



UNIVERSITÉ DE LILLE

DÉPARTEMENT FACULTAIRE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2022/2023

MÉMOIRE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT D'INFIRMIER EN PRATIQUE
AVANCÉE

MENTION : Oncologie Hémato-Oncologie

L'IMPACT DE LA FORMATION DES ÉQUIPES SOIGNANTES EN
HAD AU REPÉRAGE PRÉCOCE DE LA DOULEUR

Présenté et soutenu publiquement le 05/07/2023 à 15h00

Au pôle formation Lille

Par Karine Fourmanoir

MEMBRES DU JURY :

Personnel sous statut enseignant et hospitalier : Monsieur le Professeur François
PUISIEUX

Enseignant infirmier : Madame Séverine BOUKLATA

Directrice de mémoire : Madame Lucia DARRAS

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Madame Lucia Darras, directrice de mémoire, pour sa bienveillance et son accompagnement lors de la réalisation de ce travail et avec qui je partage la même priorité dans le travail qui est la qualité des soins et le bien-être du patient.

Je remercie le Professeur Puisieux, les intervenants et l'équipe pédagogique pour ses deux années enrichissantes.

Je tiens également à remercier la direction de Santély, la direction médicale et paramédicale de l'HAD pour leur soutien tout au long de ces deux années.

Je n'oublierais pas de remercier Maïté mon « binôme » de travail et Anne Assistante Sociale du service pour leurs bienveillances, et leurs gentilleses.

Merci à Dorothée, Sabine et Léo pour ces deux années passées ensemble, pour leurs soutiens et surtout l'enrichissement lors de nos nombreux partages d'expérience.

Un grand merci à mon mari, mes deux filles Chloé et Anaïs et ma sœur Anne-Sophie pour leurs soutiens inconditionnels durant ses deux années d'étude.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

LEXIQUE

I-INTRODUCTION GÉNÉRALE -----P 5

1. Constat ----- P 6

2. Cadre conceptuel

2-1 : Les origines de l'IPA ----- P 6

2-2 : La gérontologie ----- P 8

2-3 : Quelques spécificités gériatrique -----P 9

2-4 : La douleur -----P 10

II- INTRODUCTION ----- P 15

- PROBLÉMATIQUE

- HYPOTHÈSE ET QUESTIONNEMENT

III- MÉTHODE -----P 18

3-1 Le cadre législatif -----P 19

IV- RÉCIT ----- P 20

4-1) les cas cliniques----- P 20

4-2) Élaboration du plan de formation ----- P 25

V- RESULTATS ----- P 31

VI - ANALYSES ----- P 38

VII- DISCUSSION ----- P 43

CONCLUSION ----- P 48

ANNEXES

ABSTRACT

LEXIQUE

HAD : Hospitalisation à Domicile

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour Personnes Agées Dépendante

IPAQSS : Indicateurs pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

HAS : Haute Autorité de Santé

IQSS : Indicateur de qualité et de sécurité des soins

CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

AS : Aide-Soignant(e)

IPA : Infirmier(e) en Pratique Avancée

PCA : Patient Controlled Analgesia / Analgésie Autocontrôlée par le Patient

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural

DPC : Développement Personnel de Compétence

INTRODUCTION THÉORIQUE

1- LE CONSTAT

Infirmière depuis 2002, mon parcours professionnel s'est surtout dirigé vers les soins palliatifs et la gériatrie.

La prise en charge de la douleur est une composante importante de notre métier, « *la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé* » du 4 mars 2002 et « *le code de déontologie des infirmiers Article R4312-15* » tendent en ce sens. Mais comprendre les réactions des patient(e)s qui ne peuvent plus s'exprimer restent un travail de grande envergure pour améliorer les prises en charge.

Lors de mes missions d'infirmière coordinatrice en Hospitalisation à Domicile. J'ai été plusieurs fois interpellée chez des patient(e)s lors de mes visites à domicile de suivi. L'échelle de la douleur n'était pas toujours adaptée, ou certains patient(e)s présentaient un changement de comportement ou étaient en refus de soins. Tous ces patient(e)s ont des points communs comme l'âge avancé (+ 75 ans), les comorbidités, les poly pathologies des troubles de la communication, toutes ses prises en charge sont globales, chroniques et complexes.

Ces changements de comportements interpellent les soignants mais sans connaissance, ils sont difficilement identifiables.

Après avoir posé les différentes problématiques, une question me vient à l'esprit : Comment aider le personnel soignant à comprendre ces changements de comportements pour améliorer la prise en charge de ces patient(e)s âgé(e)s.

Lors du deuxième semestre, nous avons eu un cours sur « la douleur et personnes âgées » et dans ce cours, Dr Gires insiste sur **la formation prioritaire des équipes soignantes**.

En France, l'augmentation du nombre de personnes très âgées avec des pathologies multiples. Cette population très âgée désire rester à domicile. Ces personnes âgées restent fragiles avec des risques d'hospitalisation et d'admission en institution entraînent une perte de mobilité.

Aujourd'hui, le virage ambulatoire se développe, les services d'aide à domicile doivent s'adapter et répondre aux besoins de la population. Suite à cette demande constante d'augmentation de soins, l'Hospitalisation à Domicile s'adapte en produisant des soins de type « hospitalier ». La moyenne d'âge des patients pris en charge en HAD est de 84 ans, les principales pathologies rencontrées sont les maladies cardiovasculaires et les cancers. Les patients âgés présentent des troubles cognitifs et sont dépendants des actes de la vie quotidienne. Pour optimiser le maintien à domicile, une équipe pluri professionnelle est indispensable (infirmière, aide-soignante, auxiliaire de vie, kinésithérapeute, diététicienne psychologue, pharmacien en collaboration avec le médecin généraliste. (Gentin et al., 2019)

2- LE CADRE CONCEPTUEL

2-1) Origine du concept IPA

Nous retrouvons l'origine du concept de la pratique avancée aux états unis dans les années 1940. Cette pratique se retrouve dans différentes spécialisations comme celle de l'« infirmier anesthésiste » et l' « infirmier sage-femme ». Le dynamisme de cette nouvelle pratique s'étend au Canada, avec le développement des « infirmières cliniciennes spécialisées » ou les « infirmières praticiennes spécialisées ». En 1954, dans le New Jersey, la “ Professeure Hildegard Peplau ” crée une maîtrise en soins infirmiers psychiatrique. Puis pour répondre à l'augmentation des coûts du système de santé, dû à une mauvaise gestion des ressources matérielles, financières et une pénurie récurrente de professionnels de santé, le poste d'infirmier praticien spécialisé est développé dans les années 1960.

De nos jours, plus de 60 pays ont implanté la pratique avancée. Pour répondre aux besoins de l'accès aux soins, participer à la réduction des coûts et intervenir auprès des patients en situations complexes.

En Europe, ce sont les pays nordiques et le Royaume-Uni qui sont les premiers à s'engager dans l'implantation de la pratique avancée.

En France, dans les années 70, le développement des spécialités comme puéricultrice, infirmier anesthésiste, infirmière de bloc opératoire sont les prémices de la pratique avancée. En 1990, c'est à Lyon, à l'École Internationale avec le concours du ministère de la santé que se développent les infirmières cliniciennes ». (Aguilard et al.2017).

Puis en 2003, Le professeur Berland remet un rapport dans lequel il fait l'état des lieux de l'offre des professionnels de santé prenant en compte les facteurs démographiques et

organisationnels. Dans ce rapport, comporte plusieurs propositions, et une de ces propositions est « *La question de l'évolution des pratiques infirmières dans le champ de la clinique est actualisée, notamment, par les rapports successifs relatifs à la démographie et la coopération entre professions de santé.* » (Berland,2002, 2003)

Chaque pays définit le rôle de la pratique avancée selon les besoins, pour Ann Hamric¹ et ses collègues, « la pratique avancée infirmière est centrée sur le patient, des compétences élargies pour améliorer les indicateurs de santé pour les patients et les populations dans un domaine clinique spécialisé de la discipline très large des soins infirmiers ». (Aguilard et al.2017).

Le modèle HAMRIC

Voici une modélisation qui reprend les compétences attendues d'une IPA selon le modèle HAMRIC (2009,2019) :



En France, depuis 2016, la loi de modernisation de notre système de santé n ° 2016-41 du 26 janvier 2016, devenu l'article « L.403-1 du code de la santé publique, reconnaît le statut d'infirmier en pratique avancée. Ces textes d'application de cet article de loi ont été publiés au journal officiel, le 19 juillet 2018, par Agnès BUZYN, ministre des Solidarités et de la

¹ Professeure à la Virginia et ancien doyen Commonwealth University School of nursing (État-Unis) qui a conceptualisé la pratique avancée

Santé et Frédérique VIDAL, ministre de l'Enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, la pratique avancée infirmière est reconnue officiellement. La loi est en constante évolution et s'adapte aux besoins de la population, face à la pénurie de médecin, la « loi du 19 mai 2023 » améliore l'accès aux soins en introduisant un accès direct à plusieurs professions paramédicales : IPA, kinésithérapeute et orthophonistes.²

2-2) La gérontologie

Quelques définitions :

- La gériatrie est la médecine des personnes âgées, c'est une spécialité médicale dans la plupart des pays développés. (*Collège des Enseignants en Gériatrie (CNEG) 3ème édition, 2014*)
- La gérontologie : étudie le vieillissement humain dans tous ses aspects biomédicaux, socio-économique, culturel, démographique... C'est un champ aux compétences larges qui réunit plusieurs sciences : médecine, sociologie, psychologie, économie, démographie. (*Collège des Enseignants en Gériatrie (CNEG) 3ème édition, 2014*)
- Le vieillissement correspond à l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme. Il dépend des "facteurs intrinsèques" et des "facteurs environnementaux" auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie. C'est un processus lent et progressif. (*Collège des Enseignants en Gériatrie (CNEG) 3ème édition, 2014*)
- La vieillesse : il existe plusieurs définitions de la vieillesse, l'Organisation Mondiale de la santé « retient le critère d'âge de 65 ans et plus ». Une définition sociale utilise « l'âge de cessation d'activité professionnelle », ce qui revient à entrer dans la vieillesse à 55-60 ans. Mais la population âgée

² Loi du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé. (s. d.). vie-publique.fr. Consulté 24 mai 2023, à l'adresse <http://www.vie-publique.fr/loi/288203-acces-aux-soins-loi-rist-du-19-mai-2023>

exposée à la fragilité est celle de plus de 75 ans, c'est l'âge qui reste le plus pertinent. (Collège des Enseignants en Gériatrie (CNEG) 3ème édition, 2014)

- La vulnérabilité : l'organisme âgé soumis à du stress, des maladies, est moins capable de faire face à toutes ses agressions (stress, maladie etc...). (Collège des Enseignants en Gériatrie (CNEG) 3ème édition, 2014).

2-3) Quelques spécificités gériatriques

Physiopathologie du vieillissement cérébral :³

- Modifications de la conduction :
 - La diminution du nombre de nocicepteurs : les localisations sont moins précises, les douleurs viscérales sont silencieuses, et amènent un retard à l'intégration de l'information douloureuse.
- Présentation atypique de la douleur :
 - Le syndrome confusionnel, syndrome dépressif, troubles comportementaux (attention à l'apathie) et la perte d'autonomie,
 - Le repli sur soi et l'isolement,
 - Une plus grande fréquence des douleurs chroniques car elle est présente chez 60% des personnes âgées et dont 1/3 de douleurs sévères.
 - La douleur est difficile à repérer et à évaluer au sein de la poly pathologie.
- Spécificités de l'association douleur-troubles cognitifs :
 - La modification des modulations centrales.
 - Les patients atteints de démences vasculaires ressentent des douleurs neuropathiques. L'impact sur la douleur est plus la démence est sévère et plus la douleur aura un impact sur les troubles du comportement.
 - Le seuil de tolérance à la douleur est influencé par des facteurs psychologiques, culturels et environnementaux. Une douleur non ou mal

³ Alperovitch, A., Amouyel, P., Dartigues, J.-F., Ducimetière, P., Mazoyer, B., Ritchie, K., & Tzourio, C. (2002). Les études épidémiologiques sur le vieillissement en France : De l'étude Paquid à l'étude des Trois Cités. *Comptes Rendus Biologiques*, 325(6), 665-672. [https://doi.org/10.1016/S1631-0691\(02\)01476-2](https://doi.org/10.1016/S1631-0691(02)01476-2)

prise en charge peut favoriser ou accentuer des troubles anxieux et dépressifs qui compliquent la prise en charge de la personne et avoir un impact sur sa qualité de vie.

- La population atteinte d'une démence est souvent sous traitée : les antalgiques sont très peu prescrits. L'association des comorbidités limite la prise en charge.

2-4) La douleur

A) Définitions

« *La douleur est une sensation désagréable et une expérience émotionnelle en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans les termes évoquant une telle lésion* » (International Association for the Study of Pain) ». (Dunham et al., 2013)

Une douleur chronique persiste au-delà du délai normal de guérison qui est fixé entre trois ou six mois. Ou si elle est associée à une maladie chronique évolutive ou de cause inconnue. La douleur chronique peut être mixte, de nature nociceptive ou neuropathique.

La douleur chronique n'est pas un simple symptôme mais une maladie. Dans les cas de douleur chronique d'origine nociceptive, elle résulte d'une stimulation excessive des nocicepteurs périphériques et pour les douleurs de type neuropathique, elles peuvent être associées à une hypersensibilité du système nerveux central et une désactivation ou une inefficacité du système d'auto-analgésie produisant des endorphines pouvant faire en sorte qu'un toucher léger ou un courant d'air sur la peau deviennent douloureux.

Une douleur chronique survient à la suite de nombreux problèmes de santé ou simplement liée à un ou à plusieurs facteurs de risque. Le patient est la personne la mieux placée pour la décrire de façon adéquate aux professionnels de la santé. Même si elle ne se voit pas, la douleur chronique entraîne souvent des conséquences néfastes tant sur le plan physiologique, fonctionnel, psychologique et social.

B) physiopathologie de la douleur

- Les différentes composantes.

Plusieurs composantes interviennent dans le mécanisme de la douleur comme La composante sensori-discriminative (aspect sensoriel) qui est due aux mécanismes de la détection et d'analyse du stimulus nociceptif. Elle est la plus facile à décoder. La composante affective et

psychique (aspect émotionnel), c'est une perception de la douloureuse qui est modulée par l'anxiété ou la dépression. La composante cognitive se réfère à la mémoire, au vécu, c'est le phénomène de mémorisation, c'est manifestations sont observables comme le verbale (plaintes, gémissements), les manifestations motrices (postures, attitudes, antalgiques) et les manifestations végétatives (sueurs).

- Les deux grands types de douleur.

○ La douleur par excès de nociception :

Le nociception a une fonction défensive d'alarme. L'activation des nocicepteurs cutanés, musculaires et articulaires sont activés par un stimuli douloureux et permettent d'amener l'information au niveau du système nerveux central. Le transport de l'information sensorielle par les nerfs se fait de la périphérie (lieu du ressenti de la douleur) jusqu'à l'encéphale. Il faut que la stimulation dépasse un certain seuil pour qu'il y ait un déclenchement d'une réponse électrique.

○ La douleur neurogène :

C'est une lésion du système nerveux périphérique, c'est une douleur de désafférentation, l'exemple le plus frappant est la douleur du membre fantôme après une amputation. Les symptômes de ses douleurs neuropathiques sont une exagération de la sensation douloureuse, de sensations douloureuses à type de décharge électrique, des paresthésies. La douleur neurogène est liée à une lésion du système nerveux central, elle s'exprime par des brûlures avec paroxysmes parfois fulgurants. Il peut s'y associer une hypo ou hyperesthésie de la zone douloureuse.

- Les voies de la douleur.

La douleur débute au niveau des récepteurs périphériques, la lésion tissulaire via les cellules sanguines va libérer de nombreuses substances (bradykinine, histamine, sérotonine).

Les messages sont envoyés dans les terminaisons libres des différents tissus (cutanées, musculaires, viscéral...). Puis l'influx remonte jusqu'aux nerfs périphériques puis aux racines rachidiennes postérieures et pénètre dans la moelle et l'influx. Après avoir emprunté les nerfs périphériques, L'influx prend alors deux directions, la corne ou les structures supra spinales. Les fibres montent vers la moelle, certaines fibres vers le cervelet et les autres fibres vers le cerveau. C'est au niveau cortical que l'organisme prend conscience du caractère douloureux de l'information et devient capable de discerner la localisation de la douleur.

C) La douleur de la personne âgée

- Les conséquences de la douleur chez la personne âgée.

« *La douleur vient s'ajouter aux pathologies courantes et perturbe les fonctions biologiques à divers degrés. Elle peut aussi amener à une incapacité physique et chez les personnes souffrants déjà d'une incapacité, elle complique et ralentit le processus de réhabilitation* ». (April et Al.,2015)

Le problème des prescriptions d'analgésie sont les effets indésirables chez une personne âgée avec une Polymédication associée à ses comorbidités. La douleur chronique altère l'image de soi, les relations familiales. Plus le seuil de la douleur est élevé, plus il est difficile de la traiter. Les conséquences d'une douleur non soulagée auront un impact sur le plan physique comme diminution de l'appétit, les troubles du sommeil, la dégradation de la mobilité, l'agitation et la détérioration de la qualité de vie. La douleur aggrave certains symptômes gériatriques tels que les chutes, traumatismes, les défauts de posture et l'apparition d'escarre.

Et sur le plan social, les douleurs limitent les activités de la vie quotidienne, des troubles de la mémoire, de l'attention, de la dépression (pouvant entraîner des idées suicidaires) de l'agressivité verbale, et l'isolement.

L'état général peut être aussi altéré par les effets secondaires à la prise d'analgésiques, par exemple, les opioïdes, les corticoïdes et les antidépresseurs tricycliques. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens affectent les fonctions digestives, rénales et cardiaques. « *Si la douleur chronique n'est pas soulagée, c'est toute la qualité de vie qui est compromise* ». (Stenstand et Sanders,2018)

D) Les facteurs prédisposant et les facteurs précipitants

- Les facteurs prédisposants : vieillissement et douleur.

La présence concomitante de plusieurs maladies est un facteur prédominant de la douleur chez la personne âgée

L'évaluation et la gestion de la douleur sont limitées par les déficits cognitifs, les dépressions qui sont des barrières à l'expression de la douleur. Plusieurs facteurs amènent les personnes âgées à ne pas parler de leur douleur :

- Des croyances où il est impossible de traiter une douleur.
- La peur de « déranger » les soignants.

- La peur de subir des examens complémentaires par angoisse de la progression de la maladie.
 - Certains craignent les effets secondaires des traitements antalgiques et du risque d'accoutumance aux opioïdes.
 - Et pour d'autres il est normal d'avoir « mal en vieillissant ».
- Les facteurs précipitants : « L'approche des soignants ».

Plusieurs constats montrent que les soignants par manque de formation, de collaboration interdisciplinaire ne sont pas assez attentifs à la douleur persistante des personnes âgées, ce qui fait obstacle à la détection, à l'évaluation et au traitement optimal des douleurs chroniques. Les soignants décèlent moins souvent la douleur chez les patients âgés ayant des troubles de la communication que chez celles aux fonctions cognitives intactes.

L'évaluation et la détection tardive ont des conséquences sur la qualité de vie des personnes âgées, ainsi que chez les proches qui se sentent épuisés et seuls, et chez les soignants, l'incapacité de prendre en charge une douleur entraîne de la culpabilité et de l'épuisement professionnel. Vient s'ajouter plusieurs obstacles, comme le « haut taux de roulement professionnel dans les milieux hospitaliers », qui rend difficile le contact avec les patients âgés entre eux. Ainsi qu'un manque de connaissance des techniques d'évaluation et des traitements de la douleur.

- Les facteurs précipitants : « les manifestations cliniques de la douleur ».

Certains symptômes ou signes qui peuvent expliquer une douleur aiguë sont à surveiller comme « *la fièvre, la nausée, l'élévation de la pression sanguine et du rythme cardiaque, la diaphorèse⁴, la respiration peu profonde, la pâleur et la rougeur, la dilatation des pupilles, de même que les blessures et les contractures* ».

Si la douleur est chronique, selon les situations, il n'y a aucun changement de signes vitaux et aucunes manifestations physiques habituellement présentes lors des douleurs aiguës, tels que l'augmentation du rythme cardiaque, la moiteur et la froideur de la peau soient absentes.

Les patients ayant des déficits cognitifs expriment la douleur de plusieurs façons. Les soignants travaillant auprès des personnes âgées incapable de communiquer correctement, doivent s'appuyer sur différents signes pour reconnaître la douleur, l'observation reste la meilleur

⁴ Diaphorèses : transpiration, sudation de la peau.

détection comme une perturbation de l'humeur du sommeil et des mouvements, les modifications des expressions faciales et gémissements. Puis vient s'ajouter les cris, les crispations, la claudication, le refus de bouger et la diminution à la participation aux activités.

Les principaux signes à observer et qui traduisent de la douleur sont :

- L'expression du visage.
- La verbalisation ou les vocalisations.
- Les mouvements du corps.
- Les modifications des comportements dans les interactions sociales.
- Les changements dans les activités ou les routines.
- Les changements de l'état mental. (Villard, 2018)

E) La douleur complexe à domicile

A domicile, les prises en charge des patient(e)s sont différents de l'hôpital. Plusieurs facteurs rentrent en compte comme la diversité des intervenants (aide-soignante, kiné, auxiliaire de vie, orthophoniste), l'implication très forte des familles, aidants et l'absence de visite médicale quotidienne rend l'évaluation de la douleur très compliquée.

Les médecins coordonnateurs de l'HAD, médecins généralistes vont devoir trouver les informations nécessaires pour prendre la décision la plus adéquate en termes de traitement, en attendant une évaluation fiable pour le réadapter. Le manque de formation et de langage commun du personnel soignant, l'implication affective des aidants et " l'éloignement de la sécurité hospitalière " rendent difficile la prise de décision d'une prescription d'antalgiques. (Villard, 2018)

F) Le diagnostic étiologique de la douleur

La priorité pour la plupart des patients ou patientes dans un contexte de soins palliatifs est le maintien à domicile. Donc la prise en charge et la maîtrise de cette douleur est un objectif important. Mais trouver l'origine étiologique de cette douleur se complique car le transport pour effectuer une imagerie est quasiment impossible. Pour cela, la clinique sera la priorité du médecin pour trouver la solution thérapeutique. Dans le contexte de douleur complexe, l'approche globale est favorisée au détriment de la démarche clinique, plusieurs critères doivent-être identifiés et analysés par les professionnels de santé intervenant au domicile. (Villard, 2018)

G) Les modifications de la perception de la douleur liés au vieillissement

Chez les jeunes et chez les sujets âgés, le seuil de tolérance à la douleur est le même, en revanche chez le sujet âgé, la localisation de la douleur devient moins précise et l'histoire individuelle joue un rôle important dans le phénomène de mémorisation de la douleur. Ce qui explique le lien entre douleur, dépression et anxiété. Les troubles cognitifs et de la communication modifient l'expression de la douleur qui peut être traduite par une confusion. (Humeau et al., s. d.)

II - INTRODUCTION

Ce mémoire a pour objectif une analyse critique des pratiques professionnelles dont la méthodologie proposée sera le « Récit d'une Situation Complexe et Authentique » (RSCA) avec une organisation IMRAD (Introduction Méthode Résultat Analyse et Discussion).

L'analyse des pratiques professionnelles permet à chacun de prendre du recul, de réfléchir, de se remettre en question et de déterminer les leviers d'action pour progresser. C'est un moyen de développer collectivement de nouvelles approches pour améliorer l'exercice de notre profession.

Les objectifs de l'analyse professionnelle permettent de comprendre l'écart entre la tâche et l'activité, « *entre Ce qui doit être fait et Ce qui est fait effectivement* », de développer un questionnement pour faire évoluer et améliorer une pratique, de favoriser la construction de savoirs en situation complexe, de mobiliser les acquis de la formation et de développer une posture réflexive. (L'Analyse, 2015)

PROBLÉMATIQUE

Lors des transmissions d'équipe, les soignants nous posent beaucoup de questions sur les différents changements de comportements des personnes âgées non communicantes. « Il est agressif depuis quelques jours », « elle s'agrippe à nous quand on la tourne sur le côté », « il nous repousse quand on fait la toilette », « Mr C refuse les soins l'après-midi, nous pouvons arrêter le passage au soir ».

Toutes ses réflexions me posent des questions :

- Quelles sont les conséquences physiologiques et psychologiques chez un patient(e) âgée d'une douleur non détectée ou d'un retard de prise en charge de cette douleur ?
- Comment aider les soignants à interpréter ses différents changements de comportements chez des adultes ou des patients âgés avec des troubles de la communication ?

HYPOTHÈSE ET QUESTIONNEMENT

Les différentes lectures montrent que la formation est indispensable pour les équipes soignantes. Depuis la loi du 4 mars 2002, les établissements hospitaliers publics ou privés ont pour obligation de la formation continue des professionnels de santé, pour une qualité et une

sécurité des soins (douleur, soins palliatifs), le « devoir de formation » et l'accès à être formé aux nouvelles technologies. (Baur & Noiré, 2004)

- Les spécificités de la formation continue en gérontologie et de la douleur

Les soignants sont confrontés à la maladie chronique, la fin de vie, ce qui peut affecter leurs croyances, leur relation avec l'autre ou leur savoir. C'est pour cela que la formation est une forme de prévention, qui les aidera à répondre au mieux aux besoins des patients, aux risques de « maltraitance » et à la « non-qualité des soins ». Prévenir ses risques permet de prévenir l'usure liées aux conditions de travail.

La formation en gérontologie est essentielle pour tous les professionnels ou agents travaillant auprès des personnes âgées. Cette formation permet une réflexion, un échange, des analyses d'expériences.

Les objectifs finaux de ces formations sont d'améliorer les connaissances et les pratiques, d'avoir une réflexion éthique. Former les soignants permet surtout de diffuser des nouvelles connaissances techniques, d'améliorer les comportements de l'équipe soignante. (Baur & Noiré, 2004)

Est-ce que former les équipes soignantes aux repérages des changements de comportements chez la personne âgée non communicante, aura un impact sur l'anticipation de la prise en charge de la douleur ?

III-MÉTHODE

Lors de la première année de la formation d'infirmier en pratique avancée, nous avons eu un cours sur « la douleur et personnes âgées » et dans ce cours, Docteur Gires insiste sur la formation prioritaire des équipes soignantes.

Avant tout, je souhaiterais vous parler du développement de l'HAD. Car depuis dix ans l'hospitalisation à domicile connaît un essor important.

Nous avons constaté dans un premier temps, l'augmentation du nombre des établissements puis dans un second temps, le développement des capacités d'accueil des patients et le développement de l'activité des établissements déjà installés. Les prises en charge se modifient avec le temps, en 2006, les modes de prise en charge les plus courantes étaient les « pansements complexes » (plaie mal cicatrisée, ulcère, mal perforant plantaire) puis 10 ans après, les prises en charge palliatives sont devenues le mode de prise en charge principal associé à la prise en charge de la douleur. Les soins techniques en cancérologie se sont développés à domicile. Notons aussi que les durées de séjour sont plus longues et les patients plus âgés. Et « *les pathologies et prises en charge sont plus lourdes* » (Mauro, 2017).

Durant la crise sanitaire, L'HAD a augmenté ses capacités d'accueil (de + 10.5%) et du nombre de séjour de (15.8%). Cela s'est expliqué par « *un report d'une partie de l'activité de la Médecine, Chirurgie Obstétrique (MCO) vers l'HAD* », ce report d'activité s'est expliqué par le risque de contagion entraînant la déprogrammation des interventions et le transfert du personnel soignant de ses services vers les unités COVID 19. (Boisserie-Lacroix et al., 2017)

Pendant cette crise, Le ministère des solidarités et de la santé crée « *une feuille de route HAD 2021-2026* ». Cette réflexion a pour objectif de recenser les actions à conduire pour développer l'Hospitalisation à Domicile et une des priorités de « *cette feuille de route* » favoriser la formation du personnel soignant en HAD.

2-1) Le cadre législatif

Le Code de la santé publique prévoit pour tout patient et patiente de recevoir des soins pour diminuer ou soulager la douleur, depuis la loi du 4 Mars 2002 : « *la loi relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé* ». (DGOS, 2023)

→ Art L1110-5 « *Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée* ». (Juridique, 2005)

→ Art L1112-4 *Les établissements de santé, publics ou privés, et les établissements médico-sociaux mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent et à assurer les soins palliatifs que leur état requiert, quelles que soient l'unité et la structure de soins dans laquelle ils sont accueillis.*

→ TITRE IER : « *Profession d'infirmier ou d'infirmière Chapitre I : Exercice de la profession Section 1 : Actes professionnels* »

→ « Art R4311-2 *Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs ... ont pour objet* » : (Juridique, 2005)

5° « *De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage* ». (Juridique, 2005)

→ Art R4311-5 « *Dans le cadre de son rôle propre : 19° Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, **évaluation de la douleur*** ». (Article R4311-5 - Code de la santé publique - Légifrance, 2019)

IV- RÉCIT

4.1) Les cas cliniques

Afin d'illustrer ce travail je vais vous présenter les 4 cas cliniques, vécus lors de mes missions en tant qu'infirmière coordinatrice et qui m'ont amenée à cette réflexion.

Je vais vous présenter le cas de Madame B, âgée de 86 ans, poly pathologique, est en HAD pour prise en charge de la douleur d'un néo mammaire gauche avec métastases pulmonaires et osseuses.

Mme a besoin d'aide pour les actes de la vie quotidienne, une aide complète pour la toilette, Mme B est levée au lève malade puis installée au fauteuil, les repas sont préparés par la famille, Mme B est veuve, habite seule et a 4 enfants qui sont présents dans la prise en charge.

Lors de ma visite à domicile, Mme B nous signale des douleurs dans le « bas du dos », je lui demande d'évaluer sa douleur sur une échelle de 0 à 10, en lui expliquant que 0 veut dire « pas de douleur et 10 est « la douleur maximale. Elle évalue sa douleur à 8/10 surtout lors des mobilisations et s'accroît depuis quelques jours. Donc Mme B refuse d'être mise au fauteuil, n'a pas le moral d'après son fils. Elle réclame à sa famille trois comprimés de paracétamol mais est très peu soulagée.

Dans le classeur des transmissions à disposition à domicile, les soignants notent une Algoplus à 2/5. C'est une échelle d'hétéro-évaluation qui sera expliquée dans le développement du contenu de la formation.

Les éléments qui me posent problèmes dans cette situation, sont que l'échelle utilisée par les soignants, n'est pas adaptée à la cognition de la patiente, l'échelle Algoplus utilisée est cotée à 2/5, il n'y a pas de transmissions sur la prise en charge de cette douleur dans le dossier de Mme B et le médecin généraliste n'a pas été interpellé.

Pour mon deuxième cas clinique, Monsieur C est âgé de 92 ans, est atteint de la maladie Alzheimer avec trouble de la déglutition ayant entraîné depuis quelques mois des hospitalisations itératives pour pneumopathies d'inhalation. Mr C est très affaibli. Depuis sa dernière hospitalisation, Mr est grabataire et ne communique plus, il est calme, ne s'alimente

plus. La situation palliative a été expliquée à son épouse et à ses 5 enfants, il est très entouré par sa famille. Mr C. est en HAD pour prise en charge palliative.

Monsieur C est dépendant pour les actes de la vie quotidienne, la toilette est effectuée en binôme avec un(e) aide-soignant(e) et un(e) infirmier(e) de l'HAD. Mr est alité, ne va plus au fauteuil.

Lors des transmissions d'équipe, ceux-ci ne comprennent pas le comportement de Mr C, celui-ci d'habitude calme pendant les soins, depuis quelques jours les repousse, s'accroche à eux lorsqu'il est mobilisé pour les soins.

Un élément me pose question dans cette situation, il n'y a pas de mise en place d'une échelle d'hétéro-évaluation (Algoplus, ECPA, toutes ses échelles seront expliquées dans le développement du contenu de la formation). Car un changement de comportement chez une personne âgée non communicante doit-être analysé car beaucoup de symptômes peuvent accentuer les troubles cognitifs comme la douleur, une infection, une déshydratation ... toutes ses causes doivent être explorées pour agir sur les troubles du comportement de Mr C et améliorer sa qualité de vie.

Dans le troisième cas clinique, Mr G est âgé de 93 ans, il vit en EHPAD, nous intervenons pour prendre en charge la douleur. Dans un contexte de néo de la prostate métastasée au niveau osseux en L4-L5 et sur le bassin, Mr a des douleurs lors des mobilisations, des soins de nursing et lors de la réfection de son pansement d'ulcère de la jambe gauche, Mr exprime sa douleur par des gémissements, des cris.

Les soins de nursing sont réalisés par les aide-soignant(e)s de l'EHPAD, et l'infirmier(e) de l'HAD s'occupe de la réfection et de la surveillance de la PCA⁵ de morphine en sous cutanée. C'est un système sécurisé qui permet au patient de recevoir de la morphine en continu sur 24h et un nombre de bolus avec une période réfractaire (le délai minimal entre deux bolus) définie par le médecin prescripteur.

Pour les actes de la vie quotidienne, Mr G a besoin d'une aide complète pour la toilette, une mise au fauteuil avec lève-malade, il est incontinent mixte, il a un comportement, calme, au niveau relationnel, Mr s'exprime très peu.

Les éléments qui m'ont interpellé lors de ma visite à domicile sont :

⁵ Patient Controlled Analgesia / Analgésie Autocontrôlée par le Patient

- Lorsque que je prends connaissance des transmissions des IDE HAD, il n'y a pas de transmissions entre les soignants de l'EHPAD et les infirmier(e)s de l'HAD lors de leur passage matin et soir, pour savoir si Mr G reste douloureux ou s'il y a une diminution de la douleur durant les soins de nursing et la réfection du pansement de la jambe.
- Aucun de ses éléments figurent dans son dossier de soin. Il n'y a pas d'échelle de la douleur notée dans les transmissions écrites, il y a juste la surveillance de la PCA de Morphine, le nombre de bolus sur 24h et le volume résiduel de la PCA de Morphine.

Pour le quatrième cas clinique, Mr P, est âgé de 88 ans, vit avec son épouse, il est pris en charge en HAD pour soins palliatifs sur un néo de l'ORL et de la prostate.

Pour les aides de la vie quotidienne, Mr P a besoin d'une aide complète pour la toilette, il va au fauteuil avec son déambulateur, il mange très peu. Il a constamment des douleurs dans la mâchoire, irradiant au niveau temporal. Il est cohérent et communique très bien. A son admission il y a quelques semaines, Mr avait une prescription de Durogésic⁶ à 50 µg et depuis quelques semaines je constate une augmentation du Durogésic à 125µg.

Lors de ma visite à domicile, Mr P se plaint de ses douleurs au niveau de la mâchoire (dues à son cancer de l'ORL) entraînant une névralgie et provoquant des céphalées. Il me décrit une douleur à type de « décharge électrique » irradiant dans l'oreille gauche et dans la tête, ses accès de douleurs durent quelques secondes mais se répètent plusieurs fois dans la journée. Mr me signale être très peu soulagé par le patch de Durogésic et lorsqu'il prend du paracétamol lors des accès douloureux. Après cette discussion avec Mr P, je lui pose les questions du questionnaire DN4 (questionnaire pour évaluer les douleurs neuropathiques) et j'obtiens un score de 7/10, confirmant les douleurs de type neuropathiques.

Les infirmières et aides-soignantes de l'HAD évaluent bien la douleur de Mr P avec l'échelle Numérique à 6/10, c'est une échelle d'auto-évaluation car elle est adaptée aux capacités cognitives de Mr P, il est capable d'évaluer sa douleur. Mais elle n'est pas adaptée au type de douleur ressenti par Mr P. Les équipes soignantes interpellent régulièrement le médecin généraliste pour revoir le traitement de la douleur.

Après avoir repéré ces différents éléments, je me suis rappelée qu'il y a quelques années, j'ai participé aux IQSS (Indicateur pour la Qualité et de la Sécurité des Soins). Ces IQSS sont des indicateurs demandés par La Haute Autorité de Santé (HAS). Ses indicateurs évaluent « *la*

⁶ Antalgique puissant, dérivé de la morphine, dispositif transdermique

tenue du dossier, le délai d'envoi du courrier en fin d'hospitalisation, le dépistage des troubles nutritionnels et la traçabilité de l'évaluation de la douleur », ils permettent d'évaluer la qualité des soins et la sécurité des patients d'un établissement hospitalier. (G, 2009)

Je me suis mise en relation avec le Service Qualité de Santély. Ils m'ont donné les éléments manquants dans les IQSS qui sont :

- L'absence d'échelle de la douleur.
- Pour les douleurs modérées ou intenses, la stratégie de prise en charge de la douleur et la réévaluation de la douleur après la mise en place du traitement antalgique.

Je me suis mise en relation avec le Comité de Lutte contre la douleur de Santély, pour me renseigner sur une future formation douleur serait prévue durant les prochains mois. Une formation douleur a été réfléchi en 2019, aurait dû être mise en place en 2020 mais non réalisée suite à l'épidémie de COVID 19.

Dans un deuxième temps, j'ai demandé aux soignants durant les transmissions d'équipe qui se déroulent tous les jours entre 13h45 et 14h45. Je leur ai posé comme questions "ce qui leur manquaient pour améliorer la prise en charge de la douleur ?", "s'ils se trouvaient en difficultés lors de l'évaluation de la douleur ?".

Pour les aide-soignant(e)s, il y a un "manque de temps à domicile pour évaluer la douleur, la vitesse des soins est trop rapide", "Savent qu'il y a de la douleur liée aux soins mais on fait à la place des patients », « nous n'avons pas le temps de laisser aux patients de débiter la toilette", "je ne prends pas le temps de me poser, de réfléchir", "les changements de comportements sont difficiles à interpréter chez la personne âgée, l'agressivité ou le refus de soins est souvent mis sur le compte d'une démence".

Pour certaines et certains infirmier(e)s "n'ont pas eu assez de formation axée sur la douleur lors de leurs études", "Ils n'ont même pas une réglette EVA dans leur mallette", et "l'échelle Algoplus n'a pas été expliquée lors de sa mise en place dans le service", "le manque de visibilité médicale pour mettre en place les traitements de la douleur", "j'appelle le médecin traitant mais il vient quelques jours après et hors des soins", "ça entraîne un retard dans la mise en place des traitements", "l'échelle Algoplus a ses limites, dans certaines situations elle ne fonctionne pas".

A la question savez-vous reconnaître les douleurs neuropathiques et connaissez-vous le questionnaire DN4 ? “Je sais la reconnaître, décharge électrique, fourmillement, mais je ne connais pas le questionnaire DN4”.

Je leur demande s'ils connaissent l'hétéro-évaluation comme la Doloplus-2 ou l'ECPA ? ils connaissent mais ne savent pas s'en servir.

Puis lors des réunions pluri disciplinaires qui se déroulent avec les médecins coordinateurs, l'assistante sociale, la diététicienne, la psychologue et l'infirmière coordinatrice, ces réunions permettent au médecin HAD d'évaluer l'état général des patients et d'anticiper les besoins (sociaux, nutritionnels, psychologiques), de planifier des Visites à Domicile, si la situation se complique. Donc j'ai demandé aux médecins coordinateurs “ ce qui manque dans les transmissions des soignants ? ”

“ Il y a un manque d'information dans les transmissions orales ou écrites, on me dit “ il a mal, et débrouille toi avec ça ”,

Il manque souvent comme informations :

- La localisation de la douleur.
- Le type de douleur.
- La caractérisation de la douleur.
- Si c'est une douleur aiguë ou chronique.
- Sur la réévaluation des traitements après leurs mises en place.
- Combien d'interdoses ou de bolus sont administrés, leurs efficacités et leurs durées d'action.

“ Il y a un manque de formations sur les différentes échelles d'hétéro-évaluation et sur le questionnaire DN4 pour reconnaître les douleurs neuropathiques ». « Ils n'ont pas le réflexe ou l'initiative de changer d'échelle comme utiliser la Doloplus-2 quand l'Algoplus n'est plus justifiée ”.

Après analyse des 4 cas cliniques, discussion avec l'équipe paramédicale et médicale et avoir fait le point avec le service, j'ai utilisé la méthode SWOT⁷, qui est un outils d'analyse pour

⁷ Signifie en français le Force, Faiblesse, Opportunité et Menace

identifier les Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces⁸ du service et pouvoir mettre en place des actions en agissant sur les faiblesses et menaces.

Je me suis rendue compte que mon hypothèse de départ « **Est ce que former les équipes soignantes aux repérages des changements de comportements chez la personne âgée non communicante, aura un impact sur l'anticipation de la prise en charge de la douleur ?** » ne répondait pas aux difficultés prioritaires des soignants, en effet, je constate que leurs manques de connaissances et de formation concernant les types de douleur et son évaluation. A ce jour, les médecins coordinateurs n'ont pas l'information nécessaire pour adapter au mieux les traitements. De plus, l'exigence des indicateurs IQSS concernant la douleur sont régulièrement manquantes dans les dossiers. Je me suis adaptée aux priorités du service et aux critères de l'HAS en organisant des formations de la douleur auprès de soignants.

Donc je reformule mon hypothèse générale qui est « **Est-ce que former les soignants aux différents types de douleur et aux multiples échelles d'auto-évaluation et d'hétéro-évaluation aura un bénéfice sur l'anticipation de la douleur** ».

4.2) Élaboration du plan de formation

Pour mettre en place ce projet, nous avons eu une intervention sur « la démarche qualité et amélioration continue », et la méthode de la Roue de Deming- PDCA⁹ me paraît la plus pertinente pour mettre en place ce projet. Un peu d'histoire, W. Edwards Deming est un Américain, statisticien, professeur d'université, ces théories montrent que les défauts des produits sont dus à un défaut de management.

Le PDCA permet l'amélioration de la démarche continue. La Roue de Deming est un moyen mnémotechnique pour repérer les étapes à suivre pour améliorer la qualité. Cette méthode englobe quatre étapes, chaque étape entraîne l'autre

L'explication des 4 étapes du cycle PDCA,

La première étape est de "Planifier (plan)": les objectifs de la formation, les résultats attendus, de planifier les participants à la formation (Infirmier(e)s, Aide-soignant(e)s, l'ordre de la formation et les risques ou les contraintes potentiels.

⁸ ANNEXE : 1

⁹ PDCA – Roue de Deming. (s. d.). Consulté 15 mai 2023, à l'adresse

La deuxième étape est de “Développer ou réaliser (Do)” : dès que le contenu de la formation est établi et que les dates de formation sont planifiées, le projet peut être mis en place.

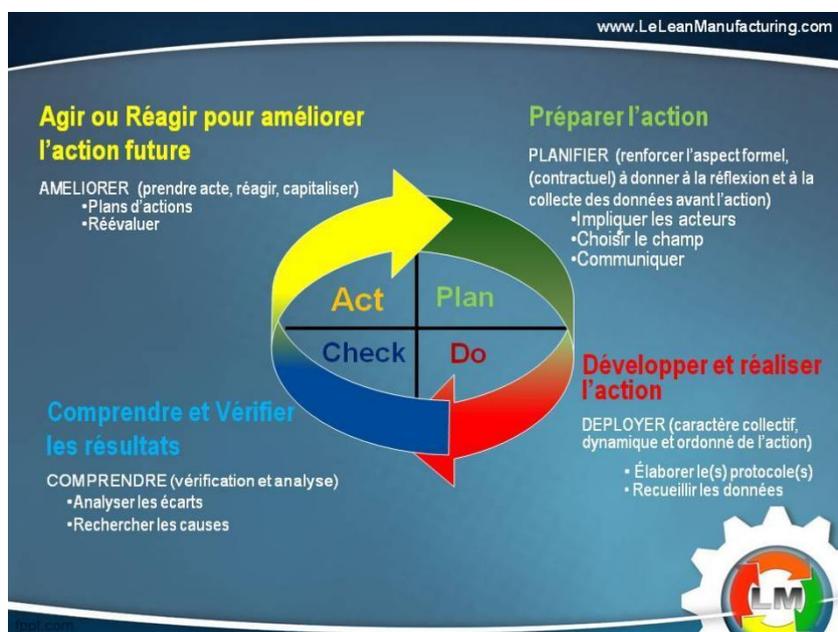
La troisième étape est de “Contrôler (Check)” : s’assurer que le déroulement de la formation fonctionne. Cette étape sert à améliorer le projet, par l’amélioration continue. S’assurer que tout s’est déroulé comme prévu, certains éléments peut-être améliorer au cours de cette phase de réalisation, cela s’appelle l’amélioration continue. Le plan de la formation ou le contenu peuvent être modulés pour que les objectifs soient atteints ».

La quatrième étape, « Agir ou ajuster (Act)”, est la phase d’ajustement, qui contribue à l’amélioration du projet. (Asana, 2022).

Ce cycle PDCA empêche la Roue de Deming de s’arrêter, cette roue doit toujours être en progression, les phases Check et Act interviennent dans l’amélioration continue, il faut vérifier les résultats attendus, et corriger si nécessaire.

Les avantages du PDCA : très utile pour une équipe qui ont un projet d’amélioration continue et cette méthode est souple et est adaptée à tous les projets. Elle permet de faire des changements au cours du processus et d’observer rapidement les résultats.

Les inconvénients du PDCA : pour que le PDCA soit efficace, il faut que le projet soit validé par la direction. Ce cycle doit être répété plusieurs fois pour en connaître sa plus-value, plus nous mettrons en œuvre le PDCA plus les objectifs de la formation seront atteints. Ce n’est pas adapté pour les projets urgents.



La mise en application de la méthode PDCA- Roue de Deming :

- **Planifier (Plan)** : le plan de la formation doit répondre aux priorités, besoin du service en termes de prise en charge de la douleur chronique. Pour élaborer ce plan de formation, j'ai collaboré avec les médecins coordonnateurs de l'HAD, le Comité de Lutte de la douleur (CLUD) et la direction de l'HAD.

Avec l'aide de ma directrice de mémoire, nous avons élaboré un contenu de formation qui reprend les bases de la douleur chez l'adulte, la personne âgée communicante et l'adulte et la personne âgée non communicante.

Je dois prendre en compte les contraintes du domicile (le temps de soin, les interactions comme les aidants ou les proches qui peuvent être très demandeurs ou même des appels d'autres familles qui interfèrent avec le travail du soignant au domicile. Un contenu de la formation clair, surtout un retour d'échange, le temps de formation doit être optimisé car la formation est prévue après leur matinée de travail ou avant de prendre leur poste d'après-midi.

J'ai demandé aux médecins coordinateur de l'HAD d'être présents durant mes interventions pour répondre aux questions médicales ou amener des informations qui les aideront à prescrire aux mieux les traitements.

1) Définition des objectifs de formation qui sont :

- Améliorer les connaissances des phénomènes douloureux,
- Pouvoir mettre en pratique les connaissances et savoir utiliser les différentes échelles de la douleur,
- Améliorer la qualité de vie des patient(e)s
- Amener le maximum d'informations pertinentes aux médecins pour adapter au mieux le traitement.
- Avoir un langage commun.

2) Développement du contenu de la formation.

Le support de formation utilisé est le Power Point¹⁰,

Je leur ai parlé du phénomène de mémorisation de la douleur, plus une douleur se répète, plus elle est vécue comme intense. Une douleur aiguë ou mal prise en charge aura tendance à se chroniciser. C'est le phénomène de conditionnement qui est une anticipation anxieuse lors des soins suivants.

¹⁰ ANNEXE 9

Expliquer les différents types de douleurs (nociceptive, mixtes, neuropathiques, psychogènes) et la douleur induite par les soins avec l'apport de cas concrets ou de cas vécues à domicile (retour d'expérience).

De définir la douleur aiguë, elle est brève, réversible et dure moins de 6 semaines cependant la douleur chronique dure plus de 3 mois, elle persiste même si la cause de la douleur a disparu.

Énumérez les différentes échelles d'auto-évaluation et d'hétéro-évaluation qui sont mises à disposition par le CLUD de Santély. Insister sur le fait que l'utilisation des échelles hétéro-évaluation nécessite un apprentissage et que le temps de notation de l'échelle diminue avec l'expérience.

- EVA¹¹
- EN¹²
- Le questionnaire DN4 spécifique aux douleurs neuropathiques.¹³

Puis la formation est plus axée sur les échelles d'hétéro-évaluation

- Algoplus¹⁴
- Doloplus¹⁵
- ECPA¹⁶

L'Algoplus évalue surtout la douleur aiguë (des fractures, ou un accès douloureux transitoire sur un cancer, la douleur provoquée par les soins chez l'adulte ou la personne âgée de plus de 75 ans avec des troubles de la communication, il y a 5 items : 1 visage, 2 regard, 3 plaintes, 4 corps et 5 comportements, qu'il faut respecter l'ordre de ces items pour la notation).

La grille Doloplus-2 est réservée à la détection de la chronique. La douleur est évaluée par l'observation des retentissements somatiques, psychomoteurs et psychosociaux. Je mets en avant la partie psychosociale qui est à remplir avec l'aide des proches, aidants et intervenants au domicile, cela permet de les intégrer dans la prise en charge. C'est une échelle de 10 items, chaque item sont cotés de 0 à 3, si le score de l'échelle est de 5/30 ou plus, il faut surveiller, interpellé l'équipe médicale et mettre en place la stratégie thérapeutique et réévaluer la douleur tous les jours, voire 2 fois par jour, jusqu'à ce que la douleur a diminué, voir disparue.

La grille ECPA¹⁷ comporte 8 items, cotée de 2 à 4, elle est utilisée au repérage des douleurs chroniques et des douleurs récurrentes pendant les soins, je prends le temps d'expliquer que tout changement de comportement doit faire évoquer une douleur, les comportements passifs (repli sur soi, anorexie...) sont aussi importants que les comportements actifs (agressivité, plaintes, gémissements). Qu'il est aussi intéressant et judicieux d'intégrer de l'aide de

¹¹ ANNEXE 3

¹² ANNEXE 4

¹³ ANNEXE 5

¹⁴ ANNEXE 6

¹⁵ ANNEXE 7

¹⁶ ANNEXE 8

¹⁷ <https://www.revuedegeriatrie.fr/publication/evaluation-de-la-douleur-dans-le-grand-age-ou-en-somme-nous-en-2021/>

l'entourage du ou de la patiente, des auxiliaires de vie surtout pour le retentissement psychosocial.

Dans mes recherches, j'ai repéré le schéma des zones douloureuses¹⁸ qui est très pratique pour détecter les douleurs multiples ou diffuses ou reconnaître des douleurs neuropathiques. Il permet un suivi comparatif au cours du temps, surtout ce schéma est intéressant pour tous les intervenants du domicile, pour les rotations du personnel et amener une information plus précise aux médecins.

J'ai rappelé les recommandations pour les soins douloureux comme évaluer le besoin de soins par rapport à l'inconfort potentiel, de savoir arrêter, suspendre ou différer un soin douloureux selon l'état général du patient, d'organiser les soins de façon pertinents, de l'importance de maîtrise du geste par le soignant et de l'importance de laisser au patient son autonomie.

Pour améliorer les transmissions écrites et orales, je leur mets à disposition un moyen mnémotechnique le « TILT » et l'importance de tracer la douleur dans le dossier de soins pour un meilleur suivi et pour les critères IQSS demandés par l'HAS :

- T : type de douleur : « compression », « élancement », « coup de poignard » etc.
- I : intensité de la douleur : évaluée par une échelle adaptée et le retentissement sur le sommeil, l'appétit,
- Localisation : les membres supérieurs, inférieurs, le dos...
- Temps : depuis quand ? A quel moment ? le jour ? la nuit ? et son évolution »

Je leur parle des conséquences de la douleur non soulagée ou repérée trop tard, qui altère le quotidien, la personne adulte ou personne âgée se mobilise moins bien, diminue son périmètre de marche, son moral en baisse avec des troubles de l'humeur, des troubles alimentaires allant jusqu'à l'anorexie, des troubles de la cognition qui se dégradent et un sommeil fluctuant, non réparateur. Toutes ses conséquences altèrent la QUALITÉ DE VIE du patient(e).

Je termine la formation par 2 cas concrets pour définir une douleur nociceptive, mixte etc., cette intervention dure environ une heure.

Développer ou réaliser (Do)

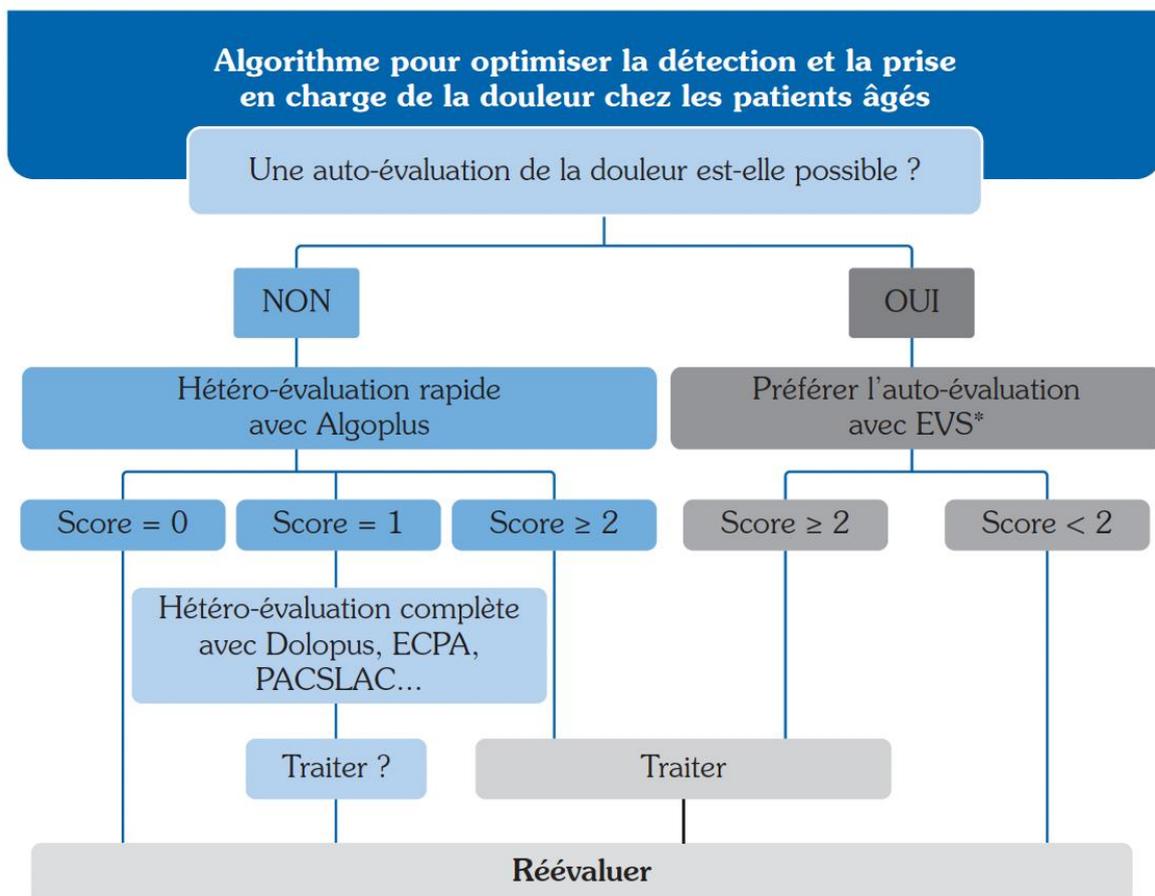
Avec ma directrice de mémoire qui est aussi cadre de santé et les médecins coordinateurs, nous avons planifier les formations pour les 11 aide-soignant(e)s, 30 infirmier(e)s de l'HAD Artois Ternois, les séances se sont déroulées les mercredis (5-19-26 avril et le 3 mai) de 13h45 à 15h. Un questionnaire¹⁹ anonyme avec la fonction (IDE ou As) à renseigner, ce questionnaire permet d'évaluer la formation « à chaud » est remis à la fin de la formation et un temps de 15 minutes est laissé pour remplir le questionnaire.

¹⁸ ANNEXE : 8 https://www.has-sante.fr/jcms/c_540915/fr/evaluation-et-suivi-de-la-douleur-chronique-chez-l-adulte-en-medecine-ambulatoire

¹⁹ ANNEXE 9

Contrôler (Check) : pour donner suite à certains commentaires relevés dans les questionnaires, j'ai adapté le contenu de la formation surtout en y incluant des cas concrets pour savoir décrire les types de douleurs. Ex : Nociceptives, neuropathique etc

Puis j'ai intégré, les signes qui peuvent-être interpellant chez la personne âgée, comme le repli sur soi, l'agressivité, l'anorexie, le refus de soin qui peuvent être des complications de la douleur. Avoir connaissance de ses signes aidera les soignants à repérer une douleur et de prendre l'initiative d'évaluer la douleur par une échelle d'hétéroévaluation.



* EVS à 5 points

V- RESULTATS

L'élaboration du plan de formation a été validée par la Direction de Santély, le Comité de Lutte contre la Douleur, les médecins coordonnateurs de l'HAD et les Cadres de Santé. Le plan de la formation reprend tous les besoins des soignants en termes de connaissance sur la douleur, ainsi que l'amélioration de la description de la douleur et surtout optimiser les transmissions écrites et orales.

L'évaluation de la formation :

L'évaluation de la formation se fera en plusieurs temps :

Pour une évaluation à court terme, j'ai analysé les questionnaires distribués à la fin de la formation à chaque soignant et puis j'ai étudié 60 dossiers patients sur les transmissions ciblées de la douleur en rapport avec les critères IQSS demandés par l'HAS.

Mais je commencerais par la reprise des faiblesses des soignants FFOM (Annexe 1) qui est mis en rapport avec le contenu de la formation.

Pour une évaluation sur du moyen terme, j'utiliserai un questionnaire qui sera remis au médecins coordinateurs.

1) FFOM des faiblesses Infirmier(e)s et Aides-Soignantes : ANNEXE 1

Lors de ma discussion avec les soignants, le constat est que la priorité de la formation doit-être centrée sur les différents types de douleur et les échelles d' auto-évaluation et d'hétéro-évaluation donc j'ai adapté cette formation à leur priorité.

Je reprends quelques problèmes énumérés par les soignants avec en parallèle ma solution apportée avec le contenu de la formation.

- « Échelles Algoplus non expliquée lors de sa mise en place dans le service » :

J'ai repris comme information, l'Algoplus évalue la douleur aiguë chez les patients qui ont des troubles de la communication. L'observation du patient est très importante et il faut respecter l'ordre des items pour l'évaluation : le visage (crispé) en premier puis le regard (fuyant, fixe), les plaintes (gémissements, cris), la position du corps (position des protections d'une zone douloureuse) et le comportement en général (agitation, agressivité)

- « Echelle Algoplus n'est pas toujours adaptée à l'évaluation de la douleur surtout chez personnes âgées non communicantes », les soignants me font part que l'échelle Algoplus à ses limites, que dans certaines situations, elle n'est pas adaptée.

En fait, les soignants n'ont pas le réflexe de changer d'échelle d'hétéro-évaluation pour la douleur aiguë pour une échelle d'hétéro-évaluation pour la douleur chronique par manque de connaissance.

Lors de la formation j'initie les soignants aux échelles ECPA et Doloplus-2, en leur expliquant les différents items, en prenant des exemples, en expliquant à partir de quel seuil (score) nous interpellons le médecin pour la mise en place d'un traitement antalgique ou la réadaptation du traitement.

- « On fait à la place des patients, on n'a pas le temps de laisser aux patients débiter la toilette », « manque de temps à domicile pour évaluer la douleur », « vitesse de soins trop rapide » :

La formation comporte la douleur induite par les soins, l'importance de laisser l'autonomie aux patients pour diminuer les douleurs.

- « On connaît les douleurs neuropathiques » mais ne connaissent pas ou très peu le questionnaire DN4,

Le questionnaire DN4 a été expliqué, surtout il doit être utilisé que si le patient peut répondre aux questions donc c'est une auto-évaluation. Pour les patient(e)s non communicant(e)s, je leur donne des exemples qui pourraient faire penser à une douleur neuropathique comme le passage du gant lors de la toilette, qui peut créer des douleurs, ou le patient(e) qui ne supporte pas les draps sur les jambes ...

2) Résultats des questionnaires post formation.²¹

Dans cette partie, je vais énumérer les résultats obtenus des questionnaires donnés à la fin de chaque formation aux infirmier(e)s et aides-soignantes pour s'assurer que les objectifs soient atteints, la qualité de la formation perçue par les soignants, et surtout identifier les domaines qui méritent des améliorations et ajustements pour optimiser le maintien de ses compétences.

Pour la réalisation de ce questionnaire, je me suis inspirée du modèle de « LIKERT »²², les « échelles de Likert » servent à mesurer des opinions de manière plus nuancée. Ce questionnaire est composé de 5 questions avec un ensemble d'options de réponses verbales, et d'un espace commentaire pour améliorer la formation.

J'ai utilisé le logiciel Google Sheets, pour entrer les résultats du questionnaire et réaliser les graphiques combinés pour chaque question.

Il y a eu 5 séances de formation qui ont duré chacune une heure et 30 infirmier(e)s et 11 Aide-soignant(e)s ont été formés donc 41 questionnaires récupérés.

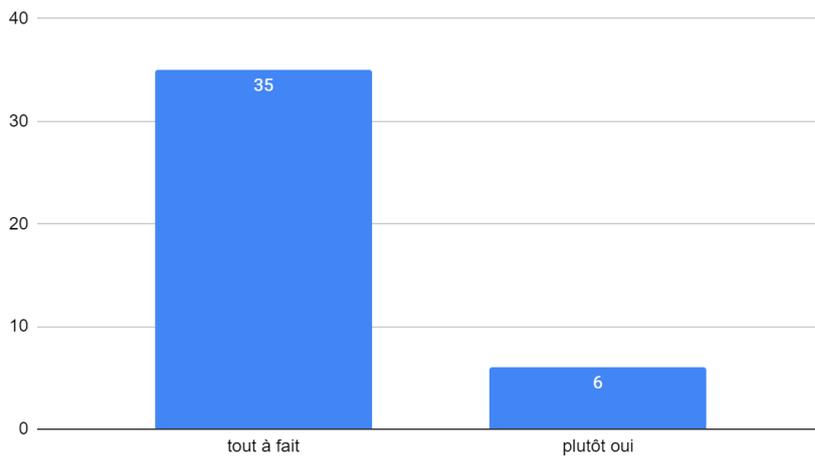
Pour la première question : le contenu de la formation a-t-il répondu à vos attentes ?

Pour 35 infirmier(e)s et aides-soignantes le contenu de la formation a répondu entièrement à leurs attentes, pour 6 infirmiers et aides-soignantes le contenu de la formation est satisfaisant.

²¹ ANNEXE 9 : questionnaire post-formation

²² Échelle de Likert : Exemples et mode d'emploi. (2021, septembre 2).

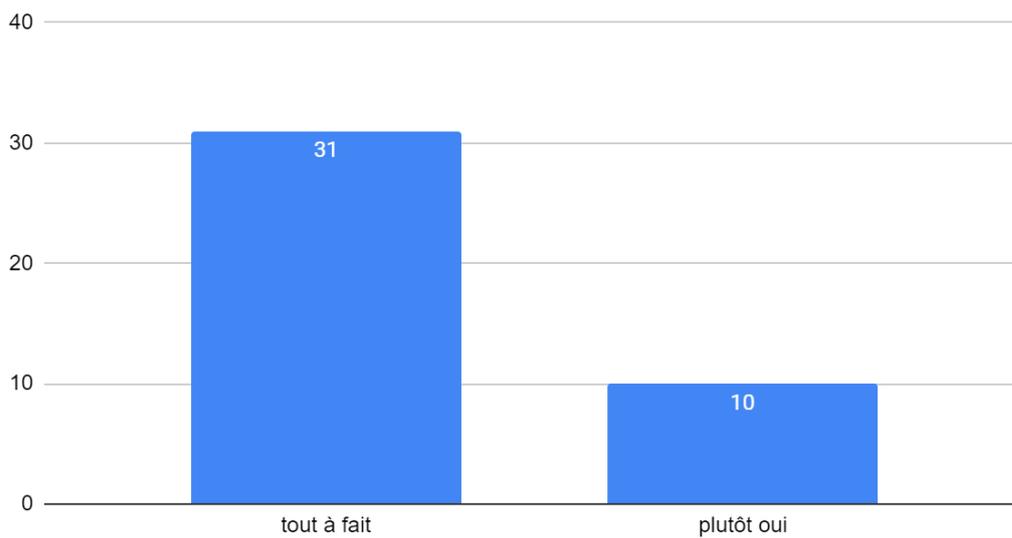
Le contenu de la formation a-t-il répondu a vos attentes ?



Pour la deuxième question : Pensez-vous avoir acquis à présent des données utiles pour améliorer vos pratiques ?

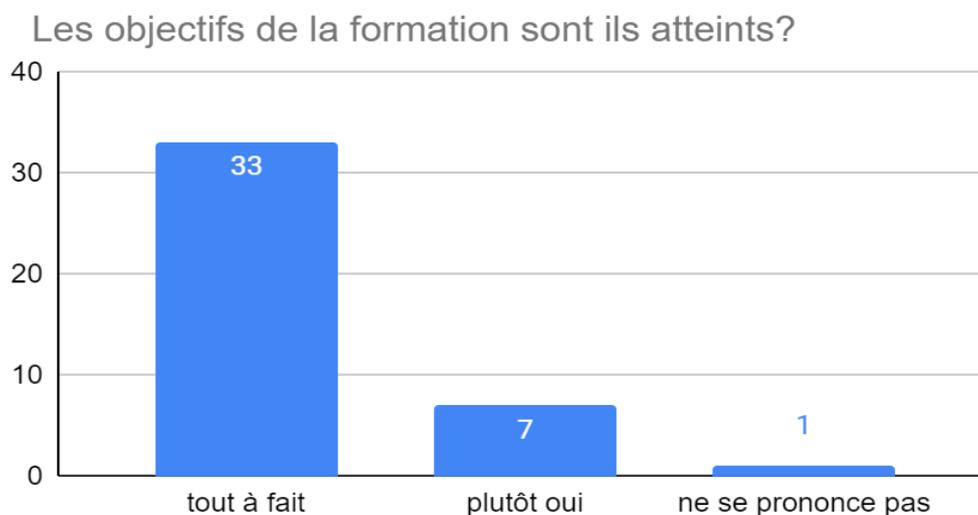
31 infirmier(e)s et Aides-soignantes vont améliorer leurs pratiques grâce aux acquis de la formation et 10 infirmières et aides-soignantes sont mitigées.

Pensez vous avoir acquis à présent des données utiles pour améliorer vos pratiques?



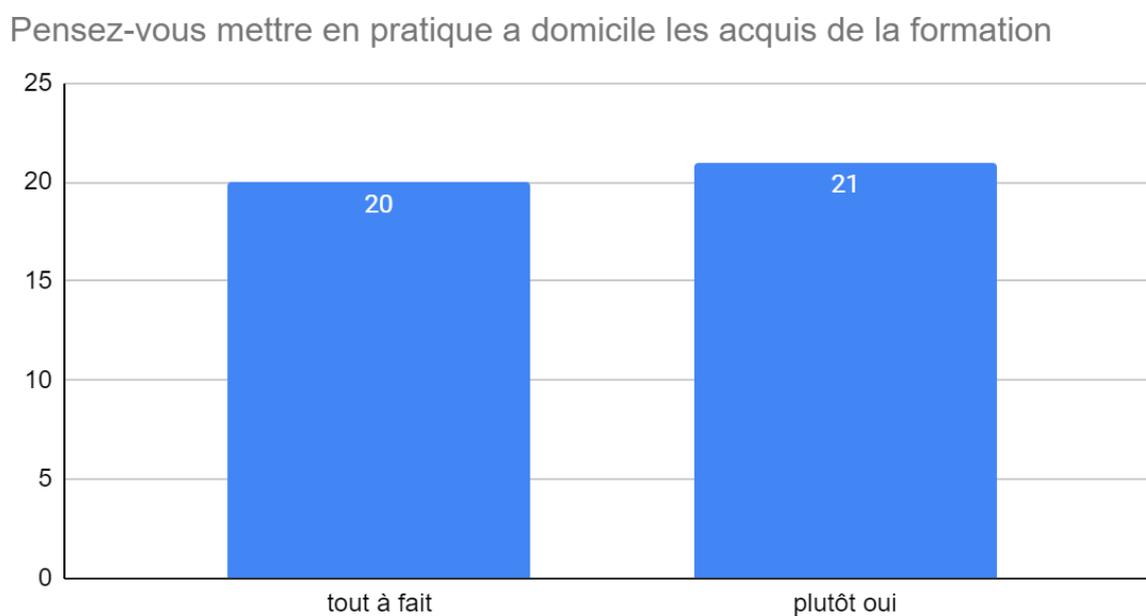
Pour la troisième question, les objectifs de la formation sont-ils atteints ?

Pour 33 soignants les objectifs de la formation ont été pleinement atteints, une personne ne se prononce pas et mes objectifs sont partiellement atteints pour 6 soignants.



Pour la quatrième question : Pensez-vous mettre en pratique à domicile les acquis de la formation ?

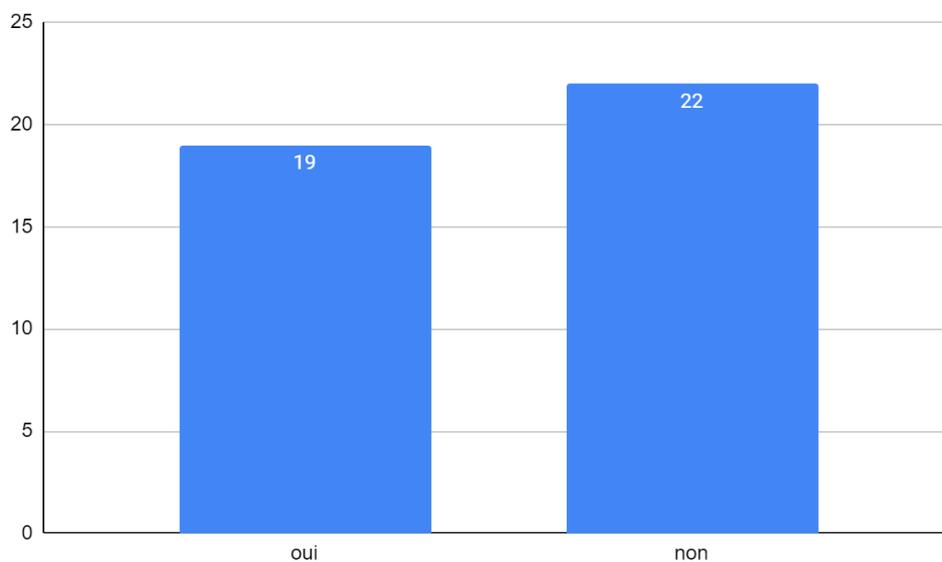
20 infirmier(e)s et Aide-soignant(e)s se sentent prêt(e)s à mettre en pratique la formation à domicile tandis que 21 infirmier(e)s et aide-soignant(e)s ont besoin d'accompagnement.



Pour la dernière question, ressentez-vous le besoin d'une formation complémentaire ?

19 des soignants ont besoin d'une formation complémentaire et 22 soignants pensent que la formation est complète pour mettre en place les acquis de la formation à domicile.

Ressentez-vous le besoin d'une formation complémentaire ?



VI- ANALYSE

Dans cette partie, je vais analyser les résultats obtenus, mais dans un premier temps, je reprends mon hypothèse générale : « **Est-ce que former les soignants aux différents types de douleur et aux multiples échelles d'auto-évaluation et d'hétéro-évaluation aura un bénéfice sur l'anticipation de la douleur** ».

- 1) Analyse des faiblesses recueillies par le service qualité : reprise des faiblesses dans le FFOM (Annexe 1).

Les IQSS sont réalisées une fois par an sur les dossiers de l'année précédente, les données sont extraites des transmissions dans le logiciel « Athome » (ce logiciel est intégré dans le téléphone professionnel de chaque soignant, cela leur permet d'effectuer leurs transmissions écrites chez le patient, en temps réel) et les transmissions dans le classeur HAD qui se trouve au domicile du patient. (Lors de l'admission un classeur est déposé à domicile reprenant les données administratives, médicales (ordonnances) et paramédicales (feuilles de surveillance des constantes, des plaies, des transmissions soignantes). Le dernier IQSS s'est déroulé en mars 2023, évalué sur 60 dossiers de patients de 2022.

- Pour la mention de l'échelle utilisée : sur 60 dossiers, il y a 49 dossiers avec une mention de l'échelle utilisée. 10 dossiers sans échelle mais où figure la mention « pas de douleur » ou « douleur stable » et un dossier sans traçabilité d'évaluation de la douleur durant son séjour en HAD.
- Pour la stratégie de prise en charge de la douleur, lors des douleurs modérées ou intenses (traitement antalgique mis en place ou traitement antalgique réadapté) et une réévaluation de la douleur après la mise en place du traitement : 16 patients qui ont une douleur modérée ou intense, ont une stratégie d'évaluation et 8 dossiers où il y a une réévaluation après la mise en place du traitement.

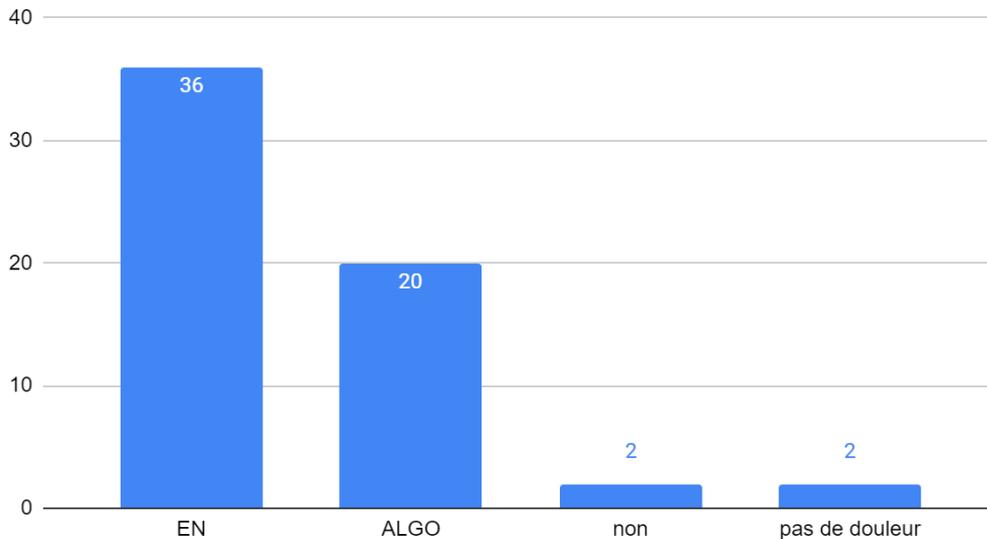
Pour évaluer la formation, je me suis mise dans les mêmes conditions que l'évaluation des IQSS fait une fois par an. J'ai analysé les dossiers informatisés sur le logiciel « ATHOME »²³ de 60 patients du 6 mai 2023 au 02 juin 2023. Les patient(e)s sont admis ou admises depuis plus de 7 jours, et ils sont âgé(e)s de 56 ans à 99 ans. Les motifs de prises en charge en HAD sont en grande majorité pour « prise en charge palliative, de la douleur et pour pansements complexes. Tous ces patient(e)s sont pris en charge par l'HAD à ce jour. J'ai rentré les données dans le logiciel Google Sheets et obtenu les diagrammes combinés suivants.

Au critère demandé par l'HAS : l'échelle de la douleur utilisée doit être mentionnée dans les transmissions écrites : 34 patients ont une EN, 20 patients ont une Algoplus, 2 dossiers patients où il y a l'évaluation de la douleur mais pas d'échelle de notée, seule la transmission qui figure

²³ ANNEXE 10

est « pas de douleur » et deux patients sans prise en charge de la douleur donc pas de transmissions de la douleur.

Mention Echelle de la douleur

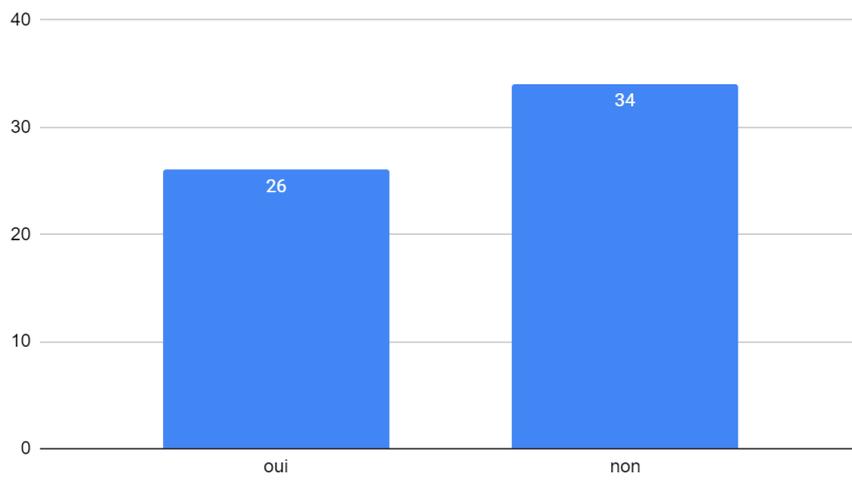


Pour le critère de l'HAS : la stratégie de prise en charge de la douleur et de sa réévaluation chez les patient(e)s qui ont une douleur modérée ou intense. Sur 60 dossiers, nous avons 26 patients qui ont nécessité d'une stratégie de prise en charge de la douleur, pour une douleur modérée ou intense, (une réévaluation du traitement antalgique déjà en place ou une mise en place de traitements morphiniques ou de Meopa²⁴ (traitement administré par inhalation pour les douleurs dans les soins de courtes durées (exemple : pansements complexes). Sur ces 26 patients, 24 patients ont une réévaluation de la douleur et 2 patients n'ont pas eu de réévaluation de la douleur après la mise en place d'un traitement antalgique ou une réadaptation de celui-ci.

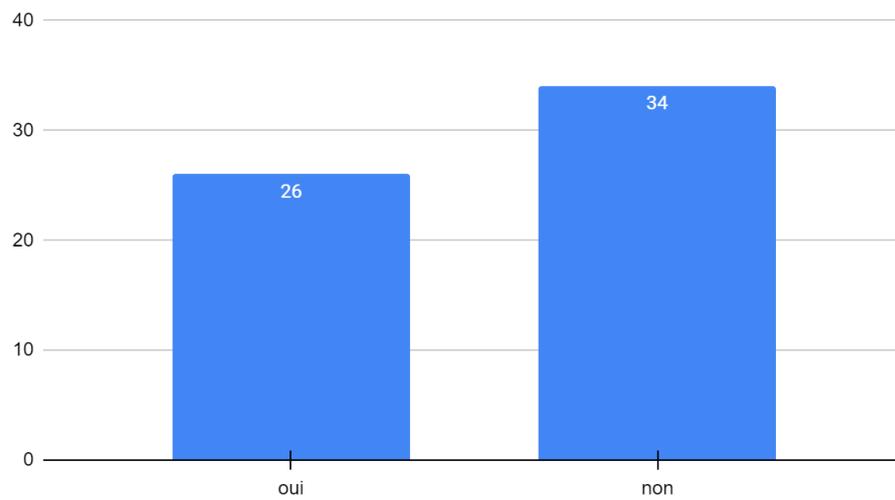
Les 34 patients restants, ceux-ci ne nécessitent pas de stratégie de la douleur, la douleur était bien contrôlée avec les traitements en place ou les patient(e)s n'étaient pas douloureux ou douloureuses.

²⁴ Mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote

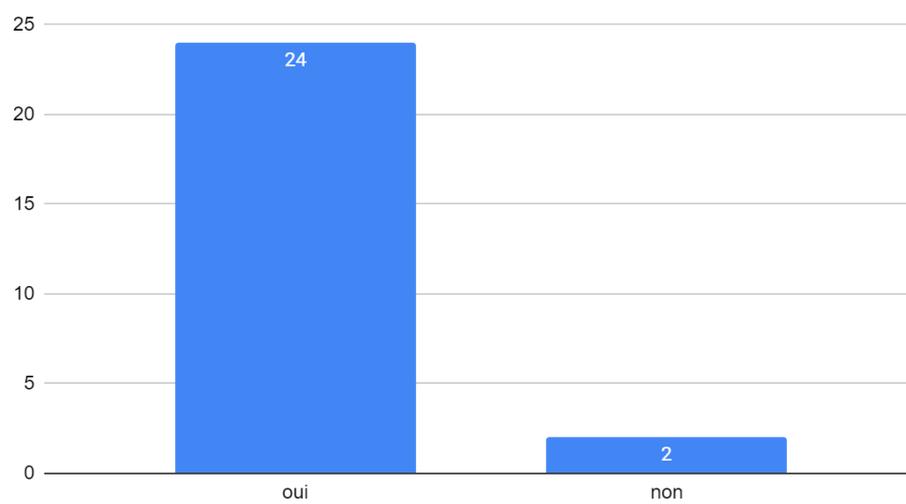
Douleurs modérées ou intenses



stratégie thérapeutique de la douleur



Réévaluation de la douleur



J'en déduis qu'une partie de mon hypothèse principale est partiellement validée, les résultats obtenus pour les dossiers patients de 2022 et ceux obtenus lors de l'évaluation des dossiers patients pour analyser le bénéfice de ma formation, montrent une amélioration dans les transmissions écrites des dossiers patients.

Je reprends les chiffres donnés par le service qualité :

Pour la mention de l'échelle utilisée sur 60 dossiers :

- 49 dossiers avec une mention de l'échelle utilisée.
- 10 dossiers sans échelle mais où figure la mention « pas de douleur » ou « douleur stable » et
- Un dossier sans traçabilité d'évaluation de la douleur.

Lors de mon évaluation effectuée sur les 60 dossiers des patients pris en charge depuis la mise en place de la formation.

- 56 dossiers où figure la mention de l'échelle utilisée,
- 2 dossiers avec la mention « pas de douleur »,
- 2 patients sans prise en charge de la douleur.

Pour la stratégie de prise en charge des douleurs modérées ou intenses (traitement antalgique mis en place ou traitement antalgique réadapté) et une réévaluation de la douleur après la mise en place du traitement :

- 16 patients ont une douleur modérée ou intense, ont une stratégie de prise en charge de la douleur,
- 8 patients ont eu une réévaluation de la douleur après la mise en place du traitement.
- 8 patients sans réévaluation de la douleur.

Lors de mon évaluation effectuée sur les 60 dossiers des patients pris en charge depuis la mise en place de la formation :

- 26 patients qui nécessitent une stratégie de prise en charge de la douleur modérée ou intense,
- 24 patients ont eu une réévaluation de la douleur,
- 2 patients sans réévaluation.

Pour ce qui est de l'évaluation de la formation à court terme. Celle-ci a été bénéfique car les transmissions ont été améliorées entraînant aussi l'amélioration des critères HAS.

Pour l'atteinte de mes objectifs de la formation qui sont :

- Améliorer les connaissances des phénomènes douloureux : le contenu de la formation apporte les éléments tels que la douleur nociceptive, neuropathique, mixte, psychogène. L'importance de dépister la douleur précocement pour la traiter le plus tôt possible et éviter les phénomènes de mémorisation

- Pouvoir mettre en pratique les connaissances et savoir utiliser les différentes échelles de la douleur : c'est la partie de la formation que je dois développer et adapter l'apprentissage d'une autre manière qu'un apport théorique.

- Améliorer la qualité de vie des patient(e)s : j'ai initié le concept de la Qualité de Vie aux soignants. Car c'est un concept récent et qui doit-être développé.

- Amener le maximum d'informations pertinentes aux médecins pour adapter au mieux le traitement : lors de l'évaluation des 60 dossiers faites pour évaluer la pertinence de la formation, je notais déjà des améliorations comme la localisation et la temporalité de la douleur.

- Avoir un langage commun : en tant que professionnel de santé, avoir un langage commun assure la cohérence dans les transmissions orales et écrites et de faciliter la continuité des soins.

Mes objectifs ont été atteints mais malgré la formation, il faut continuer à les développer.

Comme le confirme la méthode PDCA de la Roue de Deming, tout ce projet a été réalisable grâce à l'accord et le soutien de la direction médicale et paramédicale de Santély. Mais aussi grâce à l'implication de plusieurs intervenants.

1) L'implication de la Cadre de Santé

Pour mener ce projet, la cadre de Santé (Madame Darras) a permis que la formation se déroule dans les meilleures conditions, a su coordonner les différentes dates de formation et réunir les soignants. J'ai appris que le rôle de Cadre dans une équipe permet de répondre à l'adéquation des objectifs prioritaires rechercher dans les formations, ainsi que le transfert des acquis surtout lors des transmissions des équipes, je sais que les points abordés lors de la formation seront repris lors des transmissions pour permettre un suivi et aussi de continuer à impliquer les équipes. Un de leur rôle important au sein du service est d'assurer le pilotage de la réflexion grâce à l'organisation des réunions qui ont pour but de transmettre des informations ascendantes et descendantes. C'est une personne ressource qui permet de maintenir un dynamisme dans l'équipe.

2) L'implication du CLUD

Cette collaboration a permis de conforter mon idée de former les soignants à la douleur chronique, car un de leur projet est la formation de la douleur pour les infirmier(e)s libéraux qui sont conventionné(e)s avec l'HAD, j'ai pu participer aux formations et nous reprenons les mêmes informations sur la douleur aiguë et chronique, les échelles d'évaluation et l'importance des transmissions ciblées.

3) L'implication des médecins coordonnateurs de l'HAD

Ils m'ont aiguillée sur le contenu de la formation et ont tout de suite accepté de participer aux formations pour répondre surtout aux questions d'ordre médicales (comme les traitements).

4) L'implication du personnel soignant

La formation a été appréciée par les infirmier(e)s et aide-soignant(e)s, 2 étudiant(e)s en formation infirmière de 3ème année ont voulu assister à la formation.

La formation a été ressentie par le personnel soignant comme :

- Une réactualisation des connaissances.
- L'apport de nouvelles connaissances.
- Un temps d'écoute.
- Une collaboration avec les médecins coordonnateurs présents lors de ces formations.
- Un temps de partage sur des cas complexes vécus à domicile.
- Pour une aide-soignante cette formation a été vécue comme « une pause dans sa routine de soin » et « de réfléchir autrement lors des soins ».
- Pour une étudiante en 3ème Année d'infirmier(e)s, « le contenu de la formation correspond à la formation reçue en soins infirmiers ».

Dans le questionnaire post-formation distribué, les soignants pouvaient faire des commentaires qui dans la majorité des cas abordent des idées d'innovation ou de réflexions comme :

- « Sensibiliser les collaborateurs à se poser et observer et entrer en relation positive avec les patients et les aidants ».
- « D'être plus vigilant sur les évaluations ».
- « De parler des moyens médicamenteux et non médicamenteux ».

Je me suis rendu compte que la plupart des soignants qui ont coché la case « plutôt oui », ont laissé un commentaire, qui exprime leurs besoins d'être accompagné sur l'utilisation des échelles d'hétéro-évaluation comme la Doloplus-2 et l'ECPA. Durant les 5 séances de formation, j'ai ressenti le besoin d'approfondir la formation.

Commentaires	Pensez-vous mettre en pratique à domicile les acquis de la formation
a essayer sous forme d'atelier , avec des différentes situations	Plutôt oui
Axer la formation sur les différentes échelles de la douleur hétéro-évaluation	Plutôt oui
Alternatives médicamenteuses et non médicamenteuses, prendre le temps d'utiliser les autres échelles	Plutôt oui
Cas clinique pour mettre en application la formation	Plutôt oui
Mettre en pratique les différentes échelles avec des ateliers	Plutôt oui
Mettre en pratique les échelles	Plutôt oui
Revoir les antalgiques médicamenteux et non médicamenteux	Plutôt oui
Très bien	Tout à fait
Très intéressant	Tout à fait

-

VII- DISCUSSION

Ce travail montre que la formation continue est un des moyens pour le personnel soignant de développer leurs compétences et leurs connaissances. Ce qui est bénéfique à l'établissement hospitalier pour acquérir un niveau de performance de qualité. Prenons l'exemple des formations pour le développement professionnel continu (DPC). Ces formations continues ont été mises en place en juillet 2009, et ont été réformées par la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016. Cette réforme remet le développement personnel continu (DPC) au cœur de nos métiers. Ces DPC ont comme objectifs « *l'amélioration de la sécurité des soins* » (DGOS, 2023b).

Les professionnels de santé (Aide-soignant(e)s, Infirmier(e)s, Médecins etc..) doivent justifier de leur mise à jour de leurs connaissances ou l'acquisition de nouvelles connaissances et compétences pour améliorer leurs pratiques et la gestion des risques. Ces DPC ont trois priorités. Elles doivent être axées sur les priorités « *nationales de santé* », « *priorités définies par la profession* » et « *les priorités de l'assurance maladie* ». Ces formations sont sous le contrôle de commissions scientifiques. (DGOS, 2023b)

Ces formations de développement personnel continu sont valables trois ans. Les connaissances et les compétences doivent être régulièrement renouvelées pour remettre à jour les nouvelles pratiques, et doivent s'adapter aux difficultés du terrain.

1) Les limites du projet

Durant l'analyse de la formation, le facteur temps est à prendre en compte, surtout pour évaluer les bénéfices de la formation, autant pour les soignants que pour les patient(e)s. Le temps trop court entre les interventions et l'analyse des résultats n'est pas optimal. J'ai essayé au maximum de reproduire les résultats aux mêmes conditions que les IPAQSS. Il me reste à analyser les faiblesses relatées par les médecins coordinateurs (ANNEXE 1 : SWOT : Médecins coordonnateurs de l'HAD).

Le turn-over des infirmier(e)s et surtout le manque de disponibilité de ces infirmier(e)s qui ont moins adhéré à la formation. Au mois d'avril, il y avait 3 infirmier(e)s qui ont déposé leur démission.

Les soignants m'ont demandé des cas cliniques ou des ateliers pour apprendre à remplir les grilles Doloplus-2 et ECPA. La formation théorique ne suffit pas. Il faut pouvoir l'améliorer et l'adapter aux patients pris en charge à domicile.

2) Les forces du projet

Comme expliqué dans l'analyse, l'implication de la direction, des cadres, des médecins et des soignants ont permis que les objectifs de la formation soient atteints, et que les formations se réalisent dans des conditions optimales.

Je vais reprendre La méthode PDCA- la Roue de Deming. Je vais répondre à la quatrième étape qui est : améliorer la formation et/ou ajuster le contenu de la formation. Je reprends le tableau des commentaires intégré dans la partie analyse.

Commentaires	Pensez-vous mettre en pratique à domicile les acquis de la formation
a essayer sous forme d'atelier , avec des différentes situations	Plutôt oui
Accès la formation sur les différentes échelles de la douleur hétéro-évaluation	Plutôt oui
Alternatives médicamenteuses et non médicamenteuses, prendre le temps d'utiliser les autres échelles	Plutôt oui
Cas clinique pour mettre en application la formation	Plutôt oui
Mettre en pratique les différentes échelles avec des ateliers	Plutôt oui
Mettre en pratique les échelles	Plutôt oui
Revoir les antalgiques médicamenteux et non médicamenteux	Plutôt oui
Très bien	Tout à fait
Très intéressant	Tout à fait

En cours de déploiement de la formation, j'ai adapté le contenu de la formation, surtout en introduisant des cas concrets pour reconnaître une douleur neuropathique, mixte etc....

Pour les traitements antalgiques, j'ai demandé aux médecins coordinateurs de communiquer des informations durant l'intervention.

J'ai imprimé les différentes échelles hétéro-évaluations (proposé par le CLUD) comme l'échelle Doloplus-2, l'ECPA. Je les ai distribués aux soignants, pour en avoir à disposition et les utiliser dès que la situation sera nécessaire et surtout pour apprendre à les manipuler.

Les soignants ont apprécié le questionnaire DN4 car il est facile d'utilisation et le schéma des zones douloureuses car il est très pertinent en cas de changement d'équipe et visible de tous les intervenants à domicile (médecin généraliste, kiné, auxiliaires de vie).

Durant l'analyse des 60 dossiers patients, j'ai remarqué que des informations pertinentes figurent dans les transmissions écrites comme la localisation de la douleur ainsi que le traitement antalgique en cours ou prescrit en si besoin.

3) Les pistes d'amélioration

Avec l'accord du CLUD, j'ai demandé la validation d'intégrer dans le dossier de soin des patients le questionnaire DN4 et le schéma des zones douloureuses, cette validation ne devrait pas poser de problème.

Je savais qu'en commençant les formations que la théorie ne suffirait pas, dans les commentaires, les soignants souhaitent des ateliers pour apprendre à utiliser les grilles Doloplus-2 et ECPA. Pour optimiser l'utilisation de ces échelles, il faut surtout observer le patient. L'observation repose sur le faciès, des réactions, du comportement des patients ou des patientes. Des cas concrets ou des ateliers ne sont pas adaptés. Avec la cadre de santé qui est membre du CLUD et directrice du mémoire, nous avons comme projet d'étendre la formation au domicile des patient(e)s atteints de troubles cognitifs ou de troubles du langage. Mon prochain objectif est d'accompagner un binôme infirmier(e) et aide-soignant(e) pour apprendre à utiliser les échelles ECPA et Doloplus-2, comme il y a beaucoup de soignants à former je pense dans un premier temps, former les deux référents douleurs de l'HAD Artois Ternois toujours au domicile des patients, pour qu'ils m'aident à former les soignants. C'est ce qu'il s'appelle la transmission de connaissances.

Dans les transmissions ciblées va être intégrer prochainement le « TILT » : Type de douleur, Intensité de la douleur, la Localisation de la douleur et la Temporalité, ce moyen mnémotechnique amène des informations complètes et pertinentes aux médecins coordinateurs, aux médecins généralistes et surtout pour aider les soignants à ne pas oublier les informations.

Puis continuer à former les nouveaux infirmiers de l'HAD et réactualiser la formation une fois par an.

Mettre en place des ateliers, pour répondre aux besoins des connaissances des traitements médicamenteux des antalgiques et des moyens non médicamenteux.

Une réglette EVA va être distribuée à chaque soignant par le CLUD.

4) Les perspectives

Les propositions d'action.

La directrice paramédicale de l'HAD, m'a demandé de former les soignants des autres sites (HAD de Béthune et de Loos), en travaillant en lien avec les médecins coordinateurs de chaque site et avec les référents de la douleur. Former ces autres sites amènerait plus de pertinences aux résultats de la plus-value de la formation et de continuer à utiliser la méthode PDCA -la Roue de Deming et continuer l'amélioration de la démarche continue.

Je n'oublie pas mon projet de départ qui est centrée sur la « personne âgée », donc de faire évoluer la filière gériatrique en HAD, en formant les infirmier(e)s, aide-soignant(e)s aux repérages des changements de comportements de la personne âgée non communicante. Et les infirmiers et infirmières coordinatrices aux repérages de la fragilité.

En discutant avec ma directrice paramédicale qui souhaite faire évoluer la culture gériatrique en HAD, nous avons discuté de la mise en place des évaluations gériatriques à domicile en lien avec des gériatres. Car la demande d'HAD s'étend dans les EHPAD, SSIAD (service de soin infirmier à domicile) et ADMR (aide à domicile en milieu rural). Étant eux aussi impacté par le manque de personnel soignant et l'augmentation des cas complexes en gériatrie.

À la suite de mon stage en oncologie à l'Institut de Cancérologie des Hauts de France, se situant à l'hôpital Privé Arras les Bonnettes, un projet avec une des oncologues serait de faire des évaluations oncogériatrie à domicile pour les patients âgés de plus de 75 ans après avoir été diagnostiqués d'un cancer et avant la réunion de concertation pluridisciplinaire.

Je terminerai la discussion en reprenant le modèle d'ANN HAMRIC, qui reprend les 6 compétences de l'Infirmier(e) en pratique avancée.

La première compétence : est **l'expertise et l'accompagnement** :

Dans ma pratique, j'ai décelé un problème récurrent, j'ai recherché les causes pour agir sur le problème en formant les soignants et en leur apportant une réponse adaptée.

La deuxième compétence est **la consultation** : au début de la deuxième Année de mes études de pratique avancée et dans le cadre de mes missions d'IDEC, je me suis rendue chez les patient(e)s pour évaluer la douleur et orienter en faisant du dépistage, de la prévention grâce à la formation des professionnels de santé.

La troisième compétence est **la recherche** : dans ce mémoire j'ai mis en évidence grâce aux différentes théories mises en avant dans ce mémoire que la formation est nécessaire pour améliorer les pratiques.

La quatrième et cinquième compétence est **le leadership et la collaboration** : j'ai su mener ce projet en mobilisant les différentes ressources de l'entreprise (Cadre de santé, Direction paramédicale, CLUD, Médecins, Service Qualité, Infirmiers, Infirmières, Aides-soignantes et Aides-soignants) en collaborant en transversalité avec tous ces professionnels.

La sixième compétence est la prise **de décision éthique** : pour ce projet, j'ai mis en place ce projet dans le respect des patients, et des données acquises scientifiquement. En collaborant avec les professionnels de santé et en fonction des attentes des soignants, médecins coordinateurs et le service qualité.

CONCLUSION

L'accroissement du vieillissement de la population, des pathologies chroniques, et l'objectif des pouvoirs publics de développer le maintien à domicile. Les soignants du domicile, les intervenants sont de plus en plus confrontés à des situations complexes. Ce personnel exerçant à domicile doit être formé aux spécificités de ces prises en charge.

La formation professionnelle est une nécessité qui permet de renforcer le parcours professionnel, de s'adapter aux évolutions du métier, d'accompagner les changements d'organisation, d'enrichir les bonnes pratiques, de gagner en performance. L'enjeu de la formation continue est d'adapter la formation à la stratégie d'entreprise, mais aussi accompagner le salarié.

Les finalités de la formation continue sont de contribuer à la performance de l'entreprise en améliorant la qualité et l'efficacité des soins, d'accompagner la trajectoire professionnelle des salariés et d'éviter le turn-over des salariés.

Par ce projet de formation, j'ai pu implanter mon futur poste d'IPA au sein de l'HAD, en mettant en œuvre les différentes compétences de l'IPA, collaboration, leadership, l'expertise.

ANNEXE 1

FFOM : SERVICE QUALITÉ

FORCES (facteurs internes)	FAIBLESSES (facteurs internes)
<ul style="list-style-type: none"> - CLUD - Les changements de protocole sont réactualisés régulièrement, - Formation existante sur la douleur - Indicateur diffusé publiquement avec un objectif de performance à atteindre, fixé à 80 %, soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées, l'objectif est de 80 % sur HAD ARRAS 	<p>Manque les indicateurs dans les dossiers patients :</p> <p>Si le patient a eu une douleur d'intensité modérée ou intense, il faut trouver 2 notions,</p> <ul style="list-style-type: none"> - La stratégie de prise en charge de la douleur - Une réévaluation de la douleur, - Qu'il y ait mention de l'échelle utilisée :
OPPORTUNITÉS (facteurs externes)	MENACES (facteurs externes)
<p>Indicateurs IQSS De l'HAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - La prise en charge de la douleur est une priorité de santé publique (Plan douleur 2006-2010) : (Bertrand, 2006): - 1. « <i>La douleur doit être systématiquement évaluée et « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur »(Juridique, 2005) ("Fiche descriptive de l'indicateur : Traçabilité de l'évaluation de la ...")</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Sanctions financières si les critères HAS ne sont pas respectés.

FFOM: INFIRMIER(E)S-AIDES-SOIGNANTES

FORCES (facteurs internes)	FAIBLESSES (facteurs internes)
<ul style="list-style-type: none"> - Médecins coordinateurs spécialisé en soins palliatifs - Visite à domicile par les médecins coordinateurs, - Les changements de protocole sont toujours actualisés - Disponibilité des médecins coordinateurs pour réévaluer les traitements ou mettre en place les traitements antalgiques - Douleurs évaluées régulièrement - Médecins coordinateurs de garde 24h/24 et 7j/7 : les traitements de la douleur peuvent être adaptés ou mise en place dès que c'est nécessaire (nuit, week-end, jours fériés) 	<ul style="list-style-type: none"> - Beaucoup de jeunes diplômés, n'ont pas encore les réflexes pour prise d'initiative - Manque dans les transmissions les stratégies de prise en charge de la douleur (mise en place du traitement) - Manque de réévaluation de la douleur après a mise en place d'un traitement - Formation existante sur la douleur mais très peu demandée - Echelle Algo + n'est pas toujours adaptée à l'évaluation de la douleur surtout chez personnes âgées non communicantes - Echelle Algo + n'a pas été expliquée lors de la mise en place dans le service - Savent qu'il y a de la douleur liée aux soins - Font à la place des patients, ils n'ont pas le temps de laisser aux patients débiter la toilette, - Manque de temps à domicile pour évaluer la douleur, la vitesse des soins trop rapide,

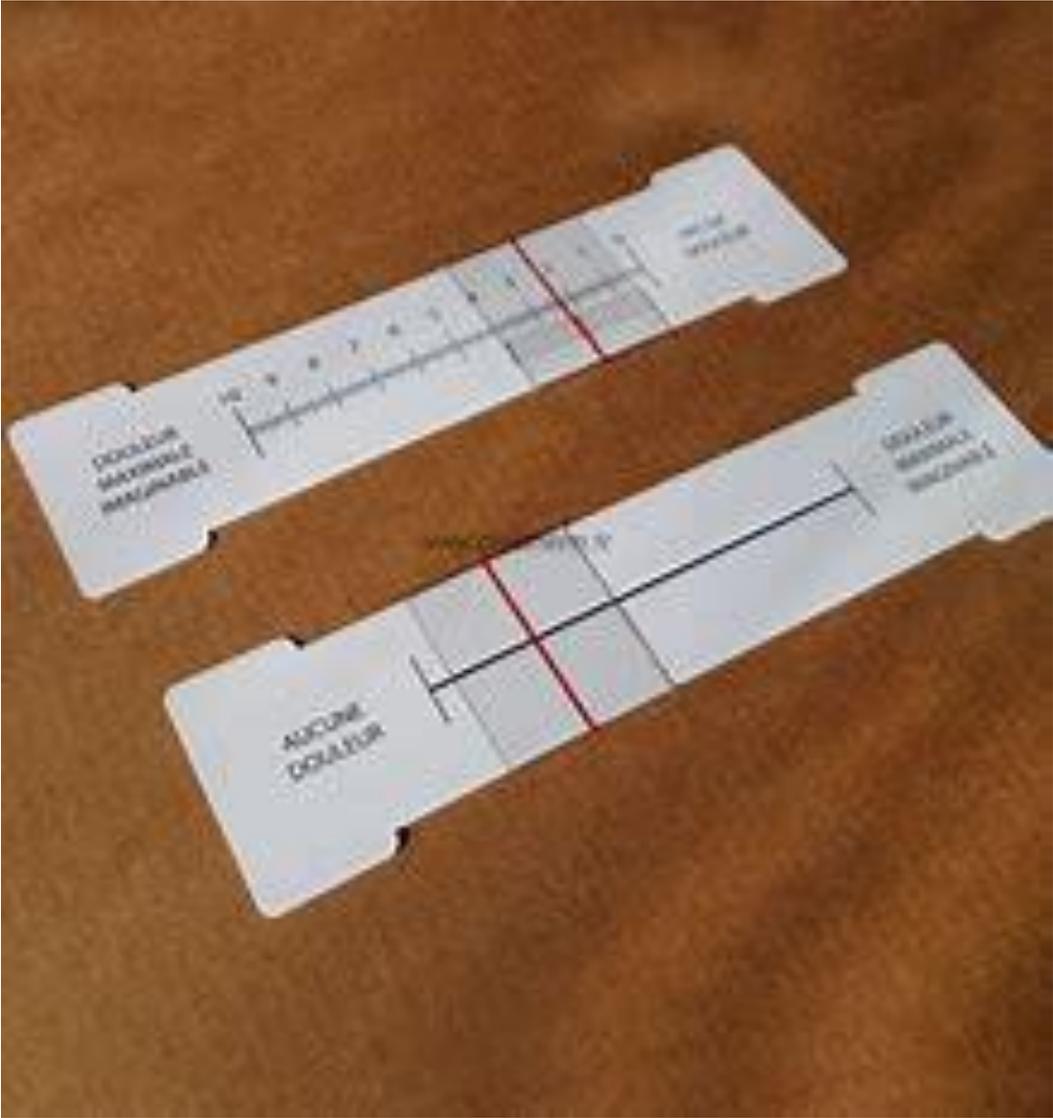
	<ul style="list-style-type: none"> - N'ont pas eu assez de formation axée sur la douleur lors de leurs études, - Ne savent pas utiliser les échelles hétéro-évaluations, - Ne connaissent pas le questionnaire DN4. - On n'a même pas de réglette EVA dans nos malles.
OPPORTUNITÉS (facteurs externes)	MENACES (facteurs externes)
<p>Indicateur IQSS HAS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la formation pratique initiale et continue des professionnels de santé sur la prise en charge des douleurs chroniques et des douleurs de la personne âgée,²⁵(Petit, 2014) - Famille, entourage du patient(e) qui sont acteurs de la prise en charge, qui peuvent évaluer l'efficacité du traitement antalgique, ou décrire un changement de comportement, ou une douleur au repos. 	<p>Turn over, arrêt de travail,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Changement de tournée fréquente due à l'activité intense, ne peuvent pas prendre en charge le patient pdt plusieurs jours

FFOM: MÉDECINS COORDINATEURS HAD

FORCES (facteurs internes)	FAIBLESSES (facteurs internes)
<ul style="list-style-type: none"> - Communiquent avec les médecins généralistes, - Spécialisés en soins palliatifs, 	<p>Manque d'information dans les transmissions orales ou écrites par les soignants</p> <ul style="list-style-type: none"> - La localisation de la douleur, - Le type de douleur - La caractérisation de la douleur - Si c'est une douleur aiguë ou chronique - Sur la réévaluation des traitements après leurs mises en place - Combien d'interdose ou de bolus sont administrés, son efficacité et sa durée d'efficacité, <p>Manque de connaissance par les soignants</p> <ul style="list-style-type: none"> - Questionnaire DN4, sur les différentes échelle hétéro évaluation
OPPORTUNITÉS (facteurs externes)	MENACES (facteurs externes)
<ul style="list-style-type: none"> - Service d'unité de soins palliatifs et de lits identifiés soins palliatifs dans le secteur Artois Ternois, ces services permettent une réévaluation de la douleur si elles ne sont plus contrôlées à domicile. 	<ul style="list-style-type: none"> - Beaucoup de prise en charge de la douleur ou soins palliatifs ne peuvent pas effectuer toutes les visites à domicile, ils ne sont pas assez de médecins coordinateurs

²⁵ Petit, A. (s. d.). *Institut d'Etudes Politiques de Paris*.

ANNEXE 2



ANNEXE 3

ECHELLE NUMERIQUE (EN, d'après B.P.I.)

Sur une échelle de 0 à 10, pouvez vous indiquer:

- le niveau de la douleur au moment présent
- Pas de Douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur Maximale
- la douleur généralement ressentie au cours de dernières 24 h? Pas de Douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur Maximale

ANNEXE 4

ALGOPLUS



Evaluation de la douleur

Echelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

Identification du patient

Date de l'évaluation de la douleur/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....							
Heureh.....h.....h.....h.....h.....h.....							
	OUI	NON											
1 • Visage Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.													
2 • Regard Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.													
3 • Plaintes « Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.													
4 • Corps Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.													
5 • Comportements Agitation ou agressivité, agrippement.													
Total OUI	<input type="checkbox"/> /5												
Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe

Dr Marie-Cécile COMBY Mars 2010

ANNEXE 5

NOM:		<h2>Echelle DOLOPLUS</h2>			
Prénom:					
Service:					
Observation comportementale					Dates
RETENTISSEMENT SOMATIQUE					
1. Plaintes somatiques	• pas de plainte	0	0	0	0
	• plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2
	• plaintes spontanées continues	3	3	3	3
2. Positions antalgiques au repos	• pas de position antalgique	0	0	0	0
	• le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1
	• position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2
	• position antalgique permanente inefficace	3	3	3	3
3. Protection de zones douloureuses	• pas de protection	0	0	0	0
	• protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1	1
	• protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2	2	2	2
	• protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3
4. Mimique	• mimique habituelle	0	0	0	0
	• mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1
	• mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2
	• mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3	3	3	3
5. Sommeil	• sommeil habituel	0	0	0	0
	• difficultés d'endormissement	1	1	1	1
	• réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2	2
	• insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR					
6. Toilette et/ou habillage	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2	2
	• toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3	3
7. Mouvements	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche,...)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2	2
	• mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL					
8. Communication	• inchangée	0	0	0	0
	• intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1
	• diminuée (la personne s'isole)	2	2	2	2
	• absence ou refus de toute communication	3	3	3	3
9. Vie sociale	• participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques) ..	0	0	0	0
	• participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	2
	• refus de toute vie sociale	3	3	3	3
10. Troubles du comportement	• comportement habituel	0	0	0	0
	• troubles du comportement à la sollicitation et itératif	1	1	1	1
	• troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2	2	2	2
	• troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3
Copyright		SCORE			

ANNEXE 6

ÉVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Échelle ECPA

I - OBSERVATION AVANT LES SOINS

1/ EXPRESSION DU VISAGE : REGARD ET MIMIQUE

Visage détendu	0
Visage soucieux	1
Le sujet grimace de temps en temps	2
Regard effrayé et/ou visage crispé	3
Expression complètement figée	4

2/ POSITION SPONTANÉE au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique)

Aucune position antalgique	0
Le sujet évite une position	1
Le sujet choisit une position antalgique	2
Le sujet recherche sans succès une position antalgique	3
Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur	4

3/ MOUVEMENTS (OU MOBILITÉ) DU PATIENT (hors et/ou dans le lit)

Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude*	0
Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements	1
Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude*	2
Immobilité contrairement à son habitude*	3
Absence de mouvement** ou forte agitation contrairement à son habitude*	4

* se référer aux (jour(s) précédents) ** ou prostration
N.B. : les deux végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle

4/ RELATION À AUTRUI

Il s'agit de toute relation, quel qu'en soit le type : regard, geste, expression, ...	
Même type de contact que d'habitude*	0
Contact plus difficile à établir que d'habitude*	1
Évite la relation contrairement à l'habitude*	2
Absence de tout contact contrairement à l'habitude*	3
Indifférence totale contrairement à l'habitude*	4

* se référer aux (jour(s) précédents)

II - OBSERVATION PENDANT LES SOINS

5/ Anticipation ANXIEUSE aux soins

Le sujet ne montre pas d'anxiété	0
Angoisse du regard, impression de peur	1
Sujet agité	2
Sujet agressif	3
Cris, soupirs, gémissements	4

6/ Réactions pendant la MOBILISATION

Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière	0
Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins	1
Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins	2
Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins	3
Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins	4

7/ Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES

Aucune réaction pendant les soins	0
Réaction pendant les soins, sans plus	1
Réaction au TOUCHER des zones douloureuses	2
Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses	3
L'approche des zones est impossible	4

8/ PLAINTES exprimées PENDANT le soin

Le sujet ne se plaint pas	0
Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui	1
Le sujet se plaint dès la présence du soignant	2
Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée	3
Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée	4

PATIENT

NOM : Prénom : Sexe : Âge :

Date : Service :
Heure : Nom du Cotateur :

SCORE

ANNEXE 7

QUESTIONNAIRE DN4 : un outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, le patient doit répondre à chaque item des 4 questions ci dessous par « oui » ou « non ».

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1. Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

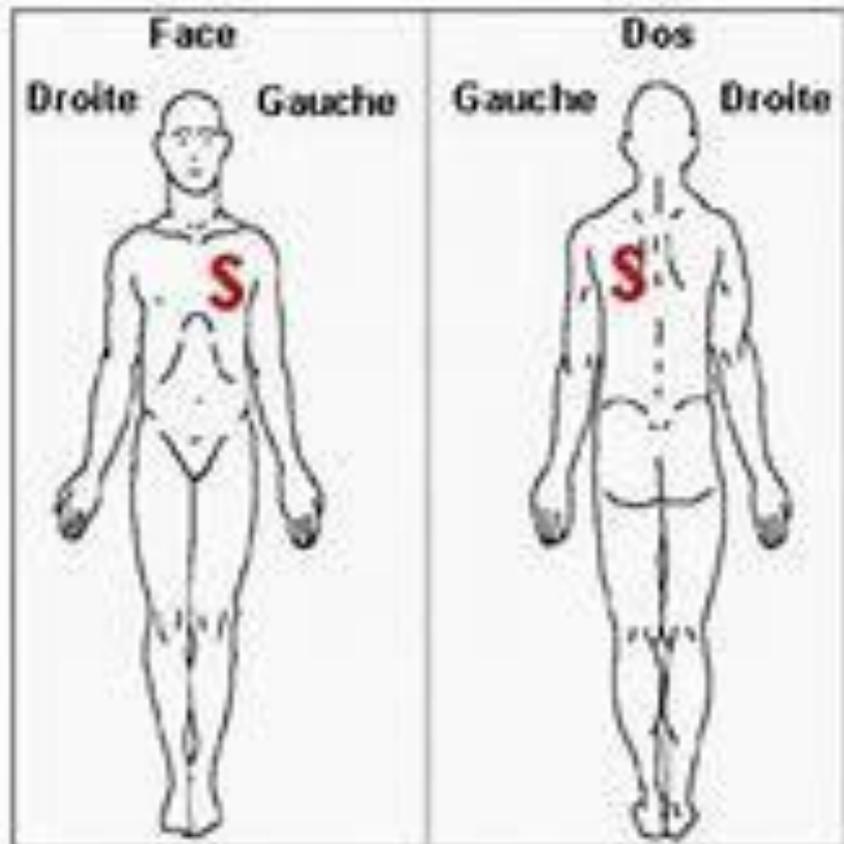
QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	Oui	Non
4. Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Engourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hypoesthésie à la piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dessin sur schéma corporel pré établi



© 1999 Société Française de Psychomotricité

ANNEXE 9

LA DOULEUR

COMPRENDRE ET AGIR

Les Objectifs de la formation

- Améliorer les connaissances des phénomènes douloureux,
- Pouvoir mettre en pratique les connaissances et savoir utiliser les différentes échelles de la douleur,
- Améliorer la qualité de vie des patient(e)s
- Amener le maximum d'information pertinentes aux médecins pour adapter au mieux le traitement.
- Avoir un langage commun.

Pourquoi prendre en charge la douleur ?

- Eviter les phénomènes de mémorisation de la douleur chez adulte, personnes âgées, enfants, plus la douleur se répète, plus elle est vécue comme intense.
- Une douleur aiguë mal ou non prise en charge va se répéter et se chroniciser
- phénomène de conditionnement : anticipation anxieuse lors des soins suivants

Les différents types de douleur ?

- **NOCICEPTIVE/ EXCES DE NOCICEPTION :**

douleurs **lancinantes, permanentes, même au repos ou la nuit, elles sont ressenties comme des sensations d'écrasement, de broiement ou de torsion.**

- Arthrose
- Poly arthrite
- Fracture
- Blessure
- Brulures

Douleur neuropathique/Neurogene

- Le patient se plaint de **douleurs continues à type de chaleur, prurit douloureux, arrachement, engourdissement, sentiment étrangeté.**

- **Perte de la sensibilité,**
- **Douleur augmentée par le frottement d'un vêtement ou d'un drap.**
- Traitement qui induit des douleurs neuropathiques mains/pieds : chimio par cisplatyl/taxol
- Poly neuropathie diabétique
- Sclérose en plaque
- Cancer

DOULEURS MIXTES

- Associent une composante inflammatoire et une composante neuropathique

DOULEUR PSYCHOGENE

- Elles sont liées à des troubles psychiques qui provoquent une sensation douloureuse en l'absence de lésion d'organe :
- difficile à mettre en évidence, nécessite une prise en charge psychologique

DOULEUR INDUITE PAR LES SOINS

- Actes générateurs de douleurs :
- Pansements (arrachage de pansement, retrait de collant)
- Soins de plaie (ulcère, escarre, fistule),
- Aspirations nasopharyngées
- Pose et retrait de sonde urinaire, gastrique, rectale
- Extraction de fécalome
- Kinésithérapie motrice ou respiratoire
- Soins et hygiène bucco-dentaire, manutention et mobilisation transfert, lever,
Coucher ,toilette, change, réfection lit, retournement,
aide alimentaire selon l'état dentaire, la déglutition,
Habillage et déshabillage
- Ponction veineuse ou artérielle IM, SC

Facteurs influençant le vécu douloureux

- La Nature du geste
- Soignant (une étude montre que pour 1 patient sur 2, la douleur de la piqûre : dépend **de qui fait la piqûre et du produit injecté**)
- Répétition du geste (pour 1 patient sur 3)
 - Fatigue,
 - Ancienneté de la maladie, chronicisation,
 - **Antécédents de douleur déjà vécue par le patient, (phénomène de mémorisation)**
 - Représentation que le patient se fait de l'acte, ce qu'il en a entendu,
 - Nature de la pathologie (curable, évolutive, en rechute),
 - La culture,
 - Etat psychologique (anxiété, dépression),
 - Durée du geste,
 - Environnement inadéquat,
 - Maîtrise technique,

La douleur aigüe /douleur chronique

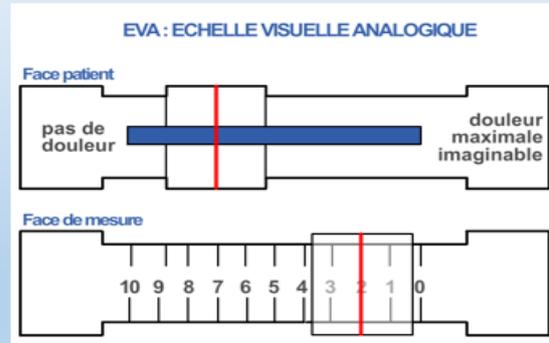
- **La douleur aigüe** apparait lors d'une atteinte d'un tissu ou d'un organe , elle est **brève et réversible, en général moins de 6 semaines chez adulte,**
- **la douleur chronique** dure **plus de 3 mois**, elle persiste même si la cause de la douleur a disparu :
 - **La douleur rebelle/réfractaire** : est une douleur qui ne répond pas aux traitements , il n'y a **pas d'obtention d'un soulagement satisfaisant. En phase palliative avancée, elle peut justifier d'une sédation, dont la sédation profonde et continue jusqu'au décès après collégialité.**

L'évaluation de la douleur

- Une bonne prise en charge de la douleur commence par l'évaluation
- Elle doit être adaptée aux patients, à son état de communication et de compréhension.
- **Il est nécessaire de réévaluer à chaque soin, après le soin et de transcrire les résultats sur le dossier de soins.**

Auto-évaluation

- Vérifier la compréhension de l'outil.
- Si le patient présente plusieurs sites douloureux ou accès de douleur, chacun doit être évalué séparément.
- Les limites :
- Personnes présentant des handicaps rhumatologiques (difficulté à bouger ses doigts pour déplacer le curseur, troubles visuels, troubles cognitifs.
- Prise en charge de la douleur > 4/10.



Source : Douleur : Comparaison des échelles d'évaluation de l'expérience subjective. (2015, novembre 1)

ECHELLE VERBAL SIMPLE

Pour quel patient ?

Patients adultes

1. Le soignant demande au patient d'évaluer l'intensité de la douleur au moment présent
Prise en charge de la douleur si score > 2

- Pour quelles douleurs ?
- douleur aïgue et chronique
- Les limites :
- personne ayant des troubles cognitifs.

E.V.S. : Echelle Verbale Simple

✓ Quel est le niveau de votre douleur au moment présent ?

- 0 : pas de douleur
- 1 : faible
- 2 : modéré
- 3 : intense
- 4 : extrêmement intense

Source : zytka. (2014, octobre 6). EVALUATION DE LA DOULEUR. SlideServe.

ECHELLE NUMERIQUE DE LA DOULEUR

- Pouvez-vous donner une note de 0 à 10 pour situer le niveau de douleur ?
- La note 0 correspond à “pas de douleur”
- La 10 correspond à la “douleur maximale imaginable”
- Au moment present
- Prise en charge de la douleur si EN>4

DOULEUR
NEUROPATHIQUE :
DN 4

- Prise en charge de la douleur si le score est > ou égale 4/10
- Patient communiquant

Questionnaire DN4

Répondez aux 4 questions ci-dessous en cochant une seule case pour chaque item.

INTERROGATOIRE DU PATIENT

Question 1: La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes?

1 - Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Question 2: La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants?

4 - Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - Engourdissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXAMEN DU PATIENT

Question 3: La douleur est-elle localisée dans un territoire ou l'examen met en évidence?

8 - Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 - Hypoesthésie à la piqure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Question 4: La douleur est-elle provoquée ou augmentée par:

10 - Le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------	--------------------------	--------------------------

Source : DN4. (2009, novembre 6). <https://www.geriatrie-albi.com/DN4.htm>

Les échelles hétéro-évaluation ?

ADULTES ET PERSONNES AGEES NON COMMUNICANTES

- DOULEUR AIGUE : ALGO +
- DOULEUR CHRONIQUE :
 - ECPA
 - DOLOPLUS (personne âgée et adulte avec des troubles de la communication)
 - Le patient ne communique pas, c'est l'équipe qui évalue la douleur du patient en observant son comportement
- L'utilisation nécessite un apprentissage, le temps de cotation de l'échelle diminue avec l'expérience.

ALGO +

Douleur aiguë chez adulte et personne âgée avec trouble de la communication

- pathologies douloureuses aiguës (ex : fractures, zona, post-op, ischémie, lumbago, rétentions urinaires...),
- accès douloureux transitoires (ex : névralgies faciales, poussées douloureuses sur cancer...),
- lors des soins ou les actes médicaux diagnostiques.

Seuil douleur algo

Source : Les échelles de la douleur -Adulte—Echelles d'hétéro évaluation | SFAP - site internet. (2014, Février).

DOLOPLUS

- 3 groupes d'items reflètent les différents retentissements de la douleur.
- Somatique (concerne le corps),
- Psycho moteur (fonctions motrices et psychiques),
- Psycho-social.

Source : Les échelles de la douleur -Adulte—Echelles d'hétéro évaluation | SFAP - site internet. (2014, Février).

Echelle comportementale de la personne âgée non communicante ou ayant des troubles de la communication verbale : ECPA

- Se base sur l'expression du visage,
- Les postures,
- Le comportement et les relations
- **Objectifs :**
 - évaluer la douleur
 - Prévenir la douleur
 - Instaurer un traitement médicamenteux ou non médicamenteux
 - Surveiller l'efficacité d'un traitement médicamenteux

ÉVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE	
Échelle ECPA	
I. OBSERVATION DU VISAGE, MICHAGE ET TITILLAGE	
1. Expression du visage	0-100
2. Michage	0-100
3. Titillage	0-100
II. POSTURE SPONTANÉE AU REPOS, DORSION, APPUI SUR LES MEMBRES	
4. Posture spontanée au repos	0-100
5. Dorsion	0-100
6. Appui sur les membres	0-100
III. MOUVEMENTS SPONTANÉES DU PATIENT (dans un lit ou sur un fauteuil)	
7. Mouvements spontanés du patient	0-100
IV. RELATION À L'AUTRE	
8. Relation à l'autre	0-100
V. OBSERVATION DES SIGNES DE DOULEUR	
9. Observation des signes de douleur	0-100
VI. REACTION À LA MOBILISATION	
10. Réaction à la mobilisation	0-100
VII. REACTION PENDANT LE SOIN DES SIGNES DE DOULEUR	
11. Réaction pendant le soin	0-100
VIII. PLAINTES VERBALES (ÉVALUATION)	
12. Plaintes verbales	0-100

PATIENT : Nom : Prénom : Sexe : Age :
Date : Heure : Nom du Soignant : Score :

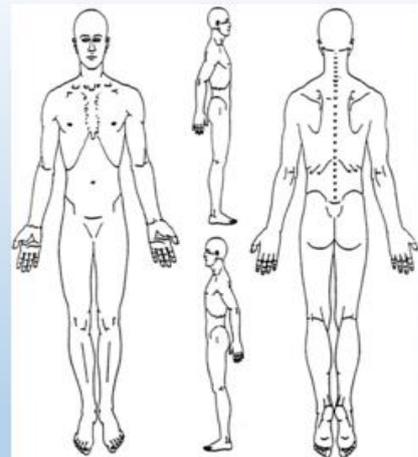
Source : Les échelles de la douleur -Adulte—Echelles d'hétéro évaluation | SFAP - site internet. (2014, Février).

Le schéma des zones douloureuses pour aider à localiser la douleur.

Les avantages

Détecter des douleurs multiples ou diffuses ou reconnaître des douleurs neurologiques

- Peut être vu par tous les intervenants, intéressant lors de la rotation des personnels



Source : Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. (2007, juin 6). Haute Autorité de Santé.

RECOMMANDATIONS POUR TOUS LES SOINS DOULOUREUX



Les transmissions orales et écrites de la douleur

- **Moyen mnémotechnique** : TILT
- **Type de douleur** : Exprimé par le patient
 - Coup de poignard, serrement, compression, décharge électrique, brulure, sensation de froid, fourmillement, picotement, élancement.
- **Intensité** :
 - Evaluation par une échelle adaptée,
 - Retentissement sur le sommeil, appétit, mouvements, humeur...
- **Localisation** : s'aider du schéma corporel, cou, lombaire, abdominale, membres
- **TEMPS** : quand? A quel moment ? Jour? Nuit?
 - Depuis quand et évolution.

Source : <https://www.chu-nantes.fr/medias/fichier/evaluation-douleur-et-qualite-de-vie>

Pourquoi amener des informations plus précises sur la douleur?

Aux médecins

- Apporter une aide à la décision thérapeutique,
- Prescrire le traitement adapté à la douleur et au patient,
- Evaluer si le traitement est efficace.

Sur le dossier patient

- Mettre une échelle d'évaluation adaptée au patient,
- Noter le traitement administré,
- Evaluer le traitement prescrit et administré les jours suivant la mise en place du traitement.

- Choisir le bon médicament,
- La bonne molécule,
- au bon moment.

En fonction :

De l'intensité de la douleur

Des soins précédents et de l'évaluation réalisée

De la tolérance de la personne soignée, des pathologies associées, de l'âge

Du délai de mise en action de la molécule

De sa durée d'action/durée du soin :/!\ interdose ou bolus

Penser aux traitements spécifiques des douleurs neuropathiques

Spécificités Douleurs et personnes âgées

La douleur chez la personne âgée est encore trop souvent négligée, banalisée, mal prise en charge ,50% à 93% des personnes âgées sont douloureuses.

- **Du fait de la personne âgée en elle-même**
- **Du fait des professionnels de santé**

Conséquences d'une douleur non soulagée

- Accélération de la perte d'autonomie,
- Aggravation du handicap,
- **Repli sur soi:** les comportements passifs sont moins frappants mais tout aussi parlants et importants que les comportements actifs ; par exemple, les troubles du comportement peuvent s'exprimer sur un mode hyperactif, tel que l'agressivité inhabituelle, mais aussi sur un mode de repli,
- Anxiété,
- Dépression,
- Anorexie,
- Dénutrition,
- Troubles du sommeil.

Cas clinique 2

- Femme de 36 ans, lombalgie chronique, exacerbation récente des douleurs qui augmente à la mobilisation et permanente même au repos, pas d'altération de l'état général, ni de fièvre, pas de signes de souffrance radiculaire (pas de compression d'un nerf).
- Types de douleurs ?
- douleurs neuropathique?
- Douleurs psychogène ?
- Douleur nociceptive ?

Cas clinique n°2

Patiente de 81 ans en bon état général et cognitif, a été victime d'un zona, elle se plaint de douleurs intercostales, aiguë, sensation de brûlures et sensible aux frottements.

Quel type de douleurs ?

Quel outil d'évaluation utilisez vous pour ces douleurs ?

ANNEXE 9

Questionnaire post formation

Cette évaluation est anonyme, elle a pour objet d'évaluer l'utilité de la formation et à les améliorer.

FONCTION :

1) Le contenu de la formation a-t-il répondu à vos attentes ?

- Plutôt non
- Plutôt oui
- Tout à fait
- Ne se prononce pas

2) Pensez-vous avoir acquis dès à présent des données utiles pour améliorer vos pratiques ?

- Plutôt non
- Plutôt oui
- Tout à fait
- Ne se prononce pas

3) Selon vous les objectifs de la formation ont-ils été atteints ?

- Plutôt non
- Plutôt oui
- Tout à fait
- Ne se prononce pas

4) Pensez-vous mettre en pratique à domicile les acquis de la formation ?

Plutôt non

Plutôt oui

Tout à fait

Ne se prononce pas

5) Ressentez-vous le besoin d'une formation complémentaire ?

OUI

NON

COMMENTAIRES :

ANNEXE 10

N° Dossier patient Athome	âge	Mode de prise en charge	douleurs intensités modérées ou intenses	stratégie thérapeutique	Réévaluation de la douleur	Echelle de la douleur
36210	90 ans	soins palliatifs	oui	oui	oui	EN
39610	72 ans	soins palliatifs	oui	oui	oui	EN
35901	82 ans	soins palliatifs	oui	oui	oui	EN
39513	88 ans	prise en charge douleur /soins palliatifs	oui	oui	oui	ALGO
36864	87 ans	nursing lourd parkinson	non	non	non	ALGO
39545	99 ans	soins palliatifs	oui	oui	oui	ALGO
27307	74 ans	soins palliatifs	oui	oui	oui	ALGO
38816	84 ans	soins palliatifs	oui	oui	oui	ALGO
33863	88 ans	soins palliatifs	oui	oui	oui	ALGO
34490	82 ans	pansement complexes	oui	oui	oui	EN
30705	71 ans	pansement complexes/douleur	oui	oui	oui	EN
15209	67 ans	prise en charge douleur /soins palliatifs	oui	oui	oui	EN
39410	77 ans	nursing lourd	non	non	non	EN
36768	90 ans	soins palliatifs	non	non	non	non
39290	76 ans	nursing lourd	non	non	non	pas de douleur
38572	88 ans	soins palliatifs	oui	oui	oui	EN
39583	92 ans	pst complexes	non	non	non	EN
39382	79 ans	soins palliatifs	non	non	non	EN
15207	83 ans	nursing lourd	non	non	non	EN
29548	77 ans	pansement complexes	non	non	non	EN
39131	89 ans	soins palliatifs	non	non	non	ALGO

39670	74 ans	rééducation/ nursing lourd	non	non	non	ALGO
31361	85 ans	nursing lourd et rééducation ortho	non	non	non	EN
31947	74 ans	soins palliatifs	oui	oui	oui	EN
34404	84 ans	soins palliatifs	non	non	non	pas de douleur
39245	92 ans	soins palliatifs	non	non	non	ALGO
34918	80 ans	pansement complexes	non	non	non	non
36319	91 ans	douleur/soins palliatifs	oui	oui	oui	ALGO
39376	75 ans	pansement complexe	oui	oui	oui	EN
39496	68 ans	soins palliatifs	non	non	non	ALGO
36556	74 ans	soins palliatifs	non	non	non	ALGO
38816	85 ans	soins palliatifs	non	non	non	EN
33863	73 ans	rééducation	non	non	non	non
32204	82 ans	soins palliatifs	oui	oui	oui	EN
39513	77 ans	pansement complexe	non	non	non	EN
37878	85 ans	douleur/soins palliatifs	oui	oui	oui	EN
38098	77ans	pansement complexe	non	non	non	EN
38659	56 ans	douleur/soins palliatifs	oui	oui	oui	ALGO
22104	73 ans	douleur/soins palliatifs	oui	oui	non	ALGO
36677	83 ans	soins palliatifs	non	non	non	ALGO
29548	82 ans	soins de nursing lourd et rééducation	non	non	non	ALGO
39 512	87 ans	pansement complexe + douleur	non	non	non	EN
37257	73 ans	soins palliatifs	non	non	non	ALGO
38781	77 ans	pansement complexe	non	non	non	ALGO
39131	96 ans	soins palliatifs	non	non	non	EN
13902	87 ans	soins palliatifs	oui	oui	oui	non
39643	70 ans	pansement complexes	non	non	non	EN

38030	85 ans	soins de nursing lourd et assistance respiratoire	non	non	non	ALGO
39830	99 ans	soins palliatifs	non	non	non	ALGO
39597	84 ans	pansement complexes	non	non	non	EN
38875	96 ans	soins palliatifs	non	non	non	EN
38546	73 ans	soins palliatifs	oui	oui	oui	EN
39023	72 ans	pansement complexes	oui	oui	oui	EN
38696	79 ans	soins palliatifs	oui	oui	oui	EN
39445	57 ans	pansement complexes	non	non	non	EN
37563	67 ans	pansement complexes	non	non	non	EN
39200	62 ans	douleur/soins palliatifs	oui	oui	oui	EN
39826	62 ans	douleur/nursing lourd	oui	oui	oui	EN
38916	67 ans	post chirurgie/rééducation	non	non	non	EN
39090	53 ans	soins palliatifs/chimio	oui	oui	non	EN

BIBLIOGRAPHIE

TEXTES OFFICIELS

Accès aux soins : Agnès Buzyn et Frédérique Vidal saluent la reconnaissance officielle de la pratique avancée infirmière. (2023, mai 24). Ministère de la Santé et de la Prévention. <https://sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/acces-aux-soins-agnes-buzyn-et-frederique-vidal-saluent-la-reconnaissance>

Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée—Légifrance. (15 Août 2021)). Consulté 20 septembre 2022, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037218115>

Article L1110-5—Code de la santé publique—Légifrance. (2005, avril 23).

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006685748/2005-04-23

Agnès Buzyn. (2018, juillet 18). Légifrance—Publications officielles—Journal officiel—JORF n° 0164 du 19/07/2018.

Juridique. (2005, avril 23). <https://www.afidtn.com/Espace-Juridique-fr-Juridique-page-2-46.htm>

DGOS. (2023a, mai 29). Développement professionnel continu—DPC. Ministère de la Santé et de la Prévention. <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/dpc>

DGOS. (2023b, mai 29). La douleur. Ministère de la Santé et de la Prévention.

<https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/la-douleur>

Fiche 14—Les établissements d'hospitalisation à domicile. (Edition 2022).

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/Fiche%2014%20-%20Les%20%C3%A9tablissements%20d%E2%80%99hospitalisation%20%C3%A0%20domicile.pdf>

DGOS. (2023, mars 10). La douleur. Ministère de la Santé et de la Prévention.

<https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/la-douleur>

LIVRES

[Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie : 3eme édition sous la direction de Philippe Loyer](#)

Vieillesse. Module 5 2e édition—Collège Enseignants Gériatrie. (s. d.). Consulté 21 janvier 2023, à l'adresse <https://www.decite.fr/livres/vieillesse-9782294743238.html>

État des lieux et perspectives en oncogériatrie : Mai 2009 Institut National contre le Cancer.

ARTICLES

Chapitre 116 La douleur chez la personne âgée A. HUMEAU, Y. CROGUENNEC, M. JAFFRELOT

Villard, A. (2018). La douleur complexe à domicile. *Revue internationale de soins palliatifs*, 33(HS), 77-78. <https://doi.org/10.3917/inka.182.0077>

Baur, M., & Noiré, D. (2004). Les nouveaux enjeux de la formation à l'hôpital. *Gérontologie et société*, 27 / 111(4), 199-206. <https://doi.org/10.3917/gs.111.0199>

Gentin, M., Marquestaut, O., & de Stampa, M. (2019). Soins en HAD : Aspects cliniques, complexité et modalités d'intervention des soignants. *Santé Publique*, 31(2), 269-276. <https://doi.org/10.3917/spub.192.0269>

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. (2017, novembre 15). Indicateur « prise en charge de la douleur » Cahier des charges. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-12/cdc_prise_en_charge_de_la_douleur_2018.pdf

Les échelles de la douleur -Adulte—Echelles d'hétéro évaluation | SFAP - site internet. (2014). Consulté 15 mai 2023, à l'adresse <https://www.sfap.org/document/les-echelles-de-la-douleur-adulte-echelles-d-hetero-evaluation>

Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. (Février 1999). Haute Autorité de Santé. Consulté 15 mai 2023, à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/c_540915/fr/evaluation-et-suivi-de-la-douleur-chronique-chez-l-adulte-en-medecine-ambulatoire

Évaluation de la douleur dans le grand âge : Où en sommes-nous en 2021 ? (2021 octobre). La Revue de Gériatrie. Consulté 15 mai 2023, à l'adresse <https://www.revuedegeriatrie.fr/publication/evaluation-de-la-douleur-dans-le-grand-age-ou-en-sommes-nous-en-2021/>

Article R4311-5—Code de la santé publique—Légifrance. (2019, août). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913892/2019-08-14

Asana. (2022). *Le cycle PDCA, principe et utilisation [2022]* • Asana. <https://asana.com/fr/resources/pdca-cycle>

Baur, M., & Noiré, D. (2004). Les nouveaux enjeux de la formation à l'hôpital. *Gérontologie et société*, 27 / 111(4), 199-206. <https://doi.org/10.3917/gs.111.0199>

Bertrand, X. (2006). Ministère de la Santé et des Solidarités. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*, 7(2), 3. [https://doi.org/10.1016/S1624-5687\(06\)71118-0](https://doi.org/10.1016/S1624-5687(06)71118-0)

Boisserie-Lacroix, L., Marquestaut, O., & de Stampa, M. (2017). Patients en situation palliative en hospitalisation à domicile : Trajectoires de soins et caractéristiques cliniques. *Santé Publique*, 29(6), 851-859. <https://doi.org/10.3917/spub.176.0851>

- Collège des Enseignants en Gériatrie (CNEG) 3ème édition.* (2014). seformeralageriatrie. <https://www.seformeralageriatrie.org/chapitre1cneg>
- DGOS. (2023a, mars 10). *La douleur*. Ministère de la Santé et de la Prévention. <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/la-douleur>
- DGOS. (2023b, mai 29). *Développement professionnel continu—DPC*. Ministère de la Santé et de la Prévention. <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/dpc>
- Dunham, M., Ingleton, C., Ryan, T., & Gott, M. (2013). A narrative literature review of older people's cancer pain experience. *Journal of Clinical Nursing*, 22(15-16), 2100-2113. <https://doi.org/10.1111/jocn.12106>
- G, M. (2009, mai 12). IPAQSS : Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins. *Le Département d'Information Médicale*. <https://www.departement-information-medicale.com/blog/2009/05/12/ipaqss-indicateurs-pour-lamelioration-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-soins/>
- Gentin, M., Marquestaut, O., & de Stampa, M. (2019). Soins en HAD : Aspects cliniques, complexité et modalités d'intervention des soignants. *Santé Publique*, 31(2), 269-276. <https://doi.org/10.3917/spub.192.0269>
- Humeau, A., Croguennec, Y., & Jaffrelot, M. (s. d.). *La douleur chez la personne âgée. Juridique*. (2005, avril 23). <https://www.afidtn.com/Espace-Juridique-fr-Juridique-page-2-46.htm>
- L'Analyse, R. E. N. (2015). C. DAVID, C. PAITRAULT, B.
- Mauro, L. (2017). *Dix ans d'hospitalisation à domicile (2006-2016)*.
- Petit, A. (2014). *Aux frontières de la biomédecine Médecine et professionnels de la douleur*.
- Villard, A. (2018). La douleur complexe à domicile. *Revue internationale de soins palliatifs*, 33(HS), 77-78. <https://doi.org/10.3917/inka.182.0077>
- Docteur Christian Dufresne, & Docteur Debracq Séverine. (2015). La douleur de la personne âgée.
- Asana. (2022). Le cycle PDCA, principe et utilisation [2022] • Asana. Consulté 18 mai 2023, à l'adresse <https://asana.com/fr/resources/pdca-cycle>
- Échelle de Likert : Exemples et mode d'emploi. (2021, septembre 2). SurveyMonkey. <https://fr.surveymonkey.com/mp/likert-scale/>
- Dunet, M.-H. R., & Vitoux, A. (2007). Développement de l'oncogériatrie dans le cadre du Plan Cancer. *Médecine/sciences*, 23, 47-51. <https://doi.org/10.1051/medsci/2007233s47>
- G, M. (2009, mai 12). IPAQSS : Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins. *Le Département d'Information Médicale*. <https://www.departement-information-medicale.com/blog/2009/05/12/ipaqss-indicateurs-pour-lamelioration-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-soins/>

AUTEUR(E) : Nom : FOURMANOIR Prénom : Karine

Date de soutenance : 05/07/2023

Titre du mémoire : L'IMPACT DE LA FORMATION DES ÉQUIPES SOIGNANTES EN HAD AU REPÉRAGE PRÉCOCE DE LA DOULEUR

Mots Clés libres : gestion des douleurs chroniques, échelles d'évaluation de la douleur, soignants

Résumé : Durant ma pratique professionnelle, je me suis aperçue que la prise en charge de la douleur n'était pas optimale. D'une part, des patients adultes et âgés atteints de maladies chroniques et des prises en charge complexes à domicile, et d'autre part un facteur à prendre en compte à domicile qui est le manque de visite médicale. Ce qui est très différents de l'hôpital privé ou public, dans ces lieux une visite médicale est prévue tous les jours.

En hospitalisation à domicile, le médecin généraliste vient une fois par semaine au domicile du patient, pour évaluer l'état général, adapter les prescriptions. Les infirmiers et Aides-soignants se retrouvent par moment démunies devant une douleur, une altération de l'état général. Ils doivent s'adapter en permanence.

Ma question principale est : "**Est-ce que former les soignants aux différents types de douleur et aux multiples échelles d'auto-évaluation et d'hétéro-évaluation aura un bénéfice sur l'anticipation de la douleur ?**".

Grâce à ce projet, je réponds à mon hypothèse principale qui est de former les soignants aux différents types de douleur et à amélioration de l'évaluation de la douleur par les différents échelles d'auto-évaluation ou d'hétéro-évaluation sera bénéfique à la qualité de vie des patients suite à l'introduction d'un traitement médicamenteux.

Aborder les changements de comportement chez les patients âgés avec des troubles de la communication aura un impact sur les repérages précoces des signes de la douleur. Et permettra aux médecins d'avoir des informations plus pertinentes et surtout d'adapter aux mieux le traitement. La formation du personnel soignant reste le moyen d'améliorer les pratiques professionnelles et de tendre vers une qualité et une sécurité des soins.

Abstract : During my professional practice, I realized that the pain management was not optimal. On the one hand, adult and elderly patients suffering from chronic illness and complex care at home, and on the other hand, a factor to be taken into account at home, which is the lack of medical visits. This is very different from the private or public hospital because a medical visit is scheduled every day.

In hospitalization at home, the general practitioner comes once a week to the patient's home, to assess the general condition, adapt the prescriptions. The nurses and caregivers find themselves at times helpless in the face of pain, a deterioration in their general condition. They have to constantly adapt. The main question is will training caregivers in the different types of pain and the multiple scales of self-assessment and hetero-evaluation have a benefit on the anticipation of pain.

Thanks to this project, I answer my main hypothesis which is to train caregivers in the different types of pain and improving the assessment of pain by the different scales of self-assessment or hetero-evaluation. Will be beneficent to the quality of life of patients following the introduction of drug treatment.

And to address behavioral changes in elderly patients with communication disorders. Will have an impact on the early identification of signs of pain. And will allow doctors to have more relevant information and above all to better adapt the treatment. The training of nursing staff remains the means of improving professional practices and moving towards quality and safety of care.

Directrice de Mémoire : Madame Lucia DARRAS