour hospitalier. L'aspect purement technique de l'ALR doit être parfaitement maîtrisé par l'équipe médicale souhaitant se lancer dans l'analgésie périmerveuse ambulatoire.

Et à propos de votre expérience en Vendée ?

L'HAD Vendée², structure privée à but non lucratif, a été pour nous la structure nous permettant de formaliser le réseau entre l'hôpital et la ville centré sur ce mode d'analgésie en ambulatoire.



À SAVOIR

L'**Analgésie Loco-Régionale** ou ALR **périphérique** regroupe l'ensemble des techniques qui consistent à injecter au contact des structures nerveuses dans le territoire desquels se situe un acte chirurgical ou un phénomène douloureux, un agent anesthésique local dans le but de bloquer la conduction nerveuse et ainsi obtenir soit une anesthésie (atteinte sensitivomotrice), soit une analgésie (atteinte sensitive), notamment pour des interventions en chirurgie orthopédique nécessitant une rééducation post-opératoire précoce.

Dr J. Guilley
MAR C.H. La Roche-sur-Yon



Biberon Baxter (réf. C.1811), dispositif de perfusion (infusor) utilisé en analgésie loco-régionale

TÉMOIGNAGES

« J'ai été agréablement surprise de n'avoir eu aucune douleur après mon intervention »

Une patiente opérée d'un hallux-valgus en ambulatoire

« Ça se passe très bien, c'est confortable, efficace! C'est vraiment bien perçu, bien vécu par les patients qui peuvent rester au domicile sans douleur. C'est en plus peu contraignant pour le patient »

Christian Briola,
IDE libéral de La-Roche-sur-Yon

L'HAD Vendée², assure la coordination des soins, contacte les professionnels (médecins traitants, infirmières libérales, pharmaciens) et informe le patient sur l'organisation de la prise en charge, souligne M^{me} Bénétou (cadre à l'HAD Vendée²). Les IDE libéraux missionnés par l'HAD sont au préalable formés à la surveillance des techniques d'ALR³ par l'équipe d'anesthésie du CH de La-Roche-sur-Yon avec remise d'un certificat nominatif.

Quel est rôle de l'infirmière libérale au domicile ?

L'infirmière assurera la première surveillance dès le retour du patient à son domicile, puis matin et soir pendant les 48 heures suivant l'intervention, jusqu'à l'ablation du KT périmerveux. Son rôle consiste essentiellement :

- à évaluer la douleur et à surveiller les paramètres vitaux,
- à surveiller la motricité et la sensibilité de la zone opérée,
- à surveiller d'éventuels troubles trophiques d'appui (cas du KT sciatique),
- à vérifier l'intégrité du dispositif et du pansement,
- à relever le cumul des bolus, et à rechercher des effets secondaires liés aux AL, d'éventuels signes de surdosage.

L'infirmière retranscrit l'ensemble de la surveillance sur le dossier de soins (fiche de surveillance spécifique à la surveillance des différents KT périmerveux). On y trouve l'ordonnance de prescription anticipée des coantalgiques ainsi que la conduite à tenir en cas de difficultés rencontrées par l'infirmière ou le patient (coordonnées de l'équipe hospitalière IADE ressource douleur ou Médecin Anesthésiste Réanimateur ainsi que coordonnées de l'HAD qui assure une astreinte téléphonique 24h/24).

Quel bilan en faites-vous ?

Sur les 161 séjours réalisés jusqu'en 2010, les

problèmes n'ont été que d'ordre technique, liés à un défaut de l'infuseur dans 13,6 % des cas. Les infirmières libérales n'ont fait appel à l'HAD et/ou à l'équipe médicale que dans 36 % des cas (deux patients ont dû être réhospitalisés soit 1,2 % des cas dont un pour retrait accidentel du KT). La prise en charge de la douleur a été vécue comme très satisfaisante (73,3 %), à recommander à un proche (96,6 %) avec une évaluation de la prise en charge globale très satisfaisante (18,2 / 20).

Avec un recul de plus de 30 mois, le mode de prise en charge reste séduisant (fiabilité, sécurité, satisfaction des patients) avec un gain financier non négligeable pour la collectivité. Néanmoins, cette technique semble être plus difficile à mettre en œuvre sur une population âgée vivant seule à domicile ou en secteur isolé. Nos perspectives d'avenir sont, d'une part, de densifier la couverture géographique du réseau en Vendée en formant de nouvelles infirmières libérales, d'autre part, d'élargir les indications de ce mode de prise en charge de la douleur à domicile à d'autres interventions (ligamentoplastie du genou) et d'autres pathologies (soins d'artériopathie des membres inférieurs, SDRG). ●



Bibliographie

- Choquet O., Manelli JC. *Le pied en ambulatoire*. Communications du MAPAR 2005
- Casati A, Fanelli A, Koscielniak Nielsen Z, et al. *Using stimulating catheters for continuous nerve blocks shortens onset time of surgical block and minimizes postoperative consumption of pain medication after hallux valgus repair as compared with conventional nonstimulating catheters*. *Anesth Analg* 2005; 101:1192-97
- Taboada M., Rodriguez J., Bermudez M., et al. *Comparison of continuous infusion versus automated bolus for postoperative patient controlled analgesia with popliteal sciatic nerve catheters*. *Anesthesiology* 2009; 110:150-54

¹ Centre Hospitalier Départemental de Vendée

² Hospitalisation à Domicile en Vendée

³ Ropivacaine®, seul agent anesthésique local à avoir l'AMM pour l'utilisation à domicile depuis 1996



Sortie patient
(KT interscalénique)



KT périmerveux

SOS Douleurs Domicile 16



Florence Delavaud

Infirmière référente - Directrice de SOS Douleur Domicile 16 Gond-Pontouvre (16)

SOS Douleur Domicile est un réseau de soins de prise en charge de la douleur à domicile. Il est né du constat que de nombreux malades soulagés dans les établissements de soins ne pouvaient pas sortir faute de prise en charge à domicile. La douleur est gérée grâce à un dispositif spécifique : le cathéter périmerveux.

Le réseau est à la disposition de tous : malades, professionnels

de santé, établissements de soins (public ou privé), EHPAD¹. Il est spécialisé dans le traitement de la douleur chronique, rebelle ou aiguë des membres ou du thorax, résistant aux traitements antalgiques habituels.

Dans un contexte politico-économique en pleine mouvance, le thème de la douleur reste parfois en suspens, en transversal et nous pique, nous, soignants, là où ça fait mal.

■ Les paradoxes

En effet, nous sommes confrontés à de nombreuses incohérences.

Le réseau s'est vu attribuer le trophée Infirmière libérale lors du salon infirmier 2010 félicitant l'initiative et la prise en charge de patients douloureux chroniques à domicile par cathéter périmerveux. Il est financé par les tutelles depuis sept ans et est enregistré comme organisme de formation auprès de la DRTE² depuis 2006. Ainsi, il propose des formations d'urgence ou continues aux infirmières libérales et de structure prenant en charge des patients porteurs de ce dispositif.

Selon l'article R4311-9 du Code de la Santé Publique, l'infirmière est habilitée à réaliser des « injections de médicaments à des fins analgésiques dans des cathéters périduraux et intrathécaux ou placés à proximité d'un tronc ou d'un plexus nerveux, mis en place par un médecin et après que celui-ci a effectué la première injection ».

Or, cet acte n'est pas encore inscrit dans la nomenclature infirmière. Elles peuvent donc pratiquer ce soin à domicile mais sans rémunération. Le réseau, financé par l'ARS³, rémunère les infirmières selon une cotation proposée par la CPAM⁴ de notre région.

Enfin, l'AFSSAPS⁵, dispositif de veille et de sécurité sanitaire, qui a pour mission d'évaluer les bénéfices et les risques liés à l'utilisation des produits de santé, n'a pas abordé l'utilisation de la Naropeine en perfusion continue

lorsqu'elle a étudié la problématique de l'utilisation des anesthésiques locaux à domicile ; elle a juste statué sur la Xylocaïne.

■ Le cadre réglementaire

Les objectifs et les actions du réseau sont pourtant en parfaite corrélation avec les priorités énoncées dans le plan douleur 2006-2010 : priorité 3, objectif 7, mesure 18 qui précise :

- « Faciliter l'utilisation, au domicile du patient, dans de bonnes conditions de sécurité et de qualité, de certains médicaments et certaines techniques d'administration :

- Définir les critères d'éligibilité des patients pouvant bénéficier, à leur domicile, de traitements antalgiques réalisés notamment dans le cadre de la chirurgie ambulatoire et de la prise en charge de la douleur chronique rebelle (principalement injection d'anesthésiques locaux à l'aide de cathéter périmerveux) et de déterminer les conditions de leur utilisation à domicile.
- Favoriser l'accès à certains médicaments utilisés hors AMM⁶, au domicile du patient, dans le cadre de la prise en charge de la douleur chronique rebelle et en fin de vie, en définissant les conditions d'utilisation et les modalités de prescription de ces traitements, ainsi que la nécessaire formation des personnels concernés, notamment dans les centres de soins infirmiers ».

Les questions médico-légales et réglementaires ont été étudiées et traitées pour sécuriser le dispositif autour des patients à domicile, former les infirmières à la réalisation des actes et encadrer leurs pratiques : la gestion des dispositifs, la possibilité de dis-

penser ces traitements en ville, le remboursement du matériel, l'utilisation des anesthésiques locaux à domicile, la rétrocession de la Naropeine, les protocoles, le remboursement des actes infirmiers, la coordination des soins. L'univers « *secure* » de l'hôpital est transposé au domicile du patient.

■ La technique

Le cathéter périmerveux est placé au bloc opératoire, par un médecin anesthésiste, au contact du nerf qui véhicule la douleur de la zone à insensibiliser. Un diffuseur portable stérile y est connecté, contenant un anesthésique local ralentissant la conduction nerveuse et diminuant ainsi la douleur. Ce cathéter fixé à la peau permet la diffusion en continu de ce produit, la Naropeine, anesthésique local réalisant de manière spécifique et réversible, un blocage de l'influx nerveux par contact avec la fibre nerveuse. Utilisée à visée antalgique, la Naropeine est l'anesthésique local le plus maniable à domicile, stable, dégradé par le foie, sans réaction allergique.

Cette technique permet au patient de regagner son domicile (ou autre structure : SSR⁷, EHPAD) et d'être suivi par les infirmières libérales.

■ La formation

Les infirmières peuvent bénéficier de trois types de formation :

- **en urgence**, au réseau durant trois heures, si la sortie du patient est imminente ;
- **au lit du patient**, si l'infirmière souhaite un complément de formation ;
- ou une **formation continue** sur deux jours, approfondissant les connaissances de l'infirmière et permettant une analyse des pratiques en groupe.

La formation est un élément déterminant dans la prise en charge de ces patients :

- 92 % des infirmières libérales de Charente ont été formées,
- 100 % sont satisfaites du contenu de la formation qui leur permet de prendre en charge immédiatement les patients.

■ Le réseau en chiffres

Avec plus de 1 000 patients pris en charge par le réseau depuis sa création en 2004 et plus de 1 200 cathéters posés, le nombre de journées de cathéter périmerveux à domicile a franchi les 25 000 depuis début 2011.

Une enquête de satisfaction est réalisée après chaque fin de prise en charge auprès des patients et des soignants : 86 % des patients sont



LES BÉNÉFICES

Pour le patient :

- diminution de la douleur provoquée par les soins infirmiers,
- maintien du patient à domicile avec une prise en charge efficace et sécurisée,
- amélioration de la cicatrisation des plaies,
- amélioration de la qualité de vie des malades et de leur famille,
- diminution des infections liées à l'hospitalisation.

Pour l'infirmière :

- soins invasifs réalisés de manière efficace: qualité et sécurité pour le patient,
- soulagement du patient,
- amélioration de la relation soignant/soigné,
- satisfactions multiples: amélioration de la plaie, soin sans douleur, etc.

Les avantages économiques :

- pour l'assurance maladie,
- optimisation du rapport qualité/coût des soins,
- désengorgement des secteurs septiques des établissements,
- prévention des hospitalisations intempestives,
- diminution des durées d'hospitalisation.

satisfaits du dispositif (efficacité du traitement et coordination des soins confondus), avec un taux quasi similaire chez les infirmières libérales (88 %).

Les bénéfices de ce dispositif sont multiples et non négligeables au regard de risques faibles.

■ Les risques

Ils sont faibles et maîtrisés. L'infirmière libérale réalise un passage quotidien au domicile du patient pour la surveillance du dispositif et l'évaluation de la douleur en alternance avec les soins tels que : le remplissage du diffuseur, le pansement du cathéter, ou de la plaie. Le risque infectieux est particulièrement surveillé. Le vécu du patient est évalué tous les jours.

L'information est réalisée auprès du patient et de son entourage par l'infirmière libérale sensibilisée à cette gestion de risques lors de la formation, et par l'infirmière référente du réseau.

La douleur, évaluée et tracée quotidiennement, est mesurée au repos, à la mobilisation (ou lors de la kinésithérapie) et lors du pansement de la plaie. Toutes ces données sont transmises, tous les jours, sur une fiche de surveillance puis saisies et analysées.

Toutes les données sont regroupées dans un dossier de soins, mis en place par le réseau, où chaque intervenant a transmis de façon méthodologique les actions menées et les cibles à suivre.

Il est à noter que ce point précis a été un levier d'amélioration des pratiques des infirmières libérales.

■ Les indications

Elles sont larges et concernent de façon privilégiée les douleurs des membres et du thorax.

Les douleurs post-opératoires en chirurgie orthopédique sont une indication de choix, pour les cathéters de courte durée. Des durées plus importantes sont nécessaires pour le contrôle de la douleur chronique et la cicatrisation des plaies : artérite, stades 3 et 4, pansements (ulcères, escarres, etc.). Plus récemment les douleurs péri-cicatricielles ou intercostales ont pu bénéficier d'un cathéter périmerveux au long cours. Enfin, la douleur liée au cancer (métastases osseuses), et les douleurs après amputations (douleur du membre fantôme) peuvent également bénéficier de ces techniques.

Au regard des propriétés de cette technique, les contre-indications sont surtout liées aux conditions de vie et à l'environnement du patient à domicile, de sa compréhension du dispositif, de son état cognitif et de la présence ou non d'une personne ressource.

Sept ans après, le nombre de refus d'inclusion au réseau est quasi nul puisque des aménagements peuvent être mis en place ou des réajustements dans l'organisation du soin, entendus avec l'infirmière libérale qui intervient au domicile et qui connaît bien le patient.

Des enquêtes de pré-inclusion peuvent être effectuées à domicile pour valider la demande et la possibilité de réaliser les soins. De plus, des groupes d'expression, encadrés par l'infirmière référente et une psychologue, sont mis en place une fois par mois pour recueillir la demande du patient et l'accompagner jusqu'à la fin de sa prise en charge.

L'équipe du réseau est composée de deux secrétaires, d'un infirmier coordinateur et d'une infirmière référente, directrice du réseau.

SOS Douleur Domicile met en avant la formation et la coordination des soins et place le patient comme acteur de soin et responsable de sa prise en charge.

■ En conclusion

Le cathéter périmerveux apparaît indubitablement comme une rupture dans l'évolution des plaies et de l'intensité douloureuse. Il permet des soins infirmiers de qualité, élément indispensable à la cicatrisation et au bien-être du patient. Cette technique contribue à une prise en charge à domicile toujours mieux perçue par le patient et son entourage qui restent satisfaits des soins dispensés par les professionnels qui les entourent, et ce malgré un traitement parfois astreignant. Malgré un traitement astreignant, le patient est satisfait des professionnels qui l'entourent et des soins dispensés.

Les économies de santé sont importantes, et l'association démontre que qualité des soins et proximité sont gages d'économie de santé, adage défendu par notre député charentais.

Le réseau souhaite poursuivre cette aventure humaine, la partager et l'étendre sur les autres départements du territoire de santé. ●

<https://sos-douleur-domicile.org>

¹ Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)

² Direction Régionale de Travail et de l'Emploi (D.R.T.E.)

³ Agence Régionale de Santé (A.R.S.)

⁴ Caisse Primaire d'Assurance Maladie (C.P.A.M.)

⁵ Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (Afssaps)

⁶ Autorisation de Mise sur le Marché (AMM)

⁷ Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)



Bibliographie

- Code de la Santé Publique – Décret N° 2004-11-28-802 du 29 juillet 2004 – Livre III *Auxiliaires médicaux* – titre 1^{er} *Profession d'infirmier ou d'infirmière*
- Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010, diffusé le 3 mars 2006
- Bures E, Rivet P, Steiner T, Stoll G, Combret C, Etienne G, Constantin J-M, De la douleur à la cicatrisation : traitement du patient artérielle à domicile par cathéter périmerveux continu de longue durée. *Douleurs*; 2011. 8 pages

Éducation Thérapeutique du Patient douloureux : un projet avec l'analgésie autocontrôlée (PCA) à domicile



Francon D. (sur la photo), Pradier M., Ben Soussan P., Laine AL., Olivieri C., Lieutaud JL., Isnardi M.

Institut Paoli Calmettes, Centre Régional de Lutte Contre le Cancer, 232 bd Sainte Marguerite, 13009 Marseille
francond@marseille.fnclcc.fr

Pour rendre le patient acteur de sa maladie, toute prise en charge doit être explicitée par le soignant afin d'améliorer l'observance et obtenir l'alliance thérapeutique avec ce dernier.

De tels objectifs peuvent être facilités et atteints par la mise

en place d'un programme d'éducation thérapeutique dans les établissements de soins et poursuivis au domicile par l'intermédiaire des acteurs libéraux, médicaux et paramédicaux. Les programmes d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) les plus anciens et les plus aboutis concernent des pathologies comme l'asthme, le diabète, l'insuffisance rénale chronique, le VIH... Ceux pour la douleur sont plus récents et moins répandus.

Mieux présenter la maladie douloureuse, son traitement mais aussi apprécier et faire acquérir des compétences au patient algique dans l'auto adaptation de son traitement mais aussi l'auto surveillance des effets secondaires par exemple, sont pour les soignants des enjeux de l'ETP, surtout lorsqu'ils sont confrontés à une douleur chronique instable et rebelle. Adapter sa pratique médicale avec de tels objectifs nécessite que non seulement le praticien mais aussi tous les intervenants à l'hôpital et au domicile puissent avoir un rôle d'éducateur intégrant un discours commun pour une intervention pluri professionnelle efficace et complémentaire autour et au service du patient (1). D'une façon générale, le cadre de mise en place de l'ETP est régi par des textes officiels récents : en juin 2007 avec le guide de la HAS « structuration d'un programme d'ETP dans le champ des maladies chroniques » et en juillet 2009 avec la loi HSPT où l'ETP est reconnue dans le processus de soins avec un financement prévu et géré par les ARS. Ces dernières délivrent une autorisation qui est obligatoire pour réaliser une ETP dans un domaine donné. Seules les structures de soins ayant déposé un dossier d'identification jugé conforme sont labellisées. Les directions d'établissements et les soignants doivent être informés qu'une autorisation de leur ARS ne signifie pas obligatoirement l'attribution d'un financement alloué en la matière selon les priorités régionales.



QUELQUES EXEMPLES DES FINALITÉS D'UNE ETP

- Acquisition de savoirs
- Développement de comportements d'adaptation
- Connaissance de soi-même
- Autonomie
- Développement d'un esprit critique
- Modification du comportement ou des croyances

■ ETP: une définition complexe et une mise en œuvre délicate

« C'est l'aide apportée aux patients, à leur famille, à leur entourage pour comprendre la maladie et les traitements, collaborer aux soins, prendre en charge leur état de santé et conserver et/ou améliorer la qualité de vie ». Elle ne se limite pas à l'information, à la transmission de savoirs et de savoir-faire. C'est un processus continu d'autonomisation du patient qui va au-delà de la simple éducation pour la santé,

en donnant et en révélant des compétences au patient adaptées aux situations (2). Un climat de confiance doit être créé par les soignants aussi bien dans l'établissement hospitalier qu'à domicile pour assurer une continuité des soins de qualité et sécuritaire. Le patient doit donner son accord pour rentrer dans un programme d'ETP et les soignants au domicile doivent être au moins informés et, si possible, eux aussi formés en ETP pour renforcer à la demande les compétences du patient.

L'observance pour la thérapeutique antalgique se heurte en effet souvent à des obstacles liés au manque de connaissances du patient et/ou de l'entourage sur les traitements en particulier opioïdes. Parmi ceux-ci, la morphine peut être prescrite par auto analgésie intra veineuse contrôlée par le patient (PCA) à l'hôpital et au domicile. Bien qu'il soit recommandé de privilégier la voie orale, de nombreuses situations peuvent amener à utiliser la voie parentérale, en particulier au cours de l'évolution de la maladie cancéreuse où, par exemple, la douleur est parfois mal contrôlée avec des doses croissantes de morphine orale ou lors d'une nouvelle titration en cas de réactivation douloureuse. La PCA est une réponse possible, sophistiquée mais à l'efficacité prouvée. Elle nécessite le maintien d'une voie veineuse et une surveillance adaptée. Pour être correctement utilisée, la PCA doit être présentée au patient avec précision et méthode dans un cadre de référence non standardisé et adapté aux potentialités compréhensives du patient (3). Elle est donc prescrite avec discernement après analyse du risque-bénéfice clinique et ne concerne qu'une partie des patients algiques, en particulier lors d'utilisation au domicile. Dans notre établissement, parmi les patients bénéficiant, toute douleur confondue, d'une pompe PCA intra veineuse à l'hôpital, seulement 10 % d'entre eux vont l'utiliser à domicile et sont susceptibles de bénéficier d'une ETP spécifique à ce mode de traitement.

■ Les finalités du programme ETP douleur

Elles sont doubles et non spécifiques à la douleur : d'une part, permettre l'acquisition de compétences d'auto soins et la prise de décisions adaptées et sécuritaires et, d'autre part, mobiliser des compétences d'adaptation personnelles appropriées à l'existence et à l'environnement propres au patient (voir encadré). Le soignant éducateur s'appuiera pour cela sur des objectifs thérapeutiques (faire acquérir une auto maîtrise de la douleur, reconnaître la douleur de fond des accès

douloureux paroxystiques par exemple), sur des objectifs comportementaux (prise des co-analgésiques, demande de bolus complémentaires, reconnaissance et gestion des effets secondaires selon la prescription du médecin) et également sur des objectifs psychosociaux (analyse de l'influence potentielle des comportements propres du patient et de son entourage familial au domicile). Des objectifs progressifs favorisent la compréhension et la réussite du patient. Ils visent à découper les savoirs complexes en savoirs élémentaires tout en prenant en compte le contexte socio-environnemental du patient. L'ETP est un processus continu qui nécessite une coordination bi-directionnelle entre les soignants hospitaliers et ceux du domicile.

■ Le programme ETP auto-analgésie à domicile

Le programme que nous mettons en place actuellement s'appuie sur quatre étapes successives qui sont indissociables et initiées au moment de la prescription médicale de la pompe PCA :

- un diagnostic éducatif doit être réalisé. Il analyse les besoins et attentes du patient en termes de soulagement, d'auto-surveillance, du soin technique proprement dit.
- un contrat éducatif doit être proposé au regard des exigences du traitement par opioïde

et des possibilités adaptatives du patient. Il prend en compte les capacités de l'individu.

- la planification du programme personnalisé est établie en prenant en compte la motivation du patient et sa capacité à accroître sa confiance en lui-même. Le choix de la méthode pédagogique est fait en fonction des buts à atteindre (atelier individuel ou en groupe, nombre de séances, type de support pédagogique). Un compte rendu d'éducation intégré dans le dossier de soins est réalisé lors de chaque séance pour assurer le suivi.

- une évaluation régulière permet un ajustement adaptatif individuel. Des marqueurs de surveillance vérifient que le programme remplit ses objectifs au cours du traitement (contrôle antalgique par les échelles d'évaluation, nombre et qualité des problèmes nécessitant un appel téléphonique du patient, confort du patient...).

Tous les éléments constitutifs de cette prise en charge structurée sont regroupés dans un document de synthèse intégré dans le dossier du patient (un synopsis de prise en charge est présenté ci-dessous). Il reprend les étapes qui ont justifié le déclenchement du programme d'éducation. Dès la prescription médicale de la pompe d'auto-analgésie et à distance de la sortie du patient pour le domicile, le cadre d'unité ou le référent infirmier douleur compétent en ETP déclenche le processus, réalise un dia-

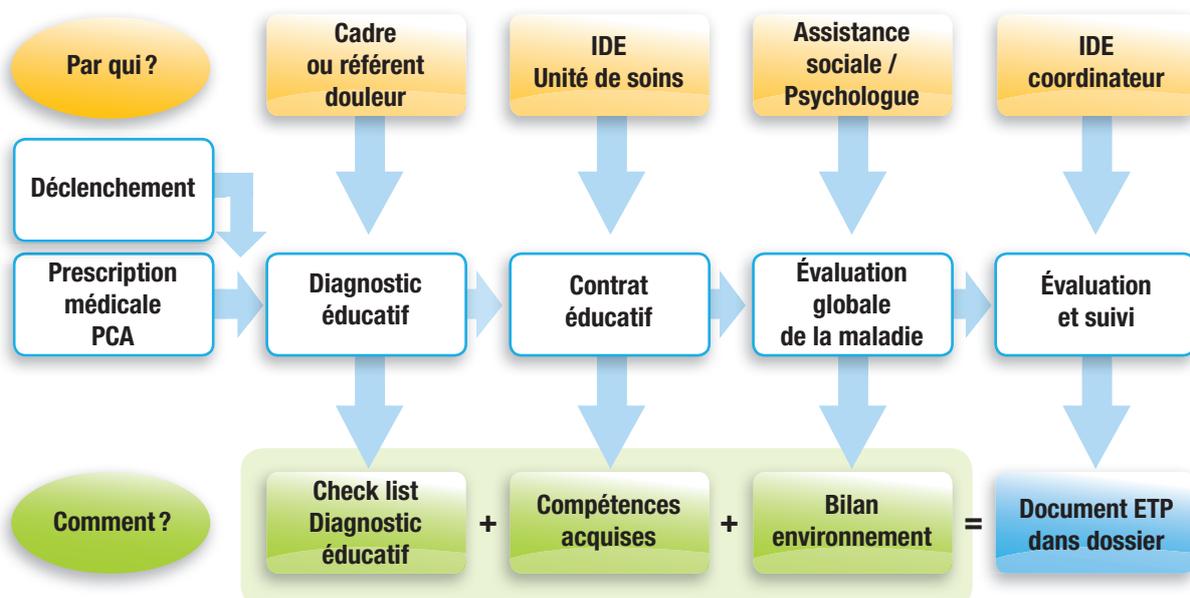
gnostic éducatif et élabore un contrat éducatif. Notre programme a été élaboré par une équipe pluri-professionnelle de soignants (médecin, cadre infirmier, IDE référent douleur et coordinateur de soins, assistante sociale) qui ont tous bénéficié d'une formation en ETP (40 heures de formation par un organisme agréé sont nécessaires). Ce groupe a sollicité l'aide active du comité patient institutionnel pour participer à l'élaboration des documents pédagogiques remis au patient et s'est mis en rapport avec le réseau de soins libéraux à domicile.

■ ETP en pratique: un exemple possible d'un matériel éducatif PCA

Après avoir clarifié les besoins attendus du patient par le diagnostic éducatif, un support pédagogique peut renforcer la compréhension de la prise en charge lors de la ou des séances éducatives. Les possibilités sont nombreuses et adaptées aux besoins prioritaires des patients (exposés interactifs, métaplan, productions patients en ateliers...). Nous avons élaboré avec le comité patient de notre établissement des documents spécifiques à l'auto-analgésie et conçu en particulier un « chevalet pédagogique ». Ce dernier est constitué de plusieurs documents visuels destinés à l'aide éducationnelle et à la compréhension. Une face est dirigée vers le patient, l'autre vers le



Le document traceur de l'ETP auto-analgésie dans le dossier





Le « chevalet pédagogique » est constitué de plusieurs documents visuels destinés à l'aide éducationnelle et à la compréhension. Une face est dirigée vers le patient, l'autre vers le soignant où figurent quelques éléments clés à faire découvrir au patient

soignant où figurent quelques éléments clés à faire découvrir au patient (photo ci-dessus). Par exemple, le principe de fonctionnement de la pompe PCA et/ou les effets secondaires potentiels liés à l'utilisation de la morphine sont détaillés. Des questions ouvertes sont posées et le patient est amené à trouver les solutions aux problèmes qu'il aura lui-même identifiés. Le contenu des séances est variable et ajusté aux besoins identifiés.

C'est le même type de pompe utilisée à l'hôpital et au domicile qui est présenté au patient et

à son entourage. Le choix d'un matériel identique renforce la connaissance des soignants dans ce matériel et accroît également le sentiment de confiance et de sécurité du patient. Dans notre pratique, les séances d'éducation pour la PCA sont réalisées en atelier individuel par un soignant compétent en ETP dans la chambre d'hospitalisation ou, mieux, dans un local dédié à l'ETP. Le choix du lieu est réalisé selon le niveau d'aptitude à la marche (PCA ambulatoire ou grabataire). L'assistante sociale réalise de façon conjointe une enquête socio environnementale qui évalue le soutien et la compréhension de l'entourage familial. Une fois les compétences acquises et l'environnement identifié, le patient peut quitter l'établissement avec le dispositif d'auto analgésie. Le médecin généraliste et l'IDE du domicile sont informés au préalable de l'inclusion du patient dans le programme d'éducation. C'est l'IDE coordinateur de l'établissement qui assurera le suivi par téléphone et la vérification du bon déroulement de l'utilisation de la pompe à domicile. Les éventuels dysfonctionnements ou problèmes sont colligés et déclenchent des actions de renforcement de compétence réalisées par le soignant à domicile. C'est probablement cette étape la plus difficile à réaliser où l'éducateur

soignant vérifie la conformité et la maîtrise d'utilisation de la pompe et de sa surveillance mais également évalue la progression du patient dans son raisonnement et ses attitudes adaptatives. Le coordinateur infirmier peut être amené à revoir certains points, à soutenir ou renforcer les compétences du patient parfois en rencontrant à nouveau le patient. L'adhésion de tous les acteurs ville-hôpital est nécessaire et le groupe ETP a intégré un IDE libéral pour la conception des documents de liaison pour assurer au mieux la traçabilité des informations et traduire au mieux le niveau de compétence acquise.

La mise en œuvre de notre programme se fait progressivement et son déploiement à domicile est en cours. Un programme ETP se doit d'être évolutif et adaptatif. Pour l'auto analgésie, il doit englober à la fois le traitement médicamenteux proprement dit et la technique d'auto administration, sans oublier toutes les spécificités du syndrome douloureux. C'est ce qui en fait la richesse et la complexité, l'enjeu de toute une équipe. Les difficultés sont nombreuses tant sur le plan des changements de mentalité des soignants, des patients dans leur parcours de soins que sur la faiblesse des moyens alloués aussi bien humains que matériels. ●



Bibliographie

1. L'éducation thérapeutique en cancérologie: vers une reconnaissance des compétences du patient - Bull Cancer 2007; 94(3) :267-74.
2. Éducation thérapeutique: modèles, pratiques et évaluation, 2010: INPES
3. Patient-controlled analgesia Harmer M, Macintyre P. In: Rowbotham DJ and Macintyre P (Eds), Acute Pain Management London, 2003:219-23.

Place des techniques non médicamenteuses dans une pratique infirmière libérale, lors de soins douloureux et/ou anxiogènes



Catherine Diamantis Zinchiri
Infirmière puéricultrice libérale
Pierre-Bénite (59)

Dans le cadre d'un mémoire de DIU¹ Douleur et Soins Palliatifs Pédiatriques, un travail d'études sur la place des méthodes non médicamenteuses a été mené d'avril à octobre 2009 dans un cabinet d'infirmiers libéraux en Région Rhône-Alpes. L'étude avait pour objectif d'évaluer la place des méthodes non pharmacologiques, telles que l'allaitement maternel (1),

les solutions sucrées (2) et la distraction (3), dans la prise en charge de soins douloureux et/ou anxiogènes chez l'enfant de 0 à 6 ans.

■ Une étude auprès d'enfants de moins de six ans

49 enfants ont été inclus dans cette étude et 61 soins douloureux et/ou anxiogènes ont été réalisés à domicile : 38 ponctions veineuses, 12 injections intramusculaires et 11 pansements. Différentes échelles d'évaluation de la douleur ont été utilisées : OPS (Objective Pain Scale), ENS (Échelle Numérique Simple), EDIN (Échelle Douleur et Inconfort du Nouveau Né) et DAN (Douleur Aiguë du Nouveau Né) lors des soins. Nous avons observé, toutes échelles confondues, que 84 % des enfants étaient côtés en

dessous du seuil de traitement avant le soin ; le taux baissait à 59 % pendant le soin et remontait à 97 % dès la fin du soin.

Les parents ont évoqué leur appréhension vis-à-vis du soin à réaliser auprès de leur(s) enfant(s) dans 26 des 43 questionnaires rendus (soit dans 60 % des cas) et ils ont, pour 95 % d'entre eux, désiré participer activement aux soins et manifesté leur adhésion à la méthode non médicamenteuse proposée. Ils ont tous trouvé les explications données avant le soin claires et suffisantes, et ont évalué positivement la globalité du soin avec 95 % qui l'ont jugé « très satisfaisant » et 5 % « satisfaisant ». Enfin, nous proposons aux parents d'évaluer l'impact du soin dans les jours suivant notre intervention avec une cotation de 0 à 5 (0 = soin non traumatisant et 5 = soin très traumatisant). 88 % des parents ont évalué cet impact à 0, les 12 % restants l'ont évalué entre 1 et 2.

Simple à mettre en place et ne nécessitant qu'un investissement matériel minime (une trousse pédiatrique de couleur vive avec des ballons, des sucettes, des sifflets à bulles, quelques garrots colorés, etc.), des connaissances fondamentales sur le développement cognitif de l'enfant et un peu d'imagination, ces méthodes permettent de :

- diminuer la douleur et l'anxiété de l'enfant pendant le soin,
- rassurer les enfants et leurs parents,

- limiter l'impact traumatisant des soins,
- apaiser le contexte de déroulement du soin pour le soignant.

Les retours toujours gratifiants et encourageants de la part des parents et des enfants (dessins, bises pour dire « au revoir »...) sont d'excellents remèdes contre l'épuisement professionnel pour des soignants libéraux par définition isolés, débordés, dont les éventuelles compétences pédiatriques et/ou formations sur la prise en charge de la douleur ne sont pas officiellement reconnues dans ce contexte d'exercice professionnel ; En effet, il n'y a pas de cotations spécifiques pour les soins pédiatriques dans la nomenclature des actes infirmiers à domicile, ni pour la prise en charge de la douleur, qui n'y figure pas et aucune reconnaissance du diplôme d'infirmière puéricultrice en libéral. Le temps moyen du déroulement du soin est aussi important à prendre en compte. En moyenne, lors de notre étude, il était de 24 minutes 30 secondes quel que soit le soin réalisé et cela semble tout à fait satisfaisant pour intégrer ces méthodes dans une pratique quotidienne libérale et des visites à domicile généralement bien remplies.

■ Le Plan douleur 2006-2010

Ce plan, centré sur les personnes âgées, les personnes en fin de vie et les enfants, avait comme axe majeur, l'amélioration de la prise en charge de la douleur aiguë, et ce aussi bien en hospitalier qu'en extra-hospitalier. Pour mettre en œuvre cette action à domicile, l'infirmier libéral dispose de son rôle propre² et des méthodes non médicamenteuses, répertoriées par l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé), devenue l'HAS (Haute Autorité

de Santé), qui recommande leur utilisation en complément des traitements médicamenteux (4).

Les méthodes non médicamenteuses peuvent également apporter une solution à l'inadéquation actuelle entre une hausse des demandes de prises en

charge pédiatriques à domicile et une offre de soins encore limitée en libéral, puisque les relevés individuels d'activités et de prescription (reçus par les infirmiers libéraux chaque année, indiquant leur activité propre et celle des infirmiers de la région) des trois dernières années de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie indiquent une moyenne de 2 % d'enfants de moins de 16 ans dans la clientèle des cabinets infirmiers en Rhône-Alpes. ►►

Les retours toujours gratifiants et encourageants reçus de la part des parents et des enfants sont d'excellents remèdes contre l'épuisement professionnel.

Bibliographie

1. Carbajal et al, Analgesic effect of breastfeeding in term neonates: randomized controlled trial, *Bmj* 2003; 326(7379):13
2. AFSSAPS, Prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant: recommandations de bonnes pratiques, juin 2009, p.2; 6-7
3. Betts et al, Prise en charge de la douleur chez l'enfant - une approche multidisciplinaire, Ed Masson 2002, p.107
4. ANAES - Évaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans - texte de recommandations - Septembre 2001-p.19



■ Extension de ces méthodes à tous les patients

Dans le cabinet où s'est déroulée l'étude, les infirmiers ont par la suite développé ces méthodes auprès de tous leurs patients, plus particulièrement les personnes âgées et désorientées, qui semblent très réceptives à cette forme de prise en charge.

Ils ont employé :

- des techniques de contrôle de la respiration

au moment d'actes anxiogènes (ponctions veineuses ou injections),

- la distraction par des sujets de discussion choisis parmi les principaux centres d'intérêt du patient,
- le toucher massage.

Là encore, il suffit au soignant de développer une observation et une écoute attentives du patient, pour mobiliser au mieux les ressources de ce dernier (qu'elles soient cognitives ou, plus souvent, affectives lors de

pathologies comme la maladie d'Alzheimer). En développant une approche bienveillante, rassurante et enveloppante, les méthodes non médicamenteuses semblent être un outil efficace et simple de bienveillance, quel que soit l'âge du patient. ●

¹ DIU : Diplôme Inter Universitaire

² Article R4311-5 du décret n°2004-802 du 29 juillet 2004, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier(e)

Le MEOPA en pratique libérale



Pascale Thibault

Cadre supérieure de Santé, Formatrice-consultante
Membre de la Commission Professionnelle Infirmière de la SFETD
Issy-les-Moulineaux (92)

Dans son parcours et en fonction de son lieu de soin, le patient ne dispose pas des mêmes chances de bénéficier des antalgiques dont il a besoin pour prévenir les douleurs provoquées par les soins qui lui sont prodigués.

Ainsi lorsqu'il doit avoir un pansement d'ulcère de jambe, s'il est à l'hôpital ses douleurs pourront être évitées par l'administration de MEOPA. Mais à son retour à domicile, le patient ne peut pas, à l'heure actuelle, bénéficier de ce produit, excepté dans quelques services d'hospitalisation à domicile¹.

répondu à un cahier des charges présentant les exigences de sécurité d'emploi dans les cabinets libéraux pour les dentistes et au domicile des patients par les infirmiers libéraux. Cette première étape a été franchie avec succès pour deux fournisseurs du produit. Ceci a permis que le MEOPA soit désormais utilisé dans les cabinets dentaires, lieu fixe d'utilisation par un personnel présent lors de l'administration. En ce qui concerne son utilisation par des infirmiers libéraux, quelques étapes restent encore à franchir :

- la délivrance par le fournisseur,
- le stockage avant et entre les soins,
- le transport dans le véhicule professionnel,
- le maintien ou non au domicile du patient,
- la tarification de l'acte,
- la formation des infirmiers libéraux,
- la formation des médecins libéraux pour la prescription.

Si certains points pourraient être aisément résolus, d'autres ne semblent pas trouver de réponses rapides. Le problème ne serait pas si grave s'il existait une alternative à cette situation. Malheureusement, les autres moyens antalgiques ne sont guère plus utilisés lorsque le patient est soigné à son domicile. Le plus souvent, il ne bénéficie d'aucune antalgie, parfois une administration d'antalgique de palier 1

est prescrite, d'autres fois, plus rares, un morphinique d'action rapide est disponible.

Une prise de conscience encore insuffisante des conséquences des douleurs des soins, une méconnaissance des obligations des personnels de santé concernant l'obligation de prévenir la douleur, l'insuffisance d'utilisation de moyens d'évaluation de la douleur, une méconnaissance des thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses sont autant d'aspects qui maintiennent l'existence de douleurs lors des soins à domicile. Ces douleurs sont souvent intenses, répétées. Elles font l'objet de peu de traçabilité. Une sorte de fatalité semble dominer, tant de la part des personnels soignants que des patients eux-mêmes.

Mais au-delà de ces problèmes, l'absence d'études épidémiologiques, d'identification des situations et de leur fréquence ne permet pas d'appuyer la nécessité d'accélérer les processus administratifs et réglementaires permettant d'améliorer l'offre de soins. Il n'existe, en effet, aucune enquête de prévalence des soins et des niveaux de douleur à domicile. Il est certain qu'une telle étude n'est pas aisée à mettre en place. Elle permettrait néanmoins d'objectiver des situations vécues dans une grande solitude par les patients et les infirmiers libéraux.

Ces situations sont fréquemment présentées lors des formations sur la prévention et la prise en charge de la douleur dispensées aux infirmières et infirmiers libéraux. Les décalages dans les pratiques entre l'hôpital et le domicile créent de grandes inégalités de chances d'une prise en charge de la douleur correspondant aux obligations légales. ●

¹ Evaluation de l'utilisation du MEOPA en HAD : étude MEOPHAD - résultats préliminaires présentés par E. Gatbois et G. Grisolet le 20 octobre 2011 lors du congrès du CNRD

² Plan de gestion de risque concernant la sortie de la réserve hospitalière de certaines spécialités à base de mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (MEOPA), AFSSAPS, janvier 2010 http://www.abcdent.fr/pdf/afssaps_meopa.pdf

Monsieur G., 83 ans, vit seul à son domicile. Il est autonome malgré des problèmes récurrents d'ulcères de jambe qui nécessitent des pansements fréquents et longs. À chaque fois, malgré toute l'attention de l'infirmière qu'il connaît bien, il a mal. Pourtant lors d'un séjour récent à l'hôpital pour faire un bilan de son état de santé, il a eu du Meopa. Il n'a rien senti et en plus les soins ont été faits rapidement alors que chez lui ça dure très longtemps, l'infirmière est obligée de s'arrêter tellement il a mal. Et puis après son départ, la douleur dure encore, il se sent fatigué. Il appréhende vraiment les jours de soins.

Depuis de nombreuses années, ces différences d'accès aux traitements antalgiques ont été signalées aux pouvoirs publics. C'est pour y remédier que la demande de sortie de ce produit de la réserve hospitalière a enfin été délivrée en janvier 2010 par l'AFSSAPS². À ce stade, de nombreux obstacles devaient encore être franchis, certains l'ont été, d'autres demeurent. En effet, pour que ce produit soit effectivement disponible et utilisable en dehors du milieu hospitalier les laboratoires le fournissant ont

Les spécificités de la prise en charge de la douleur à domicile



Isabelle Gaillard
Infirmière libérale DE
DU plaies et cicatrisation
Poisat (38)

L'infirmier libéral est amené lors de sa pratique à rencontrer des patients souffrant de douleurs aiguës et chroniques d'origine très diverses (douleurs post-opératoires, lombalgies, plaies, maladie cancéreuse, soins palliatifs, etc.).

La prise en charge de ces douleurs a de nombreuses similitudes avec celle qui serait proposée en structure. Néanmoins, le fait de pratiquer ces soins au domicile du patient revêt certaines spécificités.

■ Une relation duelle

L'infirmier libéral est souvent seul au domicile du patient. L'équipe d'un cabinet étant la plupart du temps restreinte (2 ou 3 praticiens), cela permet à chacun d'instaurer une relation privilégiée avec le patient, qui se renforce chaque jour davantage. La qualité de cette relation permet une prise en charge personnalisée, adaptée à chacun, respectant ainsi sa culture, son caractère, son mode de vie. Le patient se confiera davantage à un visage familier, qu'il connaît bien, et en qui il a une grande confiance.

Ce climat privilégié permet au patient de parler plus librement de sa douleur, de ce qu'il vit, de ses difficultés. Le patient peut être animé de certaines croyances plus ou moins inconscientes pouvant être un obstacle à l'expression de la douleur, et à son soulagement. En effet, nombre de personnes sont convaincues que la douleur est nécessaire, voire même qu'elle favorise la guérison, ou qu'elle a un sens. Il est important d'en parler, et de rappeler qu'aucune douleur n'est indispensable à la guérison et, qu'en aucun cas, elle ne peut être bénéfique à plus ou moins long terme.

L'infirmier est également à l'écoute de l'entourage proche du patient (famille, amis, voisins, intervenants). Leur témoignage est très précieux concernant des patients qui n'osent ou ne peuvent s'exprimer.

■ L'immersion dans l'univers du patient

L'infirmier, en se rendant à domicile, découvre l'univers du patient. Cela lui permet de mieux connaître son mode de vie,

les difficultés liées aux déplacements, à la configuration des locaux, aux contraintes familiales, sociales, ou à un contexte de vie plus ou moins difficile. Nombre d'observations faites au domicile permettent de mieux comprendre les conditions de survenue de la douleur, et d'intervenir en ayant recours à des aides matérielles simples d'utilisation (équipements de douches, barrières de sécurité, fauteuils et lits adaptés, etc.).

■ L'incontournable évaluation

L'évaluation de la douleur par l'infirmier libéral ne diffère aucunement de celle qui est réalisée en structure. Les échelles et questionnaires utilisés sont les mêmes, sachant qu'ils sont utilisés et à adapter selon la faculté d'expression du patient. Certains outils d'évaluation sont très utiles et se glissent aisément dans une sacoche de soins. Pour exemple, la réglette EVA¹ permet d'évaluer rapidement la douleur. Le questionnaire DN4, simple d'utilisation, permet d'estimer la probabilité d'une douleur neuropathique. L'outil ALGOPLUS² est indispensable désormais pour évaluer la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale³.

L'évaluation est bien sûr réalisée avant et après la mise en place des antalgiques, afin de réajuster le traitement si cela est nécessaire. Dans le cas de douleurs induites par les soins, elle sera faite avant, pendant, et après le soin effectué.

■ Les différents traitements

Nombre de traitements sont actuellement disponibles en ville et les praticiens disposent d'un panel assez large. Des traitements à libération prolongée peuvent être utilisés par voie orale ou transdermique, ce qui est d'un grand confort d'utilisation. Les réticences concernant l'usage des morphiniques en ville ont nettement reculé ces dernières années. Ceux-ci sont donc administrés lors de douleurs intenses, sous diverses formes. Le recours à la PCA⁴ est facilité par l'intervention de différents prestataires de services la mettant à disposition, et assurant la formation des infirmiers si nécessaire. Ces pompes, de très petite taille, permettent au patient de préserver sa mobilité et sa liberté de mouvement.

La mise en place de traitements par voie intraveineuse est courante, sachant que tout le matériel nécessaire est disponible en ville sans aucune difficulté. L'infirmier libéral assure la surveillance continue des dispositifs intraveineux, et reste joignable jour et nuit afin de sécuriser le patient, et d'intervenir si besoin (retour veineux obstruction de cathéter ou de chambre implantable.)

Cette astreinte étant une obligation légale⁵, dès lors qu'un abord veineux est mis en place. Lors de soins douloureux (détersion d'ulcère, prélèvements veineux chez les enfants), l'usage de crème à base de Lidocaïne et de Prilocaine est souvent recommandé. Une prescription médicale anticipée permet d'en disposer en temps voulu.

■ La réactivité

Elle pourrait sembler moins importante qu'en structure ; or, il n'en est rien et, à domicile, le traitement est réajusté très rapidement. En effet, après une évaluation objective et face à une douleur insuffisamment soulagée, l'infirmier libéral entre en lien sans délai avec le médecin traitant, ce qui lui permet d'effectuer une nouvelle prescription rapidement. L'infirmier peut ainsi mettre en place le nouveau traitement et en évaluer l'efficacité. Cette rapidité nécessite un travail en réseau organisé, mais surtout l'implication active de chaque professionnel. La plupart des médecins traitants établissent de manière anticipée des protocoles écrits afin de réajuster le traitement lorsque cela s'avère nécessaire.

Les observations faites au domicile permettent de mieux comprendre les conditions de survenue de la douleur, et d'intervenir.





Textes

- Code de la Santé Publique – Décret N° 2004-11-28-802 du 29 juillet 2004 – Livre III Auxiliaires médicaux – Titre 1^{er} Profession d'infirmier ou d'infirmière
- Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010, diffusé le 3 mars 2006

Ouvrages

- Institut Upsa de la Douleur, *Douleur et personne âgée*. Édition 2011
- Institut Upsa de la Douleur, *Les douleurs induites*. Édition 2011
- Celestin-Lhopiteau I., Thibault P., *Guide des pratiques psychocorporelles*. Masson, 2006



■ Les moyens non médicamenteux

L'infirmier peut recourir à des moyens simples permettant de limiter la douleur. Ainsi, lors de soins douloureux, choisir un lieu confortable et agréable a toute son importance. Le patient peut préférer s'allonger, ou au contraire rester assis, dans une pièce qui à nos yeux ne serait pas la plus appropriée. L'important est qu'il s'y sente bien, et le soignant doit rester ouvert à la demande du patient, la souplesse étant une qualité à part entière. De même, l'usage de la musique, de la télévision ou de la discussion permet, par la distraction, de minimiser certaines douleurs induites. Une simple photographie disposée dans la pièce peut ouvrir la discussion avec le patient, et lui éviter de se centrer sur sa douleur.

L'usage du chaud ou du froid, très simple au demeurant, peut également soulager de façon surprenante. Ainsi l'infirmier peut conseiller l'usage de bouillottes sur des zones douloureuses, ou encore de petits sacs réfrigérants. Ces méthodes non pharmacologiques sont parfois méconnues, ou peu utilisées car considérées insignifiantes du fait de leur simplicité d'usage.

De même, le choix de l'heure d'un soin a toute son importance. L'amplitude horaire de l'infirmier libéral permet une certaine flexibilité.

Un pansement qui serait effectué de préférence le matin en milieu hospitalier peut tout à fait être programmé en fin de journée si cela est une demande du patient. Un moment calme, choisi,

permet au patient de garder une certaine liberté et un contrôle sur ce qu'il vit. Le soin sera mieux perçu, mieux intégré, voire moins douloureux, tant physiquement que moralement.

■ La disponibilité

À domicile, le patient évolue dans son cadre de vie, ce qui pour lui est très rassurant, à l'inverse de l'univers hospitalier qui peut être source de peurs ou d'inquiétudes. Or, la présence permanente de professionnels en structure peut s'avérer très sécurisante lorsque la douleur se fait plus violente. Il est donc capital d'expliquer au patient qu'il peut bien sûr avoir recours au téléphone si cela est nécessaire. L'infirmier libéral est très souvent amené à faire plusieurs visites par jour au domicile du patient afin d'évaluer la douleur, d'administrer des antalgiques, et d'en effectuer la surveillance. Cela est souvent ignoré du patient qui voit là un dérangement inutile du praticien. Il est donc important de le sécuriser, et de prévoir, en accord avec le médecin, plusieurs passages infirmiers, selon l'intensité de la douleur et l'importance de la pathologie. Par exemple, dans le cadre d'un patient très algique, l'infirmier libéral peut être amené à effectuer des injections sous cutanées de morphine toutes les 4 heures. Nombre d'infirmiers se déplacent la nuit si nécessaire, et certains cabinets consacrent l'essentiel de leur activité aux soins de nuit. Tout cela est parfois méconnu du public et de nombreux praticiens eux-mêmes. Le développement des soins à domicile a été très important ces dernières années, et les infirmiers libéraux se sont adaptés à la demande de soins, ainsi qu'à l'amplitude horaire que cela nécessite.

■ L'éducation

L'infirmier libéral a un rôle d'information et d'éducation à part entière. Ainsi, lors des échanges avec le patient, il va cibler très rapidement les différentes connaissances à apporter. La prise d'antalgiques doit être la plus judicieuse possible. Pour cela, il est essentiel de connaître les délais et durées d'actions de chaque antalgique, ainsi que leur pic d'action optimale. Ceci permet d'anticiper la fin de l'effet antalgique et de planifier une nouvelle prise médicamenteuse.

Définir avec le patient les circonstances et moments de la journée ou la douleur est la plus

intense permet d'adapter la prise des antalgiques en conséquence.

L'observance du traitement est un point capital. Les visites régulières de l'infirmier permettent de veiller à la prise correcte et régulière des traitements, de dépister les erreurs ou oublis éventuels. Le recours à un pilulier peut être une aide précieuse. Établir un « plan de prise » sur papier peut être un support visuel intéressant, le patient peut ainsi s'y référer lorsque cela est nécessaire. Ce support permet de faire une synthèse claire des différentes prescriptions, qui peuvent être multiples.

L'infirmier informe également le patient des différents effets secondaires pouvant survenir, et peut donner des conseils simples afin d'en éviter l'apparition. Sa vigilance est essentielle lorsque le patient prend des morphiniques, et il a toujours à l'esprit le risque de surdosage. Ainsi le passage de l'infirmier est aussi l'occa-

sion de vérifier l'absence de troubles du transit, de l'élimination, de difficultés respiratoires, ou encore d'altération de la vigilance.

Le développement des soins à domicile a été très important ces dernières années, et les infirmiers libéraux se sont adaptés à la demande et à l'amplitude horaire que cela nécessite.

■ La formation⁶

Qu'il travaille à domicile ou en structure, l'infirmier peut et doit se former de façon régulière,

mais cela demeure une démarche personnelle. En structure, le cadre de service peut en initier la demande, en accord avec la politique et les besoins du service. Les formations peuvent être limitées en raison de contraintes budgétaires, ou du manque de personnel. L'offre qui s'adresse à l'infirmier libéral est très riche et variée, certaines formations pouvant être diplômantes (Diplômes Universitaires).

L'infirmier perçoit des indemnisations qui lui permettent de financer ces différentes formations. La mise à jour des connaissances est absolument essentielle dans tous les domaines, et la prise en charge de la douleur en est une illustration.

La connaissance des outils d'évaluation, l'évolution des thérapeutiques, des méthodes non pharmacologiques nécessitent que chaque professionnel s'informe régulièrement. L'accès à la connaissance est très varié et accessible à tous : revues professionnelles, sites internet, ouvrages dédiés à l'exercice de la profession, à la prise en charge de la douleur, conférences, congrès douleur, etc. Aussi, chacun peut intégrer la formation à sa pratique, selon ses besoins et ses disponibilités.

■ En conclusion

La prise en charge de la douleur à domicile est d'autant plus riche qu'elle demande au professionnel d'aborder le patient dans toutes ses dimensions, ses aspects, au sein même de son lieu de vie. Cette immersion nécessite de grandes facultés d'observation, d'adaptation, et permet de mieux comprendre et de mieux évaluer l'impact de la douleur sur son quotidien. L'infirmier libéral est un maillon indispensable à la prise en charge de la douleur à domicile. Il n'est jamais seul et, comme pour tout projet de soins, c'est souvent à la richesse des échanges avec l'équipe pluridisciplinaire que l'on doit les meilleurs résultats. Les compétences et l'implication de chacun sont abso-

lument indispensables. Chaque praticien doit se sentir pleinement investi de son rôle, tout en faisant preuve d'une remise en question permanente : rester objectif lors de l'évaluation, entendre l'appel du patient, se former régulièrement.

La douleur bouleverse tout sur son passage, elle rend fragile et vulnérable. Face au patient qui a mal, le soignant, qu'il soit hospitalier ou libéral, donne plus que jamais le reflet de lui-même, tant au niveau personnel que professionnel, les deux étant indissociables. L'attitude soignante est intimement reliée aux valeurs propres à chaque individu. Ainsi, l'écoute, le respect et la bienveillance sont des qualités qui ont une place toute aussi importante que les compétences et la connaissance. ●

¹ *Échelle Visuelle Analogique (EVA)*

² <http://www.setd-douleur.org/douleur/evaluation/article.phtml?id=rc%2farg%2fsfetd%2fhtm%2fArticle%2f2010%2f20101218-172620-240>

³ HAS, *Recommandation de bonne pratique, Évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale*, octobre 2000

⁴ *Analgésie Contrôlée par le Patient*

⁵ Arrêté du 2 novembre 1998 complétant l'arrêté du 27 février 1992 fixant la convention type entre les organismes d'assurance maladie et les fournisseurs de matériels du titre ^{er} du tarif interministériel des prestations sanitaires, Annexe V, Article 4

⁶ Loi n° 2009-1437 du 24 novembre 2009 relative à l'orientation et à la formation professionnelle tout au long de la vie, J.O. du 25 novembre 2009

Conclusion et perspectives

Des expériences novatrices ouvrent la voie médiatique de la démarche antalgique à domicile, mais la route reste à tracer pour que toutes les personnes douloureuses, notamment les plus vulnérables, aient accès au soulagement de leur douleur au quotidien. La justice et l'équité, inscrites dans une démarche éthique en matière de prévention, d'évaluation et de traitement devraient toucher le plus grand nombre de personnes douloureuses. Hélas, l'évaluation du plan douleur 2006-2010 constate que la médecine de premier recours a été peu impliquée et que les avancées restent « hospitalo-centrées ». L'organisation des soins de ville reste donc à conforter, en permettant, par exemple, aux réseaux de santé impliqués dans la prise en charge de la douleur de poursuivre le soutien des professionnels mais aussi des patients à domicile qui peuvent alors avoir recours aux psychologues. Ces dispositifs peuvent être des leviers pour favoriser la pratique de l'interdisciplinarité et l'analyse de situations. Mais le plus souvent, face à une personne douloureuse à domicile, c'est le binôme médecin-infirmière (parfois le kinésithérapeute) qui est en première ligne et dans les territoires à forte densité de professionnels, ce binôme diffère d'un patient à un autre. Pour optimiser l'efficacité de ces professionnels et le droit de chaque patient à des soins sûrs et de qualité, le DPC (Développement Professionnel Continu) peut être une perspective d'avenir. Toutefois, en matière de formation, qu'elle soit initiale ou continue il importe de véritablement travailler l'interdisciplinarité dans la prise en charge de la douleur, en formant sur des modules communs médecins, infirmières, kinés, psychologues, etc. Cela permettrait d'éviter des incompréhensions dans les pratiques à domicile de certains binômes dont les niveaux de formation sur la douleur sont parfois très différents tant en matière d'évaluation que

de traitement. Pour d'autres, des objectifs communs sont partagés et le compagnonnage interdisciplinaire bénéficie au patient. La validation commune de prescriptions anticipées pour réduire le délai de soulagement des douleurs induites en est un exemple, qui permet également la réactivité du pharmacien d'officine sur la délivrance des morphiniques.

Les infirmières à domicile doivent également composer avec les familles, les proches, pour leur donner l'éducation thérapeutique nécessaire pour optimiser l'utilisation des patchs antalgiques ou la prise de morphiniques ; elles doivent également jongler avec la compétence des patients mais aussi, et surtout, des proches pour les personnes âgées et/ou en perte d'autonomie.

Si la littérature fait référence de plus en plus souvent à l'intérêt des moyens non médicamenteux, ceux-ci sont souvent mis en place par les infirmières libérales mais restent « confidentiels » dans la mesure où ils ne sont pas toujours tracés et où la nomenclature actuelle les ignore, tout comme l'évaluation de la douleur...

Gageons que les prochaines négociations relatives aux modifications de la nomenclature générale des actes professionnels des infirmières intégreront cet objectif de santé publique qu'est le soulagement de la douleur !

Marie-Claude DAYDÉ

¹ F. Bourdillon, F. Cesselin, H-P. Cornu, G. Guérin, B. Laurent, J. Le Gall, A. Letourmy, B. Paré, B. Tourniaire, B. Tran. *Évaluation du plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 Douleurs vol. 12 - n°3 - juin 2011, 129-139*

² HAS - *Lettre DPC et pratiques-juin/août 2011*

Le quiz

1 Les outils d'évaluation de la douleur à domicile :

- A - N'existent pas pour évaluer la douleur du patient à domicile
- B - Sont identiques à ceux utilisés en structure
- C - Ne sont pas adaptés à la prise en charge de la douleur à domicile

2 L'éducation thérapeutique du patient à domicile concerne :

- A - Le médecin référent du patient
- B - L'infirmière libérale
- C - Tous les acteurs libéraux, médicaux et paramédicaux

3 La mesure 18 « Faciliter l'utilisation, au domicile du patient, dans de bonnes conditions de sécurité et de qualité, de certains médicaments et certaines techniques d'administration » est inscrite dans :

- A - Le plan de lutte contre la douleur 1998-2000
- B - Le programme de lutte contre la douleur 2002-2005
- C - Le plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010

4 L'administration du MEOPA (Mélange Equimolaire Oxygène Protoxyde d'Azote) à domicile :

- A - Est possible depuis la sortie de la réserve hospitalière délivrée par l'AFSSAPS en janvier 2010
- B - Ne peut se faire que si les IDE libéraux sont formés
- C - Se fait sur prescription médicale par le médecin libéral

5 Le rôle de l'IDE libéral(e) dans le cadre de la prise en charge à domicile d'un patient porteur d'un cathéter périmerveux 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

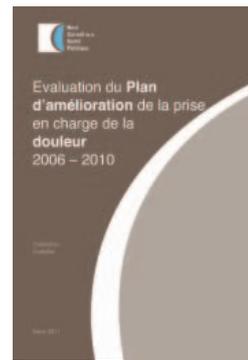


Réponses sur
www.institut-upsa-douleur.org

En bref

Plan douleur

Plan douleur 2006-2010 : Quel bilan ?



Saisi le 7 mai 2010 par le ministère de la Santé pour évaluer le plan douleur 2006-2010, le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) a remis son rapport en mars 2011. Quel bilan peut-on tirer de ce plan ? Quels sont les avancées, les échecs ? Que

propose le Haut Conseil de la Santé Publique ?

Le bilan établi par le HCSP s'articule essentiellement autour de quatre priorités :

- améliorer la prise en charge des douleurs des populations les plus vulnérables ;
- former les professionnels de santé ;
- améliorer les modalités de traitements médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité ;

• structurer la filière de soins de la douleur. L'évaluation du plan douleur 2006-2010 en mettant en lumière les avancées et les manques des projets mis en place, s'est également accompagnée d'un travail de réflexion sur l'amélioration de ce plan.

« Donner un nouveau souffle aux actions entreprises et s'assurer de la poursuite de l'engagement des pouvoirs publics dans ce champ », tel est maintenant l'objectif du HCSP qui recommande la création d'un 4^e plan douleur.



Pour consulter l'intégralité de l'évaluation du plan douleur 2006-2010 :
www.institut-upsa-douleur.org



Le saviez-vous

Diplôme universitaire des pratiques psycho-corporelles - Université Paris Sud-11

Premier diplôme à visée pluridisciplinaire dans le domaine en Europe, le D.U. des pratiques psycho-corporelles (créé en 2011) associe l'acquisition de connaissances théoriques à des exercices pratiques, afin de sensibiliser les professionnels de santé à la variété de pratiques psycho-corporelles sélectionnées selon des critères de validité scientifique et éthique. Les modules d'enseignement comprennent une présentation des différentes méthodes illustrées par des vidéos, une synthèse de l'état de la recherche fondamentale et appliquée, une bibliographie, des exercices pratiques, des jeux de rôle ainsi que des éléments d'évaluation de ces méthodes.

Pour plus d'informations, www.institut-upsa-douleur.org, rubrique *Infos pratiques-Formations*

PHRIP

Le programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale

En 2010, quatre projets de recherche infirmière sur la douleur ont été retenus. Pour la deuxième édition, le ministère chargé de la santé a souhaité l'élargir aux professionnels paramédicaux et le programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) se décline désormais en deux collèges : le programme hospitalier de recherche infirmière et le programme hospitalier de recherche autres professions paramédicales.

Le 1^{er} juin 2011, les résultats ont été publiés par la DGOS et vingt et un programmes de recherche ont été retenus et seront financés par le ministère :

Dix programmes de recherche infirmière (PHRI), dont trois dans le champ de la douleur :

- « Le vécu douloureux de l'enfant de moins de trois ans lors du retrait de la poche collectrice d'urines aux urgences » - C.H.U. de Limoges (87) ;

- « Efficacité du toucher relationnel dans la prise en charge des patients douloureux chroniques en hôpital gériatrique » - Hôpital René Muret, APHP (93) ;

- « Mesure des effets d'un programme d'ETP curatif versus prise en charge standard de la douleur du patient recevant un traitement morphinique dans un service d'oncologie médicale » - APHM, C.H.U. de la Timone (13).

Onze programmes de recherche des autres professions paramédicales, dont un sur la prévention de la douleur :

- « Essai clinique randomisé évaluant un programme interdisciplinaire de prévention de l'épaule hémiplégique douloureuse en phase précoce post Accident Vasculaire Cérébral dans une Unité NeuroVasculaire » - 4P-ED - C.H.U. de Bordeaux (33).

Étude

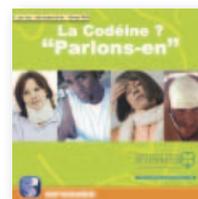
Prise en charge de la douleur aux urgences

La douleur est un motif de consultation très fréquent des services d'urgences. Comment sa prise en charge aux urgences a-t-elle évolué depuis dix ans ? L'analyse des données de l'étude PALIERS a été réalisée par les Docteurs A. Ricard-Hibon, F. Adnet et A. Serrie.

+ Plus d'infos : www.institut-upsa-douleur.org

Brochure

La codéine, parlez-en à vos patients



Qu'est-ce que la codéine ? Sous quelle forme se présente-t-elle ? La nouvelle brochure « *La codéine ? Parlons-en* » éditée par l'Institut

UPSA de la Douleur vous apporte toutes les réponses aux questions de vos patients.

+ Téléchargeable sur : www.institut-upa-douleur.org

Événement

Salon Infirmier 2011

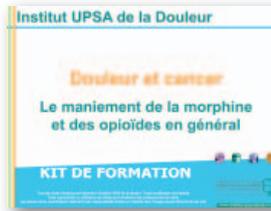
À cette occasion, l'Institut UPSA de la Douleur a rappelé les aspects physiologiques de la douleur lors d'une conférence et a présenté la lettre *L'infirmière et la douleur*.

Kit de formation

« Douleur et cancer, le maniement de la morphine et des opioïdes en général »

N'hésitez pas à utiliser ce kit comme support pour vos formations ou simplement pour vous informer.

Téléchargeable sur: www.institut-upsa-douleur.org



INSTITUT UPSA DE LA DOULEUR avec le soutien de Bristol-Myers Squibb

Directeur de la Publication : Éric Boccard
Rédacteur en chef: Nathalie Fournival
Coordonnateur/Rédacteur adjoint: Françoise Beroud - Avec la participation d'Amélie Leclercq et Manon Colombe
Comité de Rédaction: Nadine Attal, Françoise Beroud, Jean-Marie Besson, Eric Boccard, Bernard Calvino, Alain Eschaliér, Dominique Fletcher, Ivan Krakowski, Bernard Laurent, Nadine Memran, Gisèle Pickering, Agnès Ricard-Hibon, Eric Serra, Richard Trèves, Jacques Wrobel
Conception-réalisation : A CONSEIL, Paris, www.aconseil.fr
N° ISSN:1633-339X - Dépôt légal : 4° trim. 2011

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

279110102



Agenda

Conférence F. Boureau organisée par l'Institut UPSA de la Douleur

Jeudi 17 novembre à 14h
CNIT Paris La Défense, amphithéâtre Da Vinci
« Douleur: Quels sont les besoins en clinique pour accélérer l'innovation en recherche ? »
Docteur Jules Desmeules (Genève, Suisse)

L'Institut UPSA de la Douleur a participé à :

- le 10 novembre, Journée infirmière en soins palliatifs, Toulouse
du 16 au 19 novembre, SFETD, CNIT Paris La Défense
les 8 et 9 décembre, 18es journées La Douleur de l'enfant quelles réponses? Paris

www.institut-upsa-douleur.org

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 (via la plate-forme sécurisée DocCheck). Cette inscription peut se faire soit directement sur notre site internet, 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