ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS
www.aphp.fr

Intitulé du protocole : Ajustements de thérapeutiques antalgiques, initiation de traitements symptomatiques et d'examens complémentaires par l'Infirmier Ressource Douleur (IRD) en lieu et place du médecin.

Equipe promotrice *:* Dr Isabelle NEGRE et Mme Gloria OLIVEIRA Groupe Hospitalier Paris-Sud site Bicêtre

Historique du projet coopération interprofessionnelle : Lettre d'intention validée par ARS IDF le 04/05/2016, avis non favorable HAS 19/11/2020, réécriture du projet en 2021/2022.

Envoi protocole de coopération à la task-force du : 17/02/2023

Copil PCL le 12/04/2023, Avis conforme CSIRMT le 15/06/2023, Avis conforme CME le 06/06/2023

Décision de mise en œuvre le xx/xx/2023

Merci d'adresser votre protocole à la *Task-force* PCL : aphp-coordination.pcl@aphp.fr

Projet de protocole local de coopération inter professionnelle APHP

Fondé sur les **exigences de qualité et de sécurité** des protocoles de coopération entre professionnels de santé précisées par le décret du 27 décembre 2019 https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000039684544/ et après **s'être assuré du caractère dérogatoire des actes décrits** dans le protocole

- *Respecter les recommandations de bonnes pratiques HAS*
- *Définir la nouvelle modalité d'intervention et les décisions prises par le délégué, sans participation du délégant, par exemple :*
  - *Pour un examen clinique : poser son indication, le réaliser, l'interpréter ou encore définir la conduite à tenir en fonction des résultats ?*
  - *Pour une consultation de suivi : décider de son opportunité, détecter et interpréter des signes cliniques, décider des orientations du patient, poser l'indication d'un examen à réaliser, réaliser une prescription, adapter un traitement ou le renouveler ?*
  - *Pour un acte technique : poser son indication, le réaliser, l'interpréter ou décider de la conduite à tenir en fonction des résultats ?*
- *Les critères d'éligibilité et de retrait des patients, la qualification des professionnels et les conditions d'expérience professionnelle et de formation complémentaire en rapport avec les actes et activités délégués*
- *Définir le processus de prise en charge des patients : modalités d'inclusion, étapes d'intervention des professionnels de santé, modalités de transmission des informations à l'ensemble des intervenants concernés, situations justifiant la réorientation du patient vers le délégant*
- *Définir les modalités d'information du patient et de partage des données de santé*
- *Déterminer les conditions d'organisation de l'équipe : disponibilité du/des délégants, gestion des risques*
- *Déclarer les professionnels de santé de leur engagement dans la démarche de coopération*

Le protocole de coopération n'est pas prescriptif d'une organisation.

Les équipes adhérentes à ce protocole de coopération peuvent selon leur organisation locale faire le choix d'appliquer seulement l'un des actes dérogatoires comme la totalité de la proposition ici présente.

Le choix se fait en concertation entre le délégué et le délégant et uniquement dans le cadre des actes dérogatoires présentés dans ce protocole de coopération et doit être consigné auprès du référent protocole de coopération à la direction des soins. (Avec une attention particulière pour les thérapeutiques hors AMM.) (Annexe 1)

I	**1. Intitulé du protocole**	Ajustements de thérapeutiques antalgiques, initiation de traitements symptomatiques et d'examens complémentaires par l'infirmier référent douleur en lieu et place du médecin

II	**2. Présentation générale du protocole et de son contexte de mise en œuvre**	<u>Objectifs de mise en œuvre (répondant à un besoin de santé identifié)</u> : L'objectif est de réaliser une prise en charge de la douleur du patient la plus précoce possible. Les retards de prise en charge étant source d'hétérogénéité des prescriptions, de souffrance, d'insatisfaction des usagers et de risque de constitution de syndrome douloureux chronique plus difficile à soulager. L'intérêt de ce protocole vise : **Pour les patients** : - Bénéficier d'une prise en charge de la douleur la plus précoce possible, et de thérapeutiques adaptées - Et contribuer à la prévention de la constitution d'un syndrome douloureux chronique. **Pour les délégants :** - Libérer de leur temps pour le recentrer sur la prise en charge de situations complexes et/ou d'un plus grand nombre de patients - Réévaluer les traitements des patients avant la sortie en fonction des demandes **Pour les délégués :** - Développer de nouvelles compétences, - Mettre en valeur leur formation et leur expérience, - Diversifier leurs activités, - Améliorer l'attractivité du métier **Pour l'institution :** - Améliorer la qualité de l'offre de soins et répondre au droit fondamental du malade inscrit dans la loi du 4 mars 2002 *« 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 ».* - Prendre en charge plus précocement les patients douloureux, - Réduire les délais de prise en charge et répondre aux attentes des patients - Sécuriser la prise en charge médicamenteuse antalgique par l'homogénéité des pratiques <u>Patients et pathologie(s) concernés par le protocole</u> : - Majeurs présentant une douleur aiguë ou chronique, mécanisme nociceptif ou neuropathique - Ayant donné, leur consentement (annexe 3) à ce mode de prise en charge, après avoir été informés du protocole <u>Intervalle d'âge des patients</u>

		Patients ≥ 18 ans <u>Professionnels concernés</u> Qualification professionnelle et éventuellement spécialité des délégants : Médecin algologue Qualification professionnelle et éventuellement spécialité des délégués : Infirmer ressource douleur <u>Etablissement / structure de mise en œuvre :</u> Etablissement de santé garantissant la confidentialité du suivi du patient et disposant de l'équipement nécessaire à la prise en soin : Accès au dossier médical partagé, au dossier pharmaceutique partagé, ligne téléphonique dédiée, adresse mail dédiée. Tous ces éléments à mettre en place à l'initiation du protocole	
III	**3. Critères d'inclusion des patients** *(définir précisément tous les critères)*	<u>Critères d'inclusion</u> Critère 1 : patients majeurs présentant une douleur aiguë ENS ≥ 3/10 (ou chiffre équivalent de l'échelle d'évaluation de la douleur utilisée) ou chronique et de mécanisme neuropathique ou nociceptif, lors de leur hospitalisation	
	***4.* Critères de non-inclusion des patients** (*ces critères peuvent être liés à la présence de complications de la pathologie concernée ou à d'autres facteurs)*	<u>Critères de non-inclusion</u> Critère 1 : mineurs, Critère 2 : personnes vulnérables : majeurs protégés (*sauvegarde de justice, curatelle, tutelle…*), Critère 3 : refusant d'être pris en charge dans le cadre de ce protocole, Critère 4 : hospitalisés en réanimation et/ou en soins intensifs, Critère 5 : présentant des troubles cognitifs ou troubles psychiatriques signalés par le médecin du service demandeur, sur le dossier médical ou constaté lors de la visite d'évaluation, Critère 6 : souffrant de migraine ou céphalées sans étiologie retrouvée dans le dossier médical, ou constatées lors de la visite d'évaluation, Critère 7 : ayant un IMC < à 18 ou > à 40. Critère 8 : Femme enceinte	
	5. Organisation de l'inclusion et modalités d'information et d'accord des patients (ou celui de l'entourage	<u>Décrire à quel moment, comment et par qui s'effectue l'inclusion :</u> La prise en charge du patient dans le cadre du protocole ne s'effectue qu'*a postériori* d'une demande médicale initiée par le service d'hospitalisation du patient, transmise à l'unité/équipe douleur. Le délégant et/ou le délégué informe et explique au patient l'organisation de sa prise en charge dans le cadre du protocole de coopération entre professionnels de santé (article L. 4011-1 du Code de la	**Annexe 3 :** Information et recueil du consentement du patient dans le cadre du protocole.

	pour les mineurs et les personnes sous mesure de protection[1] si inclus)	Santé Publique) et recueille son consentement. Le protocole de coopération est mis à disposition du patient à sa demande. Le patient est informé qu'il peut à tout moment se retirer du protocole s'il le souhaite. Modalités d'information et de recueil du consentement **(Annexe 3)** ☒ Oral : l'accord du patient est recueilli par le délégant ou le délégué lors du premier contact ☒ Ecrit, l'accord du patient est tracé dans son dossier par le délégant ou le délégué Modalités de retour au délégant en cas de non inclusion : Le patient est informé qu'il bénéficiera d'une prise en charge par un médecin algologue. Dans ce cas, le médecin référent du patient est informé sans délai et poursuit la prise en charge dans l'attente du médecin algologue.	
IV	6. **Description synthétique par un algorithme du parcours du patient dans le cadre du protocole** incluant à partir de l'inclusion **toutes les étapes** de prise en charge y compris les motifs de réorientation vers le délégant	La prise en charge du patient par le délégué intervient après validation des critères d'inclusion **(annexe 2).** Le patient est informé que le protocole s'articule avec le médecin référent de son service d'hospitalisation, à l'origine de la demande, qui sera avisé des décisions thérapeutiques prises dans le cadre du protocole. Les étapes comprennent : 1. L'enregistrement de la demande médicale du service d'hospitalisation et la validation des critères d'inclusion, 2. L'information du patient et le recueil de son consentement, 3. L'organisation du suivi du patient pour la prise en charge de sa douleur. Durant ces étapes, le contrôle du délégant intervient quotidiennement lors d'un point d'échange des patients vus dans la journée et à tout moment selon les critères d'alerte définis.	**Annexe 2 :** Logigramme de la prise en charge du patient par l'infirmier ressource douleur
	7. **Liste de toutes les dérogations envisagées** : lister tous les actes et activités dérogatoires aux décrets de compétences des délégués nécessaires	Le délégué organise le suivi du patient présentant une douleur aigüe ou chronique de mécanisme neuropathique et/ou nociceptif répondant aux critères d'inclusion. Dans les situations des douleurs chroniques, le rôle du délégué consistera essentiellement à inclure le patient dans un parcours de prise en charge spécialisé. La prescription de pallier III se fera après avis du délégant car répond à des recommandations précises.	**Annexe n°4 :** Algorithme du suivi des patients douloureux **Annexe n°5** : Liste des thérapeutiques pouvant être prescrites par le délégué

[1] Dans le respect des dispositions de l'article L. 1110-4 du CSP https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036515027/

	à la mise en œuvre du protocole, de préférence selon un déroulé chronologique. **Cochez la nature des documentations à faire figurer en annexe, en sélectionnant celles qui sont pertinentes à l'exercice des dérogations.** ● Pour chaque dérogation, arbre décisionnel pour guider la prise de décision du délégué ● Et le cas échéant - Grille d'entretien pour le recueil d'informations - Ordonnance type pour une prescription de médicament - Tableau des normes attendues… *Nb: les **dérogations peuvent porter** sur la réalisation **d'examens cliniques ou complémentaires, la prescription d'examens ou de traitements**, sans oublier celles relatives aux **entretiens avec les patients et aux examens***	**<u>Attention : Dans le cas de douleurs chroniques la prescription répond à des recommandations spécifiques</u>** **Dérogation 1 « Evaluation clinique et paraclinique du patient présentant un tableau clinique douloureux »** : - Anamnèse, - Évaluation clinique de la douleur aiguë (ENS ≥ 3/10 ou chiffre équivalent de l'échelle d'évaluation de la douleur utilisée) ou chronique, de mécanisme : ✓ Neuropathique (grille d'évaluation DN4 et grille d'évaluation de l'intensité douloureuse EVA, ENS, EVS, Algoplus, Doloplus) ✓ Nociceptif (grille d'évaluation de l'intensité douloureuse EVA, ENS, EVS, Algoplus, Doloplus) - Analyse traitements en cours et des résultats du bilan biologique existant **Selon les organisations locales l'IRD peut modifier directement la prescription et/ou proposer au médecin responsable de la salle des préconisations de prescriptions en regard de la situation clinique.** **Dérogation 2 « Prescription complémentaire et interprétation d'examens biologiques standards, suivi de décisions »** : - Hémoglobine, - Plaquettes, - Taux de prothrombine, - Temps de céphaline activé, - Créatinine, - Débit de filtration glomérulaire (DFG) - Bilan hépatique **Dérogation 3 « Adaptation et renouvellement de traitements antalgiques de palier 1, 2 ou 3, co-analgésiques, sédatifs, thérapeutiques non-médicamenteuses »,** selon protocoles de la SFAR et du MAPAR (https://sfar.org, - https://www.mapar.org). Adaptation, renouvellement ou arrêt du traitement antalgique initié,	***Annexe n°6** : Logigrammes*

	cliniques hors compétences des délégués.	**<u>Les paliers III uniquement pour les douleurs aigues (morphine/oxycodone/fentanyl)</u>** **<u>En regard des recommandations de l'ANSM et avec accord de la PUI de l'établissement le Nefopam et Versatis peuvent utilisés.</u>** - Changement de voie d'administration - Rotation des opioïdes - Après validation du délégant, renouvellement d'injections dans des dispositifs d'analgésie loco-régionale (cathéter péridural, cathéter péri-nerveux) **(annexe 4)** **Dérogation 4 « Prescription de traitements symptomatiques en cas d'effets indésirables des traitements antalgiques » (annexe 5 et annexe 6)**	
V	**8. Modalités envisagées pour le partage des données de santé et la coopération entre délégants et délégués.**	<u>Modes de collecte, de traçabilité et de partage des données de santé entre délégant et délégué</u> Le dossier médical du patient est partagé entre le délégant et le délégué. Il contient les informations suivantes : - Fiche suivi algologique du patient - Résultats des examens cliniques, biologiques et radiologiques, - Traçabilité des contacts entre délégué et patient ou son entourage Traçabilité des transmissions entre professionnel délégué, le patient ou son entourage <u>Dossier utilisé :</u> informatique ☒ papier ☒ <u>Si dossier informatique, Identifiant et mots de passe personnels :</u> oui Traçabilité des transmissions entre professionnel délégué, le patient ou son entourage	
	9. Modalités de transmission des informations à l'ensemble des professionnels de santé concernés par la prise en charge du patient afin d'assurer la continuité des soins *Prioriser un cadre sécurisé de transmission*	*<u>Au médecin référent du service d'hospitalisation du patient</u> <u>(fréquence, contenu…)</u>* Le médecin du service d'hospitalisation du patient reçoit le compte rendu des consultations de suivi du délégué qui l'informe des conclusions de l'évaluation clinique et des modifications de traitements. Le délégué ou le délégant informe le médecin du service d'hospitalisation de l'instauration du traitement antalgique et des effets secondaires potentiels à l'aide du compte rendu ainsi que les modalités pour joindre le service. De ce fait, il aura tous les éléments pour vérifier l'absence d'interactions au cours de la prise en charge. *<u>Aux autres professionnels de santé (fréquence, contenu…)</u> ou accessible dans le dossier patient*	

		Kinésithérapeute, psychologie, diététicienne consultent le CR dans le dossier du patient des consultations de suivi du délégué qui l'informe des conclusions de l'évaluation clinique et des modifications de traitements.	
VI	**10. Conditions d'expérience professionnelle et de formation complémentaire théorique et pratique requises de la part du ou des professionnels délégués**	Prérequis : qualification (diplôme) et expérience professionnelle (durée et lieu d'expérience) des délégués (spécialiste clinique en douleur code 05TAC3) - Diplôme d'Etat Infirmier - Diplôme Universitaire (DU) de douleur - Expérience de 2 ans après l'obtention du DU Douleur en qualité d'Infirmier Ressource Douleur, au sein de l'établissement hospitalier, médico-social, ou ambulatoire	
		Formation : 35 heures Une formation spécifique au protocole : pratique clinique et prise en charge de patients spécifiques à l'établissement. Formation théorique : 10 heures Cette formation sur la prise en charge de la douleur est assurée par des médecins de l'équipe douleur **(Annexe n°7)** Compétences à acquérir en rapport avec les actes et activités Modalités de validation : une grille d'évaluation des connaissances et des compétences sur les actes dérogatoires est complétée et validée par le délégant. Elle atteste de l'acquisition des connaissances du délégué nécessaire à la mise en œuvre du protocole (***Annexe n°8)*** Formation pratique *:* 50 consultations soit 25 heures - 10 consultations « douleur » réalisées en observation, - 20 consultations en binôme - 20 consultations en supervision Modalités de validation de la formation pratique : carnet de stage est validé par le délégant en évaluant la concordance entre la décision prise par le délégué et celle qui aurait été prise par le délégant. ***Remarque*** **:** En cas de validation partielle, de non validation ou d'absence prolongée : - Réajustement des compétences théoriques avec le délégant - Prolongation du stage pratique au sein de l'équipe mobile	**Annexe 7 :** Programme de formation des Infirmier Ressource Douleur du Groupe Hospitalier **Annexe n° 8 :** Quizz d'évaluation des connaissances

		- Validation des acquis de la formation complémentaire par le délégant. Une attestation de réussite du professionnel ayant assuré la formation est réalisée **(Annexe n°9)**	**Annexe n°9** ***:*** *Attestation de formation et validation*
		<u>Modalités de maintien des compétences et de formation continue</u> **Maintien des compétences :** Une moyenne annuelle de 20 consultations par délégué est nécessaire au maintien des compétences. **Formation continue** Interne : organisée lorsqu'une nouvelle molécule est dispensée (validation du CLUD). Un partenariat avec la pharmacie permet la mise à jour immédiate des connaissances. Externe : participation annuelle à des congrès/séminaires… sur la prise en charge de la douleur. -Modalités de validation (*qui valide ; quel type de validation*) : le délégant valide annuellement les connaissances du délégué par un questionnaire adapté	
VII	**11. Disponibilité et interventions requises du professionnel délégant**	<u>Mode d'organisation en équipe pour assurer la **disponibilité d'un nombre suffisant de délégants** :</u> <u>Modalités de supervision par le délégant (*présentiel, **ou par télésanté** / téléphone) :*</u> Le délégant intervient par : <u>Une astreinte</u> 1) Le délégant est joignable à tout moment et peut répondre aux questions du délégué. 2) En cas d'absence du délégué ou du délégant : ***Absence du délégué*** : la stratégie habituelle de la prise en charge en activité de liaison reprend ses droits (déplacement du médecin dans les services hospitaliers pour donner un avis) ***Absence du délégant*** : le protocole de coopération est suspendu et l'activité est réalisée par l'Infirmer Ressources Douleur sur le mode évaluation et conseil de prescription.	
		<u>Critères d'alerte par le délégué au délégant pour supervision ou réorientation, en précisant les délais de prise en charge :</u> <u>Une supervision</u>	

		1) L'intervention du délégant est requise en l'absence d'amélioration de la douleur (<30%) après un premier réajustement de traitement. 2) Le délégué consulte systématiquement le délégant à réception des demandes d'avis spécialisés, 3) Les actions menées par le délégué ainsi que leur pertinence sont vérifiées par le délégant lors de la revue des fiches de suivi de façon hebdomadaire. <u>Une validation</u> Une revue des fiches de suivi est effectuée lors des réunions hebdomadaires ayant lieu en présence du délégué et du délégant (activité incomplète ou inadaptée). Les corrections apportées sont tracées dans les fiches <u>Critères d'alerte du délégant par le délégué</u> Si le délégué ne constate aucune amélioration notable (30%) d'une consultation sur l'autre, alors il alerte immédiate du délégant. Le délégué alerte systématiquement le délégant de toute situation inhabituelle telle que : o Une observance inadaptée au traitement o Un résultat biologique perturbé une évaluation clinique ayant évolué défavorablement depuis la description initiale	
		<u>Risques identifiés à chaque étape de la mise en œuvre du protocole, en indiquant les mesures préventives prévues pour chaque risque identifié :</u> <u>Risque 1 :</u> Refus par incompréhension ou indisponibilité du patient <u>Risque 2 :</u> Consentement invalide car insuffisamment éclairé ou ressenti comme sous contrainte. <u>Risque 3 :</u> A contrario refus de consentement <u>Risque 4 :</u> défaut de contrôle de l'identité du patient <u>Les mesures préventives :</u> <u>Risque 1 :</u> - Savoir s'entourer de l'aide d'un interprète, ou d'un tiers de confiance,	

		- Développement du temps consacré à la présentation du protocole au patient, en étendant si besoin le délai de réflexion. <u>Risque 2 :</u> - Adaptation de la fiche d'information en fonction des retours qui seront faits, - Explicitation de ce en quoi consiste le protocole, - Appel aux interprètes répertoriés sur l'établissement, - Rappel sur la nécessité de bien préciser au patient qu'il a une totale liberté de refuser d'entrer dans le protocole de coopération et que, dans cette hypothèse, il bénéficiera d'une prise en charge classique. <u>Risque 3 :</u> - Expliquer la formation du délégué et remettre le protocole au patient, - S'appuyer sur le fait que l'équipe mobile a bien été sollicitée par le médecin suivant le patient, qui est au courant du mode de fonctionnement de cette équipe douleur, et, dans le cadre de ce protocole, de la délégation de prescription de thérapeutiques autorisées à des délégués non médecins spécifiquement habilités. <u>Risque 4</u> : respect de la procédure d'identitovigilance <u>Réunions de coordination et d'analyse de pratiques délégants/délégués *(fréquence, composition …)*</u> - Débriefing quotidien entre délégué et délégant - Evaluation trimestrielle de la pratique professionnelle en présence des délégants et délégué(s)	
VIII	12. **Principaux risques liés à la mise en œuvre du protocole. Procédure d'analyse des pratiques et de gestion des risque**s.	<u>Modalités de recueil des évènements indésirables</u> - Les événements indésirables (EI) sont déclarés dans un logiciel dédié selon la procédure locale mise en œuvre. - Un formulaire de déclaration d'EI est transmis automatiquement à la cellule de gestion des EI qui sollicitera les professionnels concernés afin d'analyser ces événements et de déployer des actions correctives qui seront par la suite évaluées et réajustées.	

		- Ces évènements indésirables sont systématiquement analysés au moins une fois par an dans le cadre d'une revue de morbi-mortalité (RMM) ou d'un Comité de Retour d'expérience (CREX). <u>Modalités d'analyse et de traitement des évènements indésirables</u> En cas d'urgence vitale, c'est la procédure locale de prise en charge qui est mise en œuvre. Les évènements indésirables graves, évènement inattendu au regard de la prise en charge et dont les conséquences pour le patient ont un caractère de gravité correspondent au descriptif de l'HAS, conduisent à suspendre le protocole, et à ne pouvoir le reprendre qu'après une revue de mortalité et de morbidité (RMM) ou un comité de retour d'expérience (CREX) validant la reprise. Les modalités suivent les recommandations de l'HAS (https://has-sante.fr/jcms/c_2787338/fr/declarer-les-evenements-indesirables-graves-associes-aux-soins-eigs) Les modalités suivent les recommandations de l'HAS (https://has-sante.fr/jcms/c_2787338/fr/declarer-les-evenements-indesirables-graves-associes-aux-soins-eigs)	
	***13.* Gestion des évènements indésirables** *(prioriser une organisation d'équipe)*	<u>Nombre de patients effectivement pris en charge au titre du protocole</u>***** : Nombre de dossiers repris par le délégant pour corriger une activité incomplète ou inadaptée du délégué/ Nombre total de dossiers gérés par le délégué Taux d'adhésion au protocole : Nombre de patients éligibles sur une année / Nombre de patients pris en charge au titre du protocole	
IX	**14. Indicateurs de suivi (seuls les cinq indicateurs signalés par une étoile* sont <u>obligatoires</u>). Préciser les valeurs attendues et celles qui peuvent provoquer la suspension ou l'arrêt du protocole**	<u>Taux de reprise par le délégant *****:</u> Nombre d'actes réalisés par le délégant sur appel du délégué/Nombre d'actes réalisés par le délégué	
		<u>Taux d'EI déclarés***** :</u> Nombre d'événements indésirables déclarés*****/nombre d'actes réalisés par le délégué <u>Nombre d'EIG déclarés*****</u> : suspension ou arrêt du protocole si >0	
		<u>Taux de satisfaction des patients (optionnel) :</u> **(Annexe 10)** Nombre de patients ayant répondu « satisfait » ou « très satisfait » au questionnaire / Nombre de patients inclus ayant répondu au questionnaire :	**Annexe n° 10 :** Questionnaire de satisfaction patient

	***Nb** : un **événement indésirable associé aux soins (EIAS)** est un évènement inattendu qui perturbe ou retarde le processus de soin, ou impacte directement le patient dans sa santé.* *Un événement indésirable est dit grave s'il provoque un déficit fonctionnel permanent pour le patient, la mise en jeu de son pronostic vital ou son décès (source HAS)*	Taux de satisfaction des professionnels de santé adhérant au protocole de coopération* : **(Annexe 11)** Nombre de professionnels ayant répondu « satisfait » ou « très satisfait » au questionnaire / Nombre de professionnels ayant répondu au questionnaire Taux de satisfaction délégué/délégant **(Annexe 12 et annexe 13)**	**Annexe n°11 :** Fiche de satisfaction des services demandeurs **Annexe n°12/n°13** : Fiche de satisfaction délégué et délégant
		Impact sur le résultat ou sur l'organisation des soins au regard des effets attendus :	
		Le protocole sera révisé en fonction de l'actualisation des recommandations et autres Références utilisées.	
X	**15. Références bibliographiques** *(recommandations de bonnes pratiques et références réglementaires)*	Textes réglementaires (inclure références réglementaires de l'activité habituelle de la structure, du délégué, …) Arrêté du 3 avril 2008 relatif aux missions et à la composition du comité de suivi du plan national d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010. https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000018787627 - Rapport du Haut Comité de la Santé Publique, avril 2010. www.hcsp.fr/explore.cgi/dra**2010**.pdf - Plan de lutte contre la douleur 2006-2010, ministère de la santé et des solidarités. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010_.pdf - Contrat d'engagement de lutte contre la douleur dans les établissements de santé, Centre national de ressources de lutte contre la douleur. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/contrat_engagement_douleur.pdf - **Textes de références opérationnelles** - règles de bonnes pratiques et recommandations des sociétés savantes : SFETD, de la SFAR et du MAPAR consultables sur les sites respectifs : - SFETD : Société Française d'Etude et de Traitement de la douleur	

		www.**sfetd**-douleur.org/ - SFAR : Société Française d'Anesthésie et de réanimation sfar.org/event/le-congres-sfar-2016 ; https://sfar.org - MAPAR : Mise Au Point en Anesthésie et Réanimation www.mapar.org/ http://www.sfetd-douleur.org, https://sfar.org, http://www.mapar.org	

Rappel des annexes obligatoires à joindre

Annexe 1	Contrat d'organisation
Annexe 2	Information et consentement du patient dans le cadre de la délégation
Annexe 3	Logigramme décisionnel de la prise en charge
Annexe 4	Algorithme du suivi des patients douloureux
Annexe 5	Liste des thérapeutiques pouvant être prescrites par le délégué
Annexe 6	Logigrammes de prescriptions
Annexe 7	Programme de formation des Infirmier Ressource Douleur du Groupe Hospitalier
Annexe 8	Quizz d'évaluation des connaissances

Annexe 9	Attestation de formation et validation
Annexe 10	Questionnaire de satisfaction patient
Annexe 11	Fiche de satisfaction des services demandeurs
Annexe 12	Fiche de satisfaction du délégué
Annexe 13	Fiche de satisfaction du délégant

Annexe N° 1

Contrat d'organisation

Le protocole de coopération n'est pas prescriptif d'une organisation.

Les équipes adhérentes à ce protocole de coopération peuvent selon leur organisation locale faire le choix d'appliquer seulement l'un des actes dérogatoires comme la totalité de la proposition ici présente.

Le choix se fait en concertation entre le délégué et le délégant et uniquement dans le cadre des actes dérogatoires présentés dans ce protocole de coopération et doit être consigné auprès du référent protocole de coopération à la direction des soins.

ACTES DEROGATOIRES*	Réalisés dans le cadre du protocole de coopération	Non réalisés dans le cadre du protocole de coopération
Dérogation 1 « Evaluation clinique et paraclinique du patient présentant un tableau clinique douloureux »		
- Anamnèse	☐	☐
- Évaluation clinique de la douleur aiguë (ENS ≥ 3/10 ou chiffre équivalent de l'échelle d'évaluation de la douleur utilisée) ou chronique, de mécanisme : ✓ Neuropathique (grille d'évaluation DN4 et grille d'évaluation de l'intensité douloureuse EVA, ENS, EVS, Algoplus, Doloplus) ✓ Nociceptif (grille d'évaluation de l'intensité douloureuse EVA, ENS, EVS, Algoplus, Doloplus)	☐	☐
- Analyse traitements en cours et des résultats du bilan biologique existant	☐	☐
Dérogation 2 « Prescription complémentaire et interprétation d'examens biologiques standards, suivi de décisions »		
- Hémoglobine, - Plaquettes, - Taux de prothrombine, - Temps de céphaline activé, - Créatinine, - Débit de filtration glomérulaire (DFG) - Bilan hépatique	☐	☐
Dérogation 3 « Adaptation et renouvellement de traitements antalgiques de palier 1, 2 ou 3, co-analgésiques, sédatifs, thérapeutiques non-médicamenteuses », selon protocoles de la SFAR et du MAPAR (https://sfar.org, - https://www.mapar.org).		
- Changement de voie d'administration	☐	☐
- Adaptation et renouvellement des traitements antalgiques de palier 3	☐	☐
- Traitement : Nefopam (En regard des recommandations de l'ANSM et avec accord de la PUI de l'établissement le Nefopam peut être utilisé.)	☐	☐
- Traitement : Versatis (En regard des recommandations de l'ANSM et avec accord de la PUI de l'établissement le Versatis peut être utilisé.)	☐	☐
- Rotation des opioïdes	☐	☐
- Après validation du délégant, renouvellement d'injections dans des dispositifs d'analgésie loco-régionale (cathéter péridural, cathéter péri-nerveux) **(annexe 4)**		
Dérogation 4 « Prescription de traitements symptomatiques en cas d'effets indésirables des traitements antalgiques » (annexe 5 et annexe 6)		
-		
-		
-		

*Merci de cocher les actes dérogatoires qui seront délégués dans le protocole de coopération

Nom et adresse de la structure		
DMU		
Service		
Délégant(s)		
NOM, Prénom	**Qualification**	**Date et signature**
Délégué(s)		
NOM, Prénom	**Qualification**	**Date et signature**

Ce document doit être consigné auprès de la cadre de santé et au niveau de la direction des soins et des activités paramédicales.

Annexe N° 2

Information et consentement du patient/résident

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que votre prise en charge s'inscrit dans le cadre d'un protocole de coopération entre professionnels de santé (médecins / infirmiers) prévu par le code de la santé publique (articles L. 4011-1 et L. 4011-4) : « *Ajustements de thérapeutiques antalgiques, initiation de traitements symptomatiques et d'examens complémentaires par l'infirmier ressource douleur en lieu et place du médecin* »

Ce protocole a été spécifiquement autorisé par le Directeur Général de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris et déclaré à l'Agence Régionale de Santé. Le détail de ce protocole peut vous être remis et expliqué sur simple demande.

Le détail de ce protocole peut vous être remis sur simple demande.

Dans ce cadre, votre médecin a sollicité l'intervention de l'équipe mobile douleur, spécialisée sur la prise en charge de la douleur, pour :

1. Evaluer votre situation (l'histoire de votre maladie, vos douleurs, les signes que vous présentez, votre traitement actuel, vos résultats biologiques),
2. Initier ou ajuster votre traitement antalgique
3. Prescrire si nécessaire des examens biologiques complémentaires.

Pour vous traiter dans de meilleurs délais, cette équipe vous propose d'être pris en charge par un(e) de ses infirmier(ère)s spécifiquement formé(e)s.

Cet(te) infirmier(ère) est en lien permanent avec le médecin de l'équipe douleur.

Il ou elle vous donnera des informations sur votre traitement et pourra participer au suivi de celui-ci.

Votre consentement sur cette modalité de prise en charge vous est demandé et sera consigné dans votre dossier. Il vous sera bien entendu possible de revenir sur votre accord.

Si l'infirmier(ère) le juge souhaitable ou encore si vous refusiez de participer à ce protocole, vous seriez pris en charge par un médecin de l'équipe mobile douleur.

Accord du patient : oui ☐ non ☐

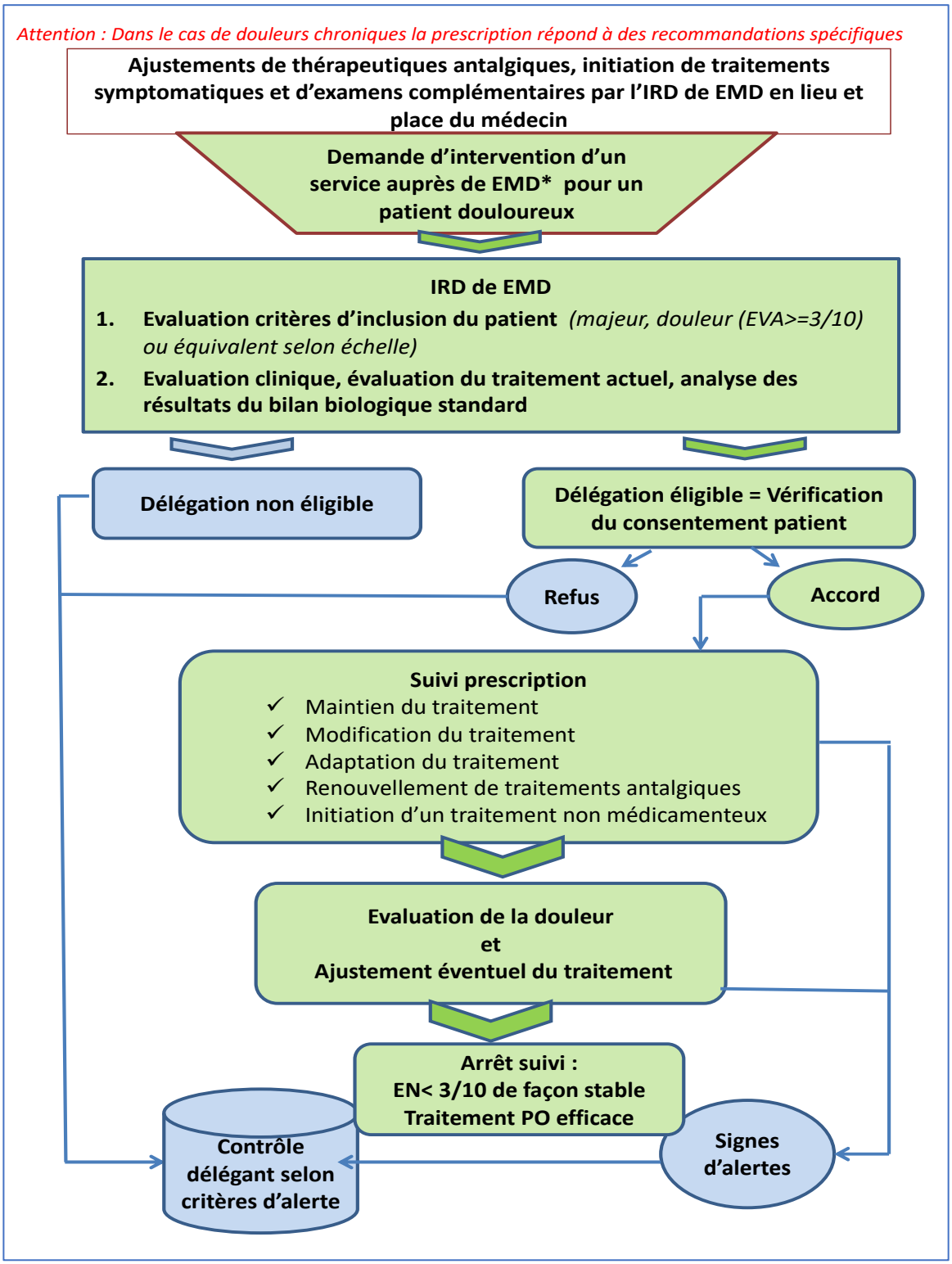
Date :

Personne qui a informé le patient et recueilli son consentement :

- nom :
- qualité :

signature :

Annexe N° 3



* Équipe mobile douleur (EMD)

Annexe N°4

Attention : Dans le cas de douleurs chroniques la prescription répond à des recommandations spécifiques

Prise en charge, par l'Infirmier Ressource Douleur (IRD), des patients douloureux hospitalisés

Demande médicale du service d'hospitalisation du patient selon critères d'inclusion :

Majeurs présentant une douleur aiguë EVA ≥ 3/10 ou chronique, de mécanisme :

- ✓ neuropathique (grille d'évaluation DN4 et grille d'évaluation de l'intensité douloureuse EVA, ENS, EVS, Algoplus, doloplus)
- ✓ nociceptif (grille d'évaluation de l'intensité douloureuse EVA, ENS, EVS, Algoplus, doloplus)

Délégation éligible

- Validation critères inclusions par le délégant et le délégué
- Accord patient : Information + recueil de son consentement

Délégation non éligible

- Critères de non inclusion
- Refus du protocole par le patient
- Mineurs
- Personnes vulnérables : majeurs protégés (*sauvegarde de justice, curatelle, tutelle…*)
- Patients :
  - hospitalisés en réanimation et/ou en soins intensifs,
  - présentant des troubles cognitifs ou troubles psychiatriques signalés par le médecin du service demandeur, sur le dossier médical ou constaté lors de la visite d'évaluation,
  - souffrant de migraine ou céphalées sans étiologie retrouvée dans le dossier médical, ou constatées lors de la visite d'évaluation,
  - ayant un IMC < à 18 ou > à 40
  - Femme enceinte

Consultation initiale / Interrogatoire :

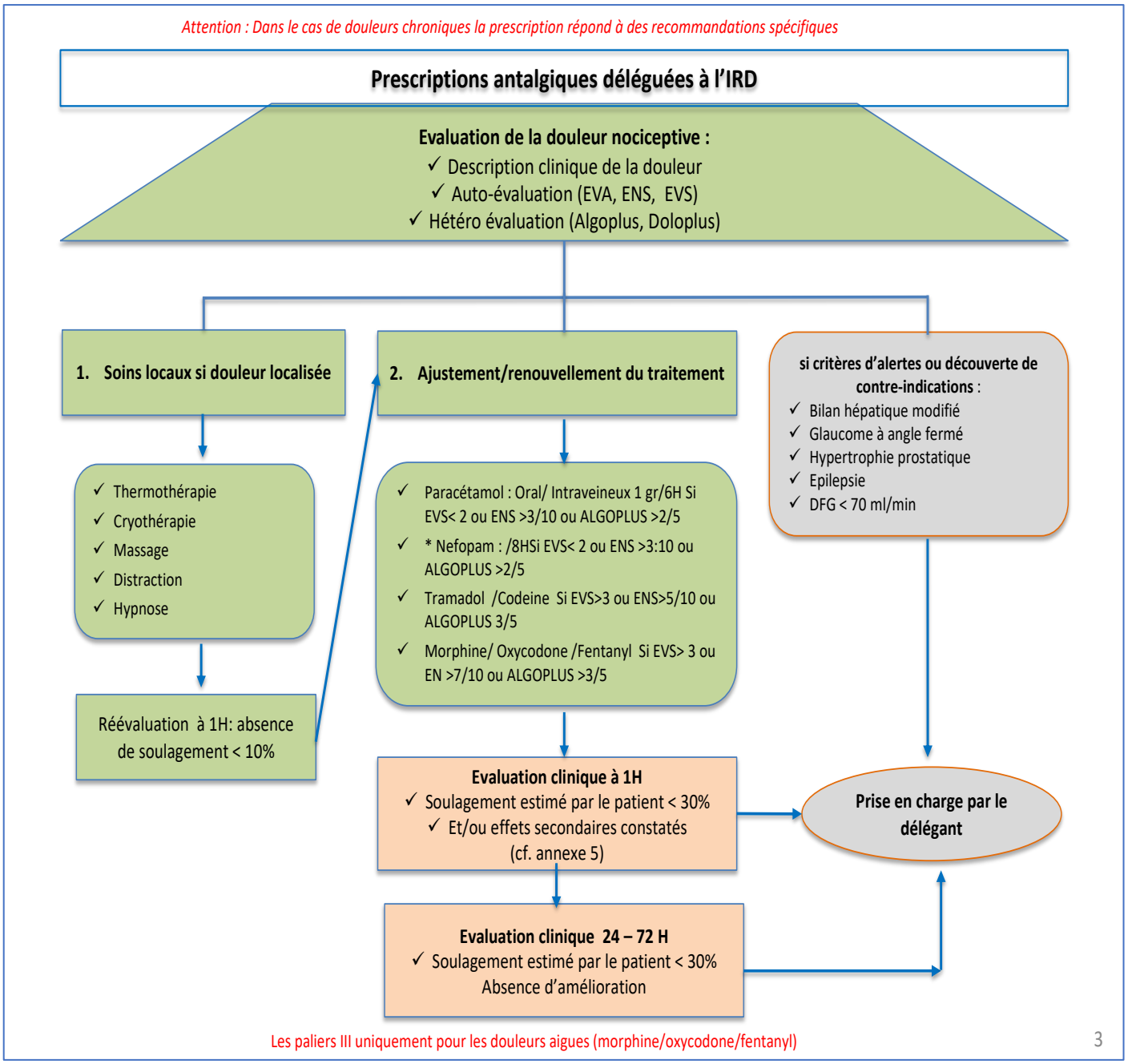
1. Evaluation clinique du patient présentant un tableau clinique douloureux (anamnèse, clinique dont douleur, traitement actuel)
2. Analyse des résultats du bilan de biologie standard existant
3. Prescription complémentaire d'examens de biologique standard
4. Adaptation et/ou renouvellement du traitement antalgique de palier 1, 2 ou 3, co-analgésiques, sédatifs
5. Prescription de traitements symptomatiques des effets indésirables des traitements antalgiques
6. Réalisation, après validation du délégant, d'injection dans les dispositifs d'analgésie locorégionale : cathéter péridural, cathéter péri-nerveux
7. Collaboration avec les autres professionnels experts si nécessaire (Kiné, diététicienne, psychologue)

Contact et avis du délégant au cours du débriefing quotidien :

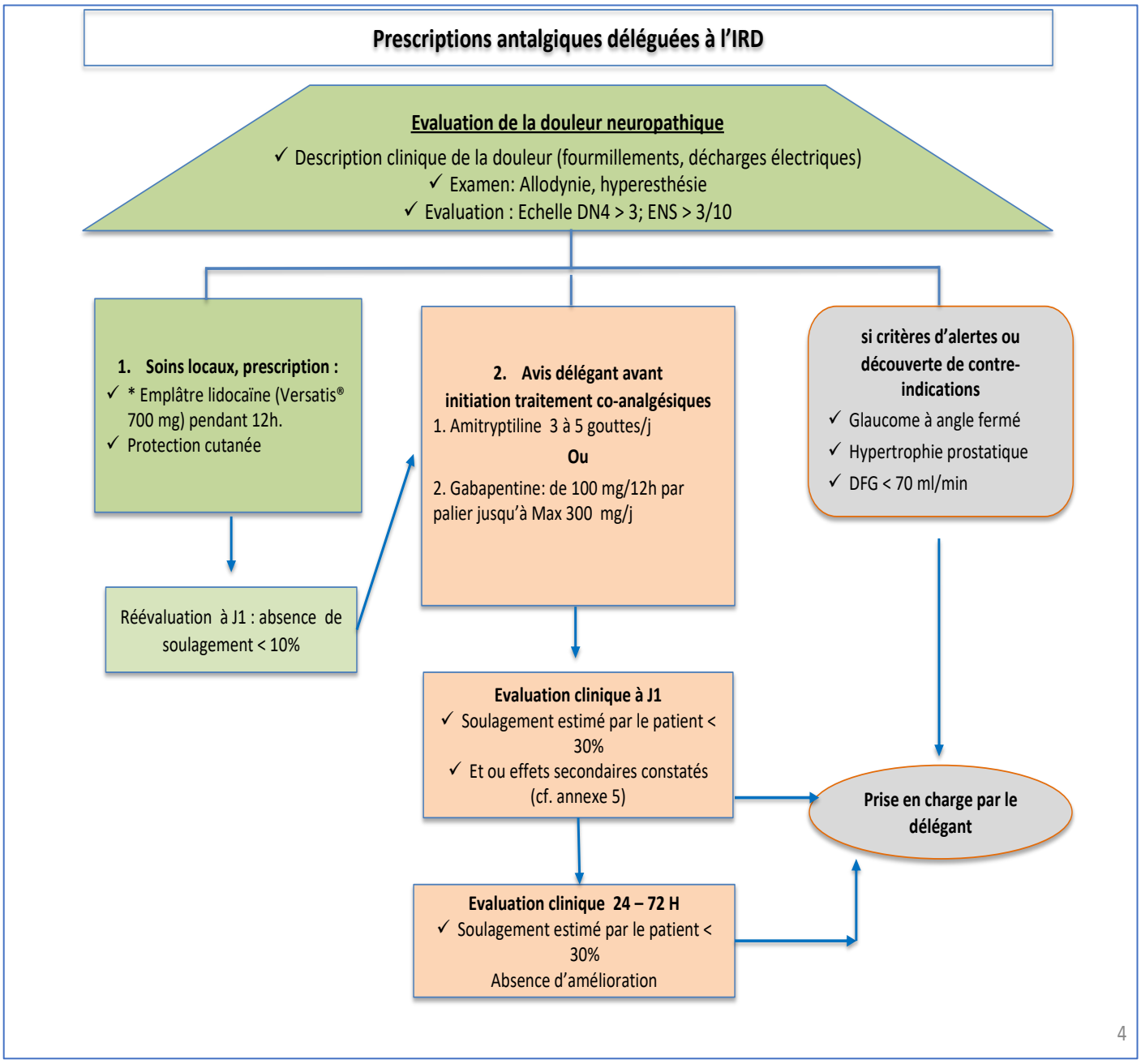
- Si critères d'alertes ou découverte de contre-indication
- En l'absence d'amélioration de la douleur <30%, après première adaptation du traitement
- En l'absence d'amélioration à 24-72h

Prise en charge par le délégant

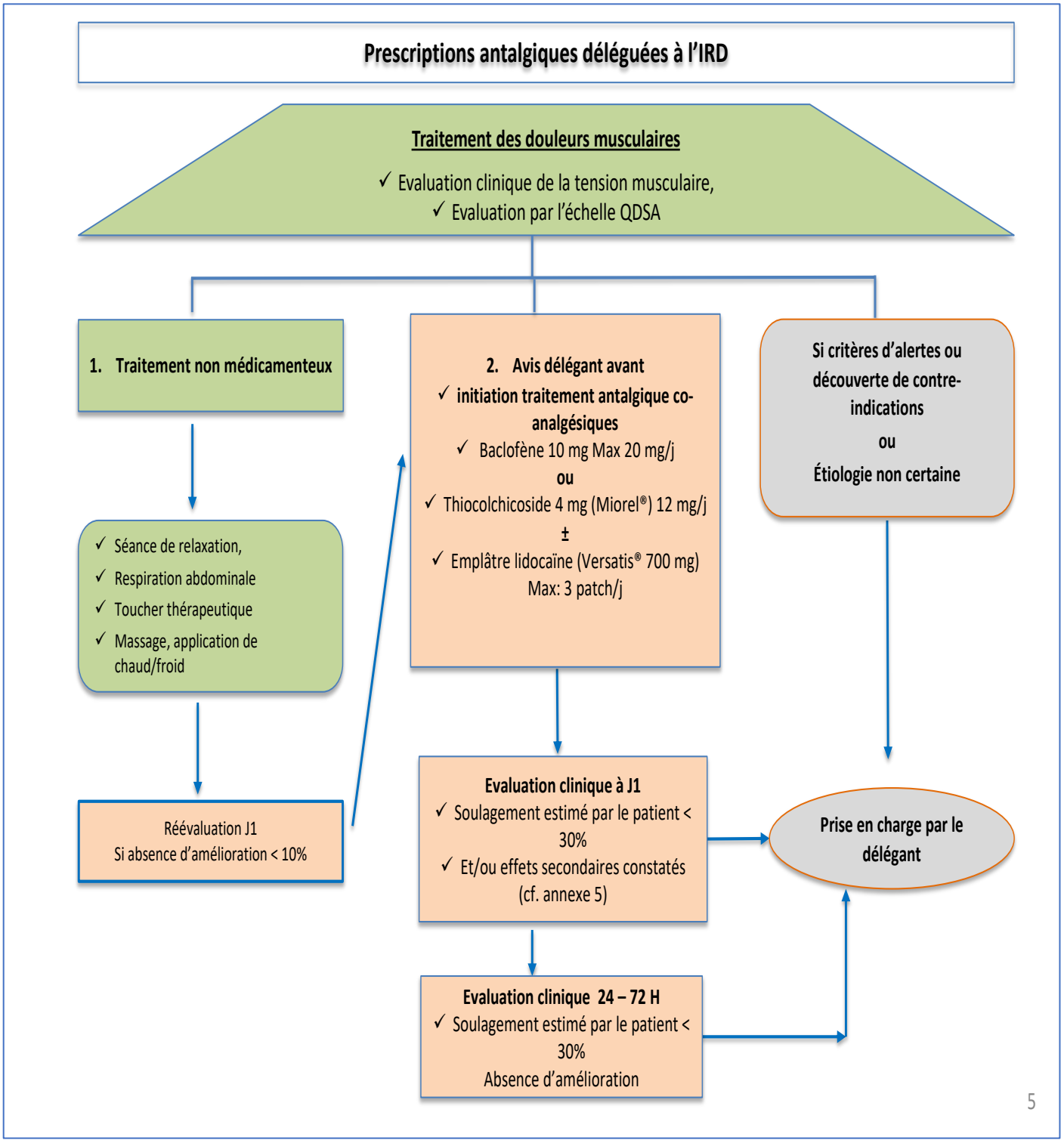
Annexes N° 5



*En regard des recommandations de l'ANSM et avec accord de la PUI de l'établissement le Nefopam et Versatis peuvent utilisés.



*En regard des recommandations de l'ANSM et avec accord de la PUI de l'établissement le Nefopam et Versatis peuvent utilisés.


Prescriptions antalgiques déléguées à l'IRD
Traitement des douleurs musculaires
✓ Evaluation clinique de la tension musculaire,
✓ Evaluation par l'échelle QDSA
1. Traitement non médicamenteux
✓ Séance de relaxation,
✓ Respiration abdominale
✓ Toucher thérapeutique
✓ Massage, application de chaud/froid
Réévaluation J1
Si absence d'amélioration < 10%
2. Avis délégant avant
✓ initiation traitement antalgique co-analgésiques
✓ Baclofène 10 mg Max 20 mg/j
ou
✓ Thiocolchicoside 4 mg (Miorel®) 12 mg/j
±
✓ Emplâtre lidocaïne (Versatis® 700 mg)
Max: 3 patch/j
Evaluation clinique à J1
✓ Soulagement estimé par le patient < 30%
✓ Et/ou effets secondaires constatés (cf. annexe 5)
Evaluation clinique 24 – 72 H
✓ Soulagement estimé par le patient < 30%
Absence d'amélioration
Si critères d'alertes ou découverte de contre-indications
ou
Étiologie non certaine
Prise en charge par le délégant
5

Prescriptions antalgiques déléguées à l'IRD

Evaluation des douleurs abdominales liées aux troubles fonctionnels digestifs induits par les opioïdes

- ✓ Constipation récente: facteurs déclenchants, situations favorisantes
- ✓ Critères de ROME IV
- ✓ Spasme, ballonnement abdominal
- ✓ Ralentissement du transit : < 3 selles/semaine, impression d'exonération incomplète, selles grumeleuses ou en billes

1. Conseils Hygiéno diététiques

Environnement approprié :

- Toilette personnelle, closes, faciles d'accès, équipées…
- Respect des horaires réguliers
- Exercice physique si possible
- Accompagnement aux toilettes si dépendance

+ Mesures diététiques

- Apport suffisant de boissons
- Apport suffisant de fibres : fruits, jus de fruits, pruneaux, compotes, soupe, supplémentation en fibres…

Peuvent être conseillés :

- un verre d'eau glacée le matin à jeun,
- une cuillère d'huile d'olive le matin à jeun,
- des pruneaux ramollis et l'eau qui les contenait,
- une barre de céréales
- quelques fruits secs ou oléagineux dans la journée
- hydratation

+ Activité physique

Mobilisation , marche

2. Réévaluation J1

Si absence de selles et Sans critères d'alerte initiation de traitements :

1. Macrogol 4000 : 15 à 20 gr/jour
2. Paraffine (Lanzoyl®) 3 cuillères à soupe/j
3. Eductyl®
4. Normacol lavement® Suppositoire®
5. Phloroglucinol oral
   - ✓ Dose max: 250 mg/j ou
   - ✓ Phloroglucinol IV
   - ✓ Dose max: 120 mg/j

Réévaluation J2 si absence de selles et ballonnement

Avis délégant pour initiation traitement:

- ✓ Moventig® (Naloxégol, dérivé de naloxone)

Critères d'alerte :

- ✓ Maladie inflammatoire de l'intestin
- ✓ Risque de perforation
- ✓ Suspicion d'occlusion
- ✓ Soulagement < 30%

Prise en charge par le délégant

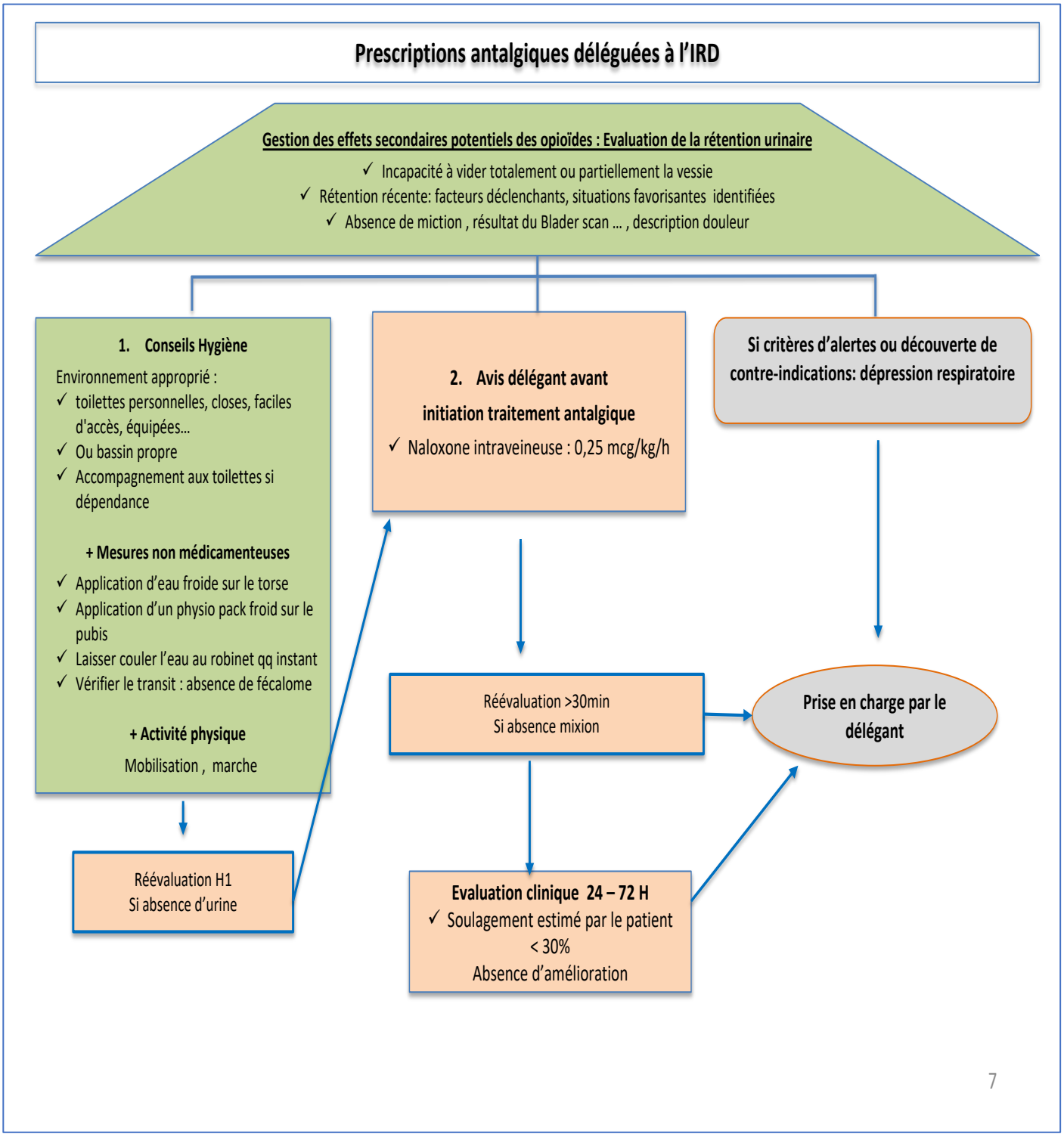
Evaluation clinique à J 1

- ✓ Soulagement estimé par le patient < 30%
- ✓ Et/ou effets secondaires constatés (cf. annexe 5)

Evaluation clinique 24 – 72 H

- ✓ Soulagement estimé par le patient < 30%

Absence d'amélioration


Prescriptions antalgiques déléguées à l'IRD
Gestion des effets secondaires potentiels des opioïdes : Evaluation de la rétention urinaire
✓ Incapacité à vider totalement ou partiellement la vessie
✓ Rétention récente: facteurs déclenchants, situations favorisantes identifiées
✓ Absence de miction , résultat du Blader scan … , description douleur
1. Conseils Hygiène
Environnement approprié :
✓ toilettes personnelles, closes, faciles d'accès, équipées…
✓ Ou bassin propre
✓ Accompagnement aux toilettes si dépendance
+ Mesures non médicamenteuses
✓ Application d'eau froide sur le torse
✓ Application d'un physio pack froid sur le pubis
✓ Laisser couler l'eau au robinet qq instant
✓ Vérifier le transit : absence de fécalome
+ Activité physique
Mobilisation , marche
Réévaluation H1
Si absence d'urine
2. Avis délégant avant initiation traitement antalgique
✓ Naloxone intraveineuse : 0,25 mcg/kg/h
Réévaluation >30min
Si absence mixion
Evaluation clinique 24 – 72 H
✓ Soulagement estimé par le patient < 30%
Absence d'amélioration
Si critères d'alertes ou découverte de contre-indications: dépression respiratoire
Prise en charge par le délégant
7

Prescriptions antalgiques déléguées à l'IRD

Traitement contre l'anxiété

- ✓ Evaluation trouble du sommeil
- ✓ Evaluation score de Spielberger, QDSA ou échelle HAD

1. Traitement non médicamenteux

- ✓ Séance de relaxation,
- ✓ Respiration abdominale
- ✓ Toucher thérapeutique

Réévaluation J1
Si absence d'amélioration < 10%

2. Avis délégant avant initiation traitement

a) Alprazolam 0,25mg oral/j Max 0,5 mg/j
b) Hydroxyzine 25 mg/j

Evaluation clinique à J 1

- ✓ Soulagement estimé par le patient < 30%
- ✓ Et/ou effets secondaires constatés (cf. annexe 5)

Evaluation clinique 24 – 72 H

- ✓ Soulagement estimé par le patient < 30%
- Absence d'amélioration

Si critères d'alertes ou découverte de contre-indications :

- ✓ Score Spielberger > 60
- ✓ Antécédents psychiatriques

Prise en charge par le délégant
+/-
Orientation vers PEC spécifique (psychologue)

Score Spielberger ou autre score en fonction des habitudes du service

8

Prescriptions antalgiques déléguées à l'IRD

Réinjection cathéter nerveux d'analgésie : évaluation de la douleur post opératoire

- ✓ Description clinique de la douleur
- ✓ Evaluation: Auto évaluation (EVA, ENS, EVS)
- ✓ Hétéro évaluation (Algoplus, Doloplus)

1. Surveillance pluriquotidienne

- ✓ Surveillance clinique
- ✓ Surveiller les effets secondaires des anesthésiques locaux
- ✓ Surveillance du pansement
- ✓ Surveillance du dispositif, du branchement, de la concordance avec la prescription médicale

Evaluation toutes les heures

- ✓ Si patient douloureux EN > ou = à 3 /10 à la mobilisation
- ✓ Absence de niveau sensitif supérieur

2. Avis délégant avant adaptation traitement antalgique

Augmentation Vit de perfusion : 1ml/H

Et / ou

- ✓ Réinjection bolus max 5 ml

Réévaluation après 30 min

- ✓ Si pas d'amélioration
- ✓ Soulagement estimé par le patient < 30%
- ✓ Et/ou effets secondaires constatés (cf. annexe 5)

Evaluation clinique 24 – 72 H

- ✓ Soulagement estimé par le patient < 30%

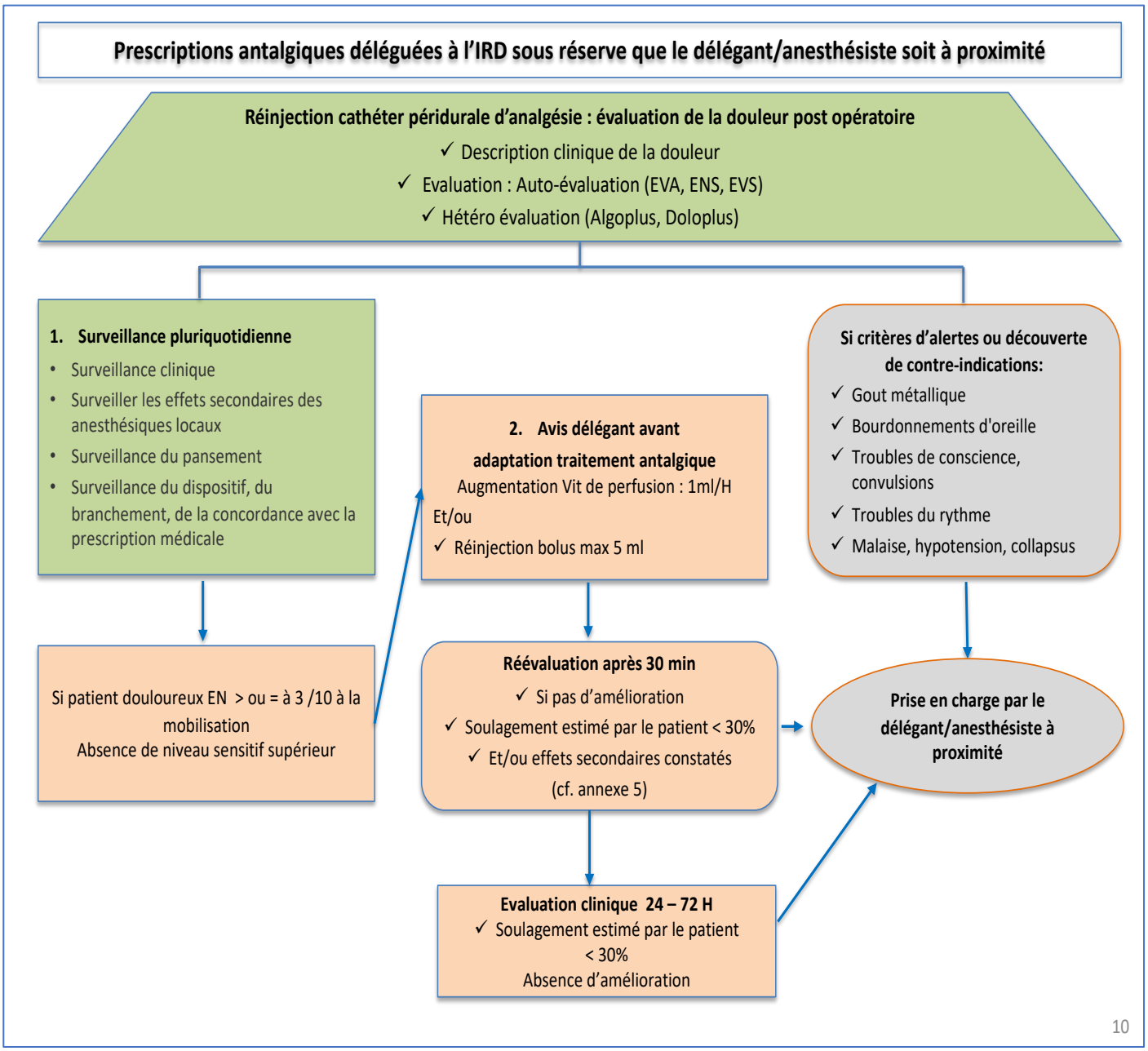
Absence d'amélioration

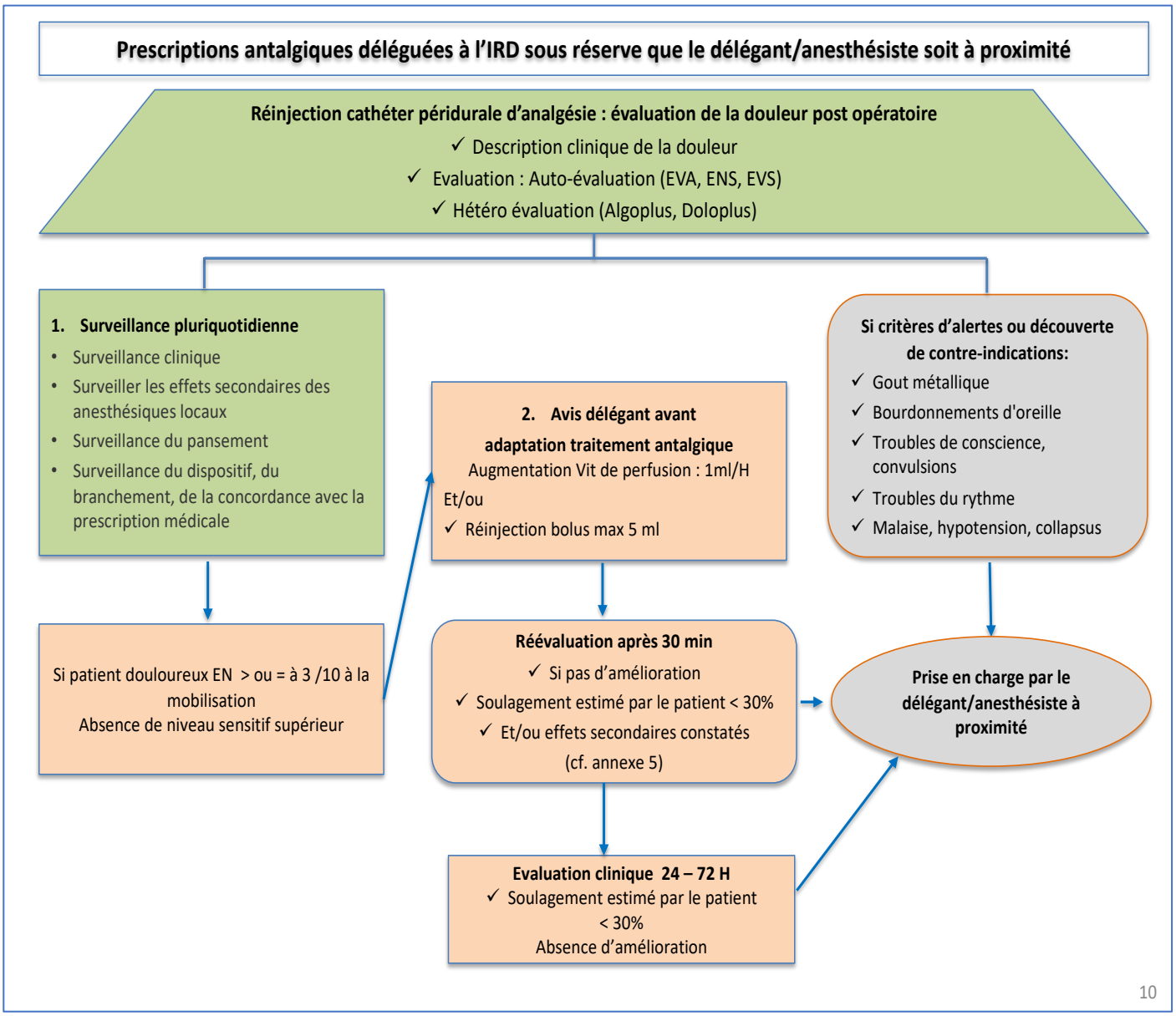
Si critères d'alertes ou découverte de contre-indications:

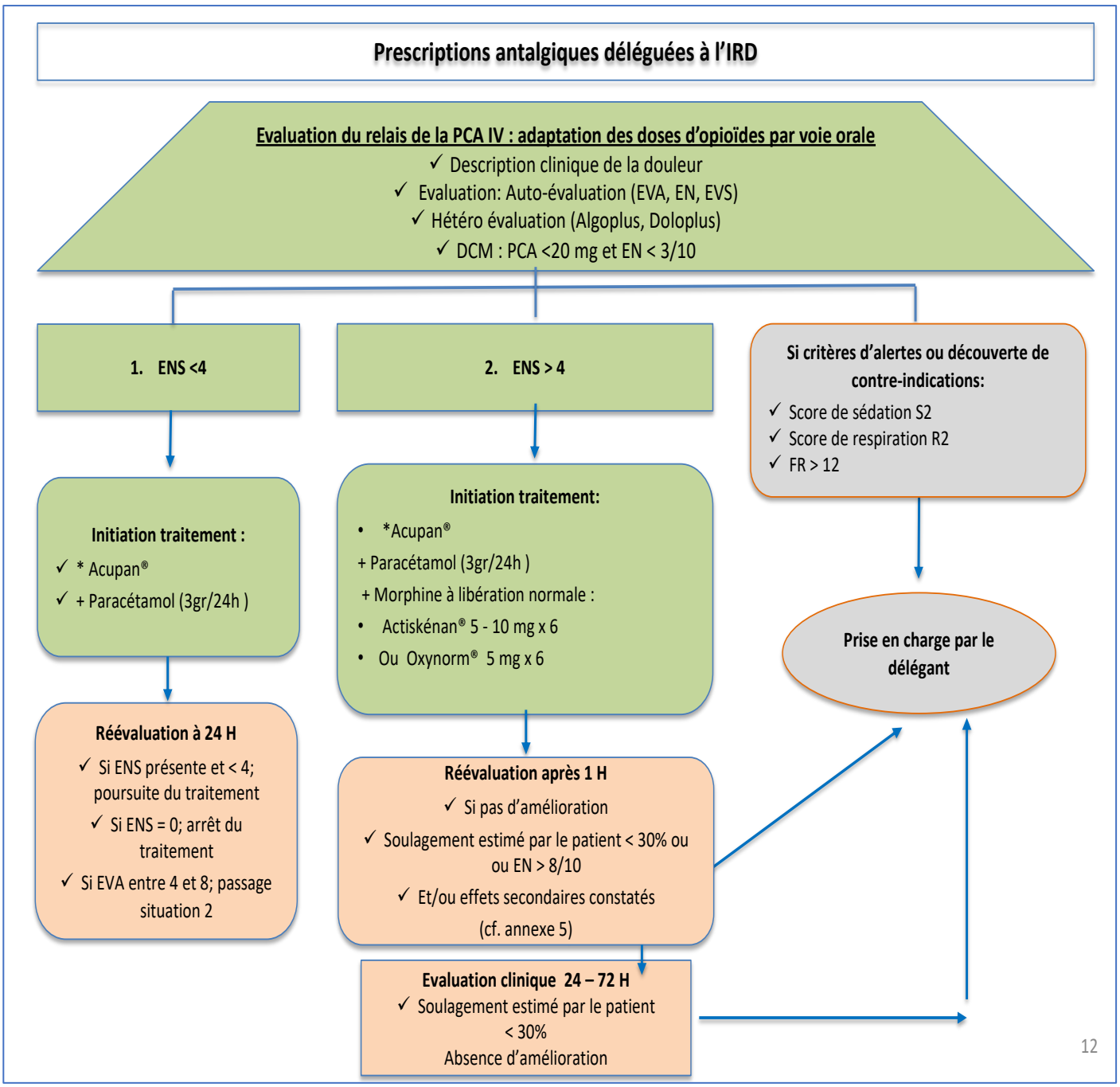
- ✓ Gout métallique
- ✓ Bourdonnements d'oreille
- ✓ Troubles de conscience, convulsions
- ✓ Troubles du rythme
- ✓ Malaise, hypotension, collapsus

Prise en charge par le délégant

9


Prescriptions antalgiques déléguées à l'IRD sous réserve que le délégant/anesthésiste soit à proximité
Réinjection cathéter péridurale d'analgésie : évaluation de la douleur post opératoire
✓ Description clinique de la douleur
✓ Evaluation : Auto-évaluation (EVA, ENS, EVS)
✓ Hétéro évaluation (Algoplus, Doloplus)
1. Surveillance pluriquotidienne
• Surveillance clinique
• Surveiller les effets secondaires des anesthésiques locaux
• Surveillance du pansement
• Surveillance du dispositif, du branchement, de la concordance avec la prescription médicale
Si patient douloureux EN > ou = à 3 /10 à la mobilisation
Absence de niveau sensitif supérieur
2. Avis délégant avant adaptation traitement antalgique
Augmentation Vit de perfusion : 1ml/H
Et/ou
✓ Réinjection bolus max 5 ml
Réévaluation après 30 min
✓ Si pas d'amélioration
✓ Soulagement estimé par le patient < 30%
✓ Et/ou effets secondaires constatés
(cf. annexe 5)
Evaluation clinique 24 – 72 H
✓ Soulagement estimé par le patient < 30%
Absence d'amélioration
Si critères d'alertes ou découverte de contre-indications:
✓ Gout métallique
✓ Bourdonnements d'oreille
✓ Troubles de conscience, convulsions
✓ Troubles du rythme
✓ Malaise, hypotension, collapsus
Prise en charge par le délégant/anesthésiste à proximité
10


Prescriptions antalgiques déléguées à l'IRD sous réserve que le délégant/anesthésiste soit à proximité
Réinjection cathéter péridurale d'analgésie : évaluation de la douleur post opératoire
✓ Description clinique de la douleur
✓ Evaluation : Auto-évaluation (EVA, ENS, EVS)
✓ Hétéro évaluation (Algoplus, Doloplus)
1. Surveillance pluriquotidienne
• Surveillance clinique
• Surveiller les effets secondaires des anesthésiques locaux
• Surveillance du pansement
• Surveillance du dispositif, du branchement, de la concordance avec la prescription médicale
Si patient douloureux EN > ou = à 3 /10 à la mobilisation
Absence de niveau sensitif supérieur
2. Avis délégant avant adaptation traitement antalgique
Augmentation Vit de perfusion : 1ml/H
Et/ou
✓ Réinjection bolus max 5 ml
Réévaluation après 30 min
✓ Si pas d'amélioration
✓ Soulagement estimé par le patient < 30%
✓ Et/ou effets secondaires constatés
(cf. annexe 5)
Evaluation clinique 24 – 72 H
✓ Soulagement estimé par le patient < 30%
Absence d'amélioration
Si critères d'alertes ou découverte de contre-indications:
✓ Gout métallique
✓ Bourdonnements d'oreille
✓ Troubles de conscience, convulsions
✓ Troubles du rythme
✓ Malaise, hypotension, collapsus
Prise en charge par le délégant/anesthésiste à proximité
10



*En regard des recommandations de l'ANSM et avec accord de la PUI de l'établissement le Nefopam et Versatis peuvent utilisés.

Annexe N° 5

Prescription et utilisation des molécules antalgiques

Dans le cadre de la délégation

Contractualisation entre délégué et délégant

	Molécule	Voie d'administration	Posologie et seuils de prescription	Principales Contre-indications*
Palier 1	Paracétamol	Oral Intraveineux	maxi 4g/j	Bilan hépatique modifié
	Néfopam	Oral Intraveineux	1,5 à 2 mg/kg/24h selon l'âge (>70 ans) maxi 120 mg/j	Glaucome Adénome prostate Epilepsie
Palier 2	Codeïne	Oral	maxi 180 mg/j	DFG <70ml/min
	Tramadol	Oral	maxi : 400 mg/j	DFG <70ml/min
Palier 3	Morphine	Oral Intraveineux	augmentation maximale de dose : +50%	DFG <70ml/min, Ins respiratoire sévère
	Oxycodone	Oral Intraveineux	augmentation maxi de dose : +50%	DFG <70ml/min, Ins respiratoire sévère
	Fentanyl	Intraveineux	augmentation maxi de dose : +50%	DFG <70ml/min, Ins respiratoire sévère
Co analgésiques	AINS	Oral Intraveineux	maxi 200 mg/j Voie IV 48h maxi	DFG <70ml/mn, antécédent d'ulcère, infection, grossesse
Traitement par application locale	EMLAPATCH 5%®	Cutané	maxi 3 patch	Lésion cutanée Intolérance connue
	Versatis 5%®	Cutané	maxi 3 patch	Lésion cutanée Intolérance connue
Traitements des douleurs neuropathiques	amitryptiline, clomipramine	Oral	maxi 10 mg/j	Glaucome, adénome prostate
	gabapentine	Oral	maxi 300 mg/j,	DFG <70ml/min
	prégabaline	Oral	maxi 100 mg/j	DFG <70ml/min
Traitements contre l'anxiété	Alprazolam :	Oral	0,5 mg/j	Ins respiratoire sévère Morphine
	Hydroxyzine :	Oral	25 mg/j	Ins respiratoire sévère Morphine
Traitement des douleurs musculaires	Baclofène	Oral	maxi 20 mg	DFG <70ml/min bilan hépatique modifié
	Thiocolchicoside	Oral	maxi 12 mg/j	Intolérance, diarrhée
Cathéter d'analgésie nerveux d'analgésie	Ropivacaïne, Carbocaïne	Périnerveuse	Réinjection bolus 5 ml maxi Augmentation vitesse de perfusion : 1 ml/h	
Cathéter d'analgésie péridurale	Ropivacaïne, Carbocaïne	Péridurale	Réinjection bolus 5 ml maxi Augmentation vitesse de perfusion : 1 ml/h	
MEOPA	_	Inhalation	maxi 30 minutes	Respect absolu des contre-indications
Traitements symptomatiques	Laxatifs osmotiques	Oral	maxi 3/j	
	Phloroglucinol	Oral Intraveineux	maxi 240 mg/j	
Bains de bouche	Bicarbonate 1,4%	Bain de bouche	bicarbonate de sodium uniquement	
Traitements des effets secondaires	Naloxone	Intraveineux	0,25 mcg/kg/h	

** Respect absolu des contre-indications. Se référer au résumé des caractéristiques du produit pour une information exhaustive*

Interactions médicamenteuses : Il est nécessaire de se référer aux recommandations

Annexe N°7

PROGRAMME DE FORMATION DES INFIRMIERS(ERES) RESSOURCES DOULEUR (IRD)

Objectifs de la formation

Objectif principal de la formation :

- Formation des Infirmiers Ressource Douleur (IRD) au sein du Centre de Prise en Charge de la Douleur (CETD) de l'hôpital Bicêtre, Groupe Hospitalier Hôpitaux Universitaires Paris Sud.

Objectifs secondaires de la formation :

- Donner des bases d'organisation d'une dynamique de coopération autour de la douleur,
- Permettre une amélioration de la prise en charge de la douleur dans les services,
- Donner les bases nécessaires à une autonomisation des IRD dans le cadre du programme de coopération.

Objectifs pédagogiques et activités visées

Les objectifs pédagogiques sont les suivants :

Objectifs pédagogiques :

- Mettre en œuvre les actions de prise en charge et/ou de lutte contre la douleur en cohérence avec le C.L.U.D, s'inscrivant dans une démarche d'évaluation et d'amélioration,
- Promouvoir et développer la prise en charge de la douleur en prenant en compte le patient dans sa globalité,
- Connaître et maîtriser les techniques d'évaluation, les traitements médicamenteux et non médicamenteux nécessaires à la prise en charge de la douleur,
- Connaître les bases de la communication soignant-soigné ainsi que les techniques communicationnelles nécessaires à une formation des soignants,
- Connaître les bases de méthodologie pour pouvoir aider à l'élaboration de protocoles infirmiers,
- Mettre en œuvre les techniques d'évaluation de la douleur et les stratégies thérapeutiques adéquates dans ce champ.

Activités visées, afférentes à un IRD :

- Actualiser ses connaissances : matériels, nouveaux produits…,
- Participer à la mise en place d'un programme de lutte contre la douleur en collaboration avec le CLUD de l'établissement, l'équipe douleur du GH HUPS, le médecin référent douleur du service,
- Exercer un rôle de conseiller, formateur, superviseur auprès des équipes de soins,
- Exercer un rôle clinique auprès des patients douloureux (prévention, évaluation, traitement),
- Exercer un rôle clinique auprès des patients lors de situations de soins douloureux (prévention, évaluation, traitement),
- Participer à l'évaluation des pratiques et des moyens en matière de douleur,
- Recenser les difficultés et les besoins en matière de prise en charge de la douleur et les transmettre au CETD du GH.

Contenu de la formation

La formation est sur deux jours consécutifs. Une mise à niveau régulière des acquis mensuelle avec échange quotidien sur les situations cliniques est assurée.

Premier jour de formation :

Horaires	Contenu	Supports pédagogique
9h-10h	Présentation du rôle de l'IRD Cadre législatif, éthique et déontologique à propos de la prise en charge de la douleur	Power Point
10h-11h30	Rappels neurophysiologiques	Power Point Exposé de cas cliniques
14h-15h30	Les différents outils d'évaluation de la douleur	Power point Présentation des échelles Travail à partir de cas cliniques et discussion
15h30-16h30	Pharmacologie de la douleur et rôle infirmier	Exercice sous forme de QCM et PowerPoint

Second jour de formation :

Horaires	Contenu	Supports pédagogique
9h-12h	- MEOPA et PCA - Anesthésie loco-régionale - Méthodes non pharmacologiques de lutte contre la douleur (TENS et méthodes psychocorporelles) - Psychologie de la douleur et communication	Power point Présentation du matériel Films
14h-16h	- Protocoles de soins infirmiers et douleur - L'organisation des soins - Savoir fédérer autour de la douleur dans un service - Débriefing de la formation	Power Point Discussion

A l'issue de la formation, chaque participant recevra les diaporamas présentés regroupant l'ensemble des informations vues, des données cliniques et une liste de ressources disponibles (ouvrages, sites, etc.).

Public de la formation

Cette formation s'adresse aux IRD exerçant au CETD ou à la structure douleur, favorables au protocole de coopération et répondant aux prérequis. [2]

[2] Circulaire DHOS/E2/2002/266 du 30 avril 2002

Formatrice

- Praticien Hospitalier, anesthésiste-réanimateur, algologue
- Médecin Responsable du Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (CETD), CHU Bicêtre et Groupe Hospitalier des Hôpitaux Universitaires Paris Sud
- Présidente du CLUD du groupe hospitalier des Hôpitaux Universitaires Paris Sud
- Présidente du CLUD SP central de l'APHP
- Membre de la SFETD[3], et correspondante douleur de la SFETD pour la SFAR (Société Française d'Anesthésie Réanimation)

Isabelle NEGRE *Pour ce projet :* responsable de formation et animateur référent

Le Dr Isabelle Nègre dirige le CETD du CHU Bicêtre (APHP), structure qu'elle a fondée en 1996. Spécialisée dans les douleurs tant aiguës que chroniques, elle participe à de nombreux travaux autour de la douleur. Elle enseigne la douleur en capacité, DU et DESC. Elle est notamment l'auteur, avec le Dr Hélène Beloeil, du « Mémo de la douleur » (Lamarre / Arnette), un guide de référence.

[3] Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur

Annexe N°8

Quizz d'évaluation des connaissances douleur exemple

Nom : **Prénom :** **Date**

Ces quelques QCM sont destinés à évaluer vos connaissances concernant les traitements médicamenteux de la douleur et à adapter le cours qui vous sera proposé.

Il vous est demandé de répondre en 20 minutes, sans revenir sur les réponses que vous avez cochées, et sans faire de ratures, qui rendraient toute correction impossible.

Mr X…, 70 ans est hospitalisé dans le service pour bilan d'un cancer de la prostate découvert il y a 4 ans. Son état général est conservé, mais il présente des douleurs lombaires, qu'il évalue à 8 sur l'EVA, et pour lesquelles il prend 4 comprimés d'efferalgan codeïné par jour. Il présente dans ses antécédents une hypertension artérielle équilibrée, un ulcère gastrique (actuellement guéri) et un diabète non insulino-dépendant.

(1)- A quel(s) palier(s) de l'OMS correspond ce produit ?

Palier 1 ☐ Palier 2 ☐ Palier 3 ☐

(2)- Quelle est la posologie optimale (en comprimés) ?

2 ☐ 4 ☐ 6 ☐ 8 ☐ 10 ☐

Le bilan met en évidence une localisation métastatique au niveau de la 3° vertèbre lombaire. Malgré une augmentation de son traitement, le patient reste douloureux et le médecin envisage de modifier le traitement antalgique.

(3)- Quel(s) produit(s) vous paraît-il logique de proposer:

Acupan®	☐	Skénan®	☐	Sophidone®	☐
Topalgic®	☐	Sévrédol®	☐	Biprofénid®	☐
Durogésic®	☐	Actiskénan®	☐	Solupred®	☐
Moscontin®	☐	Oxycontin®	☐		

Le médecin choisit le Sévrédol®

(4)- Quel est le bon mode d'administration ?

systématique ☐ à la demande ☐

(5) Quel est le rythme d'administration ?

1 fois par jour ☐ 3 fois pas jour ☐ 5 fois par jour ☐

2 fois par jour ☐ 4 fois par jour ☐ 6 fois par jour ☐

(6) Quelles sont les présentations disponibles ?

comprimés ☐ 10 mg ☐

gélules ☐ 20 mg ☐

Le patient consomme 60 mg de Sévrédol® par jour. Le médecin souhaite faire un relais par du Moscontin®

(7)- Quel est le bon mode d'administration ?

systématique ☐ à la demande ☐

(8) Quel est le rythme d'administration ?

1 fois par jour ☐ 3 fois pas jour ☐ 5 fois par jour ☐

2 fois par jour ☐ 4 fois par jour ☐ 6 fois par jour ☐

(9) Quelles sont les présentations ?

comprimés ☐ 20 mg ☐ 50 mg ☐

gélules ☐ 30 mg ☐ 60 mg ☐

10 mg ☐ 40 mg ☐

(10) Peut-on écraser les comprimés ?

oui ☐ non ☐

Au cours de l'hospitalisation, un traitement par chimiothérapie est instauré. Le patient présente au 2° jour de traitement des nausées et des vomissements avec intolérance alimentaire totale. Le traitement est modifié : du Durogésic® est prescrit :

(11)- Quel est le bon mode d'administration ?

systématique ☐ à la demande ☐

(12) Quel est le rythme d'administration ?

Par 12h ☐ Par 48h ☐ Par semaine ☐

Par 24h ☐ Par 60h ☐

Par 36h ☐ Par 72h ☐

(13) Quelles sont les présentations ?

comprimés ☐ gélules ☐ patch ☐

(14) Quels sont les différents dosages?

10 mg ☐ 10 mcg/h ☐ 100 mcg/h ☐

25 mg ☐ 25 mcg/h ☐ 150 mcg/h ☐

50 mg ☐ 50 mcg/h ☐ 200 mcg/h ☐

75 mg ☐ 75 mcg/h ☐

(15) Quel est le délai d'action de ce produit ?

20 min ☐ 4 h ☐ 24 h ☐

60 min ☐ 12 h ☐

(16) Quel est le principe actif de ce produit ?

codéine ☐ fentanyl ☐

morphine ☐ sophidone ☐

(17) Quelle est l'équivalence entre 60 mg de morphine et le Durogésic® ?

10 mg ☐ 10 mcg/h ☐ 75 mcg/h ☐

25 mg ☐ 25 mcg/h ☐ 100 mcg/h ☐

50 mg ☐ 50 mcg/h ☐ 150 mcg/h ☐

75 mg ☐ 60 mcg/h ☐ 200 mcg/h ☐

Le patient sort de l'hôpital et retourne à domicile avec ce traitement. Il revient en urgence quelques jours plus tard, extrêmement douloureux (EVA : 10), et il présente un syndrome occlusif. Le durogésic®, n'a pas été administré depuis 3 jours car le patient n'a pas pu se rendre à la pharmacie.

(18) Lorsque le traitement pas Durogésic® est interrompu, pendant combien de temps reste-t-il du produit dans l'organisme ?

30 min ☐ 2 h ☐ 4 h ☐

6 h ☐ 24 h ☐

12 h ☐ 48 h ☐

L'analgésie sera réalisée par une PCA intraveineuse

(19) Quel mode PCA est-il le plus satisfaisant ?

bolus ☐ continu ☐ bolus+continu ☐

(20) Avec quel produit ?

morphine ☐ fentanyl ☐

(21) Quel est le premier signe de surdosage?

Fréquence respiratoire < 8/min ☐ Sédation > 2 ☐ Douleur ☐

Mr Y, 65 ans est traité pour cancer du pancréas par Moscontin® 150 mg/jour. Il est hospitalisé car il présente un syndrome occlusif. Il est placé sous aspiration gastrique, il est toujours douloureux (EVA7). Comment traiter sa douleur?

(22) Voie peros ☐ Voie IV ☐ Voie percutanée ☐

Le médecin décide de prescrire une PCA. Quel mode de programmation vous semble le plus adapté ?

(23) Bolus seul ☐ continu ☐ bolus + continu ☐

(24) Quelle dose quotidienne de morphine IV doit-il recevoir pour obtenir une équianalgésie ?

150 mg ☐ 100 mg ☐ 50 mg ☐

120 mg ☐ 80 mg ☐ 20 mg ☐

(25) Si un traitement percutané était prescrit, quelle serait le dosage pour obtenir une équianalgésie ?

25 ☐ 75 ☐ 150 ☐

50 ☐ 100 ☐

Mme Z… est actuellement sous PCA pour équilibrer son traitement analgésique. La programmation consiste en un débit continu de 2 mg/ h avec bolus.

(26) Quelle est, en minutes, la programmation des bolus ?

5 ☐ 15 ☐

10 ☐ 20 ☐

(27) Quelle est, en mg, le bolus optimal ?

0,5 ☐

1 ☐ 3 ☐

2 ☐ 4 ☐

La patiente consomme 80 mg par 24 h. Son état s'améliorant, on propose un passage par voie orale.

(28) Quelle est la dose quotidienne équianalgésique ?

50 mg ☐ 120 mg ☐ 250 mg ☐

80 mg ☐ 150 mg ☐ 300 mg ☐

100 mg ☐ 200 mg ☐ 400 mg ☐

(29) Indiquez le dosage des interdoses peros nécessaire

0 mg ☐ 30 mg ☐ 60 mg ☐

10 mg ☐ 40 mg ☐ 70 mg ☐

20 mg ☐ 50 mg ☐ 80 mg ☐

Mme A…. a présenté une éruption sur un hémithorax il y a quelques jours, actuellement guérie. Elle se plaint d'une sensation de brûlure et de fourmillements à l'endroit de l'éruption, qu'elle évalue à 8 sur l'EVA. La peau est absolument normale à l'endroit désigné.

(30) A quel type de douleur ce tableau correspond-t-il?

Neurogène ☐ Nociceptif ☐ Psychogène ☐

(31) Elle réclame un traitement. Quel(s) type(s) de produit(s) vous semble adapté(s) ?

Palier 1 ☐

Palier 2 ☐

Palier 3 ☐

Antidépresseurs Tricycliques ☐

Neuroleptiques ☐

Anxyolytiques ☐

Antiépileptiques ☐

ß bloquants ☐

Benzodiazépines ☐

(32) A quelle(s) famille(s) appartiennent laroxyl® et anafranil®?

Palier 1 ☐ Tricycliques ☐ Antiépileptiques ☐

Palier 2 ☐ Neuroleptiques ☐ ß bloquants ☐

Palier 3 ☐ Anxyolytiques ☐ Benzodiazépines ☐

(33) A quelle(s) famille(s) appartient le rivotril ?

Palier 1 ☐ Tricycliques ☐ Antiépileptiques ☐

Palier 2 ☐ Neuroleptiques ☐ ß bloquants ☐

Palier 3 ☐ Anxyolytiques ☐ Benzodiazépines ☐

(34) A quelle(s) famille(s) appartient le neurontin® ?

Palier 1 ☐

Palier 2 ☐

Palier 3 ☐

Tricycliques ☐

Neuroleptiques ☐

Anxyolytiques ☐

Antiépileptiques ☐

ß bloquants ☐

Benzodiazépines ☐

(35) A quelle(s) famille(s) appartient la morphine?

Palier 1 ☐ Tricycliques ☐ Antiépileptiques ☐

Palier 2 ☐ Neuroleptiques ☐ ß bloquants ☐

Palier 3 ☐ Anxyolytiques ☐ Benzodiazépines

Mr B… est hospitalisé pour traitement d'un cancer du pancréas. Il est porteur d'un cathéter central pour assurer une alimentation parentérale, car il ne s'alimente pas suffisamment. Sa douleur est stabilisée par 200 mg par jour de skénan®. Au cours de l'hospitalisation, il présente une hyperthermie avec frissons, une hypotension artérielle et des marbrures des extrémités. Le point d'insertion du cathéter est inflammatoire : le cathéter est retiré et le patient mis sous antibiotiques. Son traitement antalgique n'est pas modifié. à ce jour, soit 2 jours plus tard, il est apyrétique mais est retrouvé inconscient, avec une fréquence respiratoire à 5/min.

(36) Que vous évoque ce tableau *à ce jour* ?

Choc septique ☐ Surdosage morphinique ☐

Embolie pulmonaire ☐ Allergie aux antibiotiques ☐

Accident vasculaire cérébral ☐ Choc anaphylactique ☐

Coma hypoglycémique ☐

(37) Quel est le traitement spécifique ?

Anexate ☐ Narcan ☐

Me C…80 ans, 50 kg, souffre d'une gonarthrose pour laquelle elle prend 2 cp de Diantalvic® 3 fois par jour. Elle est hospitalisée pour pneumopathie virale avec une fièvre à 39° et déshydratation. Pour son confort, on ajoute à son traitement du Perfalgan® IV 1g x 4 et un soluté de réhydratation.

(38) Cette prescription vous paraît :

Adaptée ☐

Insuffisante ☐

surdosée ☐

Vous devez préparer une PCA de morphine. Sachant que 1ml=10mg, à quelle concentration (en mg/ml) correspond 1ml de morphine+40ml de sérum physiologique ?

(39)

0,25 ☐
0,5 ☐
0,75 ☐
1 ☐
1,5 ☐
2 ☐
2,25 ☐

Un patient utilise en postopératoire une PCA. La programmation est de 1mg/7min, sans débit continu. Après 24 heures d'utilisation, vous constatez que le patient a une EVA à 8 et a fait 80 demandes de PCA. Comment interprétez-vous ces résultats ?

(40)

Mauvaise compréhension ☐
Mauvaise utilisation ☐
Analgésie insuffisante ☐
Douleur psychogène ☐

Un patient est habituellement traité par Skénan® 120mg / 24h. Ce traitement est modifié et remplacé par du Durogésic®. Comment assurer un bon relais ?

(41)

Arrêt du Skénan® dès l'introduction du Durogésic® ☐
Arrêt du Skénan® la veille de l'introduction du Durogésic® ☐
Arrêt du Skénan® 12 h avant l'introduction du Durogésic® ☐
Arrêt du Skénan® 12h après l'introduction du Durogésic® ☐
Arrêt du Skénan® 24h après l'introduction du Durogésic® ☐

Validation : acquis (A) ☐ partielle (P) ☐ non acquis (NA) ☐

Nom du délégant :

Date : Signature :

Annexe N°9

Attestation de formation et de validation

Je soussigné(e), prénom nom, Responsable de formation, atteste que M…… prénom nom, profession, a bénéficié d'une formation spécifique, répartie en :

Formation théorique spécifique à la douleur : 10h
Validation du quizz de la formation théorique spécifique à la douleur
Formation pratique : 50 consultations soit 25 heures

- 10 consultations « douleur » réalisées en observation,
- 20 consultations en binôme
- 20 consultations en supervision

A l'issue de cette formation, le délégant a validé les compétences de M prénom nom pour exercer ses fonctions de délégué(e) dans le cadre du protocole de coopération entre professionnels de santé

« Ajustements de thérapeutiques antalgiques, initiation de traitements symptomatiques et d'examens complémentaires par l'infirmier référent douleur en lieu et place du médecin ».

Fait à…….. le……

Signature du déléguant

Annexe N°10

Questionnaire de satisfaction des patients

Evaluation du protocole de coopération : « Ajustements de thérapeutiques antalgiques, initiation de traitements symptomatiques et d'examens complémentaires par l'infirmier référent douleur en lieu et place du médecin »

Pour que nous puissions améliorer la prise en charge de la douleur, nous vous remercions de répondre à ce court questionnaire en donnant une note de très insatisfait à très satisfait.

	☹ 1	2	3	☺ 4
1- Etes-vous globalement satisfait de la prise en charge de votre douleur ?				
2- Etes-vous satisfait(e) des informations qui vous ont été données ?				
3- Etes-vous satisfait(e) de la rapidité de la prise en charge ?				
4-Etes-vous satisfait(e) de la prise en charge par l'infirmier(ère)?				
5- L'absence du médecin vous a-t-elle dérangé(e) ?	☐ Oui		☐ Non	
6- Avez-vous des commentaires ou des suggestions ?				

Hôpitaux universitaires Paris-Sud
Antoine Béclère Bicêtre Paul Brousse

Annexe N°11

Fiche de satisfaction des services demandeurs

« Questionnaire annuel de satisfaction de l'équipe mobile douleur »

A l'attention des services de soins **:** Merci de bien vouloir répondre à ce questionnaire et de le renvoyer par la case à l'équipe mobile de la douleur.

L'équipe mobile de la douleur intervient dans la gestion de la douleur auprès des patients au sein de votre service dans le cadre d'un protocole de coopération :

« Ajustements de thérapeutiques antalgiques, initiation de traitements symptomatiques et d'examens complémentaires par l'infirmier référent douleur en lieu et place du médecin »

	Très satisfaisante	**Satisfaisante**	**Peu satisfaisante**	**Pas du tout satisfaisante**
La prise en charge des patients par l'infirmier ressource douleur est :				
La prise en charge des patients par l'équipe de la douleur dans votre service est :				
La rapidité de la prise en charge est :				
La communication et la transmission avec l'équipe médicale est :				
La communication et la transmission avec l'équipe paramédicale est :				
Globalement, ce mode de prise en charge vous paraît				
Globalement, la collaboration avec l'infirmier ressource douleur est :				

Commentaires : .....

.....

Propositions d'amélioration : .....

.....

.....

Pôle	Service

Fonction : ☐ Médecin ☐ Cadre ☐ Infirmier
Référent Douleur du service :☐ Oui ☐ Non

Hôpitaux universitaires Paris-Sud
Antoine Béclère Bicêtre Paul Brousse

Annexe N°12

Fiche de satisfaction du délégué

Madame, Monsieur,

Vous avez adhéré au protocole de coopération « ***Ajustements de thérapeutiques antalgiques, initiation de traitements symptomatiques et d'examens complémentaires par l'infirmier référent douleur en lieu et place du médecin*** ». Nous vous remercions pour votre implication et souhaitons recueillir votre avis sur l'application de ce protocole en répondant aux questions suivantes.

Date : …….

	Très satisfaisante	**Satisfaisante**	**Peu satisfaisante**	**Pas du tout satisfaisante**	**Commentaires/suggestions**
Globalement, la mise en œuvre du protocole de coopération vous paraît					
La prise en charge des patients par le ou les délégant(s) est :					
La disponibilité du ou des délégant(e)s vous paraît :					
L'application du protocole de coopération, la formation théorique et pratique que vous avez reçue dans le plan de formation, vous paraît-elle :					
Globalement, les relations avec les délégants sont :					
Etes-vous satisfait de la prise en charge des patients ?					

Hôpitaux universitaires Paris-Sud
Antoine Béclère Bicêtre Paul Brousse

Annexe N°13

Fiche de satisfaction du délégant

Madame, Monsieur,

Vous avez adhéré au protocole de coopération « ***Ajustements de thérapeutiques antalgiques, initiation de traitements symptomatiques et d'examens complémentaires par l'infirmier référent douleur en lieu et place du médecin*** ». Nous vous remercions pour votre implication et souhaitons recueillir votre avis sur l'application de ce protocole en répondant aux questions suivantes.

Date : …….

	Très satisfaisante	**Satisfaisante**	**Peu satisfaisante**	**Pas du tout satisfaisante**	**Commentaires/suggestions**
Globalement, la mise en œuvre du protocole de coopération vous paraît					
La prise en charge des patients par le délégué est :					
La formation continue des délégué(e)s vous paraît :					
Les sollicitations des délégués vous semblent :					
Globalement, les relations avec les délégués sont :					