

## L'IADE et la douleur chronique

B. Benayoun<sup>1</sup>, V. Dutin<sup>2</sup>, F. Lakdja<sup>3</sup>

<sup>1</sup>*Infimière Anesthésiste Diplôme d'État, Diplôme Universitaire de prise en charge de la douleur, Diplôme Universitaire d'hypnose médicale*

<sup>2</sup>*Cadre de Santé. Infimière Anesthésiste Diplôme d'État et Diplôme Universitaire de prise en charge de la douleur.*

<sup>3</sup>*Anesthésiste Réanimateur Psychothérapeute. Coordonnateur du CARE.*

Centre d'évaluation et du Traitement de la Douleur

Département du CARE (Coordination Accompagnement Réhabilitation Éducation)

Institut Bergonié, Centre Régional de Lutte Contre le Cancer, 229 cours de l'Argonne,  
CS 61283, 33076 Bordeaux Cedex

**Correspondance :** Brigitte Benayoun

Tél : 06 23 47 71 26 – Mail : [benayounbri@gmail.com](mailto:benayounbri@gmail.com)

### POINTS ESSENTIELS

- Donner une définition précise de la douleur.
- Préciser le cadre nosologique : la douleur chronique.
- Noter l'incidence de cette véritable entité pathologique.
- Souligner le rôle de l'IADE dans la lutte contre la douleur.
- Discuter les apports potentiels de l'IADE dans un centre d'évaluation et de traitement de la douleur (CETD).

Parler de douleur chronique impose de réfléchir à la définition de ces deux mots et à la résultante de leur interaction.

## LA DOULEUR : DE QUOI PARLONS-NOUS ?

Le plus vieil ouvrage qui parle de douleur est la Bible où, dans le livre de la Genèse, la notion de souffrance n'apparaît qu'après le déclin, le péché : « *Il dit à la femme j'augmenterai la souffrance de tes grossesses, tu enfanteras avec douleur* » ([Gn 3.16](#)). Ainsi, dans le premier livre qu'est la Bible, la création originelle était agréable, libre de toute souffrance. Autrement dit, la douleur n'est pas une fatalité, mais une conséquence de l'attitude de l'homme. « *Mais enfin qu'est-ce que j'ai pu faire au Bon Dieu pour souffrir de la sorte ?* » L'homme doit accepter sa douleur, elle lui fournit d'ailleurs une occasion de rédemption auprès de son Dieu. C'est d'ailleurs ce verset de la Genèse que l'on opposa au Dr James Young Simpson, d'Edimbourg, lorsqu'il effectua, le 8 novembre 1847, le premier accouchement sous anesthésie au chloroforme. Il répondit à ses détracteurs par cette autre citation biblique concernant la création d'Ève : « *Dieu, voulant donner une compagne à Adam, fait tomber sur lui le sommeil pour lui prendre une côte et refermer la chair* ». Simpson, non sans humour, en déduisit que Dieu avait été le premier anesthésiste. Cette première référence littéraire fut elle biblique est cruciale, car elle va conditionner pendant des millénaires le regard porté sur la douleur et la façon dont on va la prendre en charge. Elle est encore très présente aujourd'hui dans notre société judéo-chrétienne. Puis la première définition est établie par René Descartes en 1664 [1] qui dit : « *La douleur n'est ni plus ni moins qu'un système d'alarme, dont la seule fonction est de signaler une lésion corporelle* ». La douleur est décrite ici comme un phénomène purement physique. En 1965, reprenant les travaux de Noordenbos [2], Ronald Melzack et Patrick Wall [3] proposent leur théorie du portillon « *Gate control theory* ». Cette théorie laisse la place à un concept plus général de notre capacité physiologique à contrôler la douleur : le schéma tridimensionnel de la douleur qui explique que : Les composantes sensori-discriminatives (localisation, qualité, intensité de la sensation douloureuse), cognitive-évaluatives (appréciation de la signification de l'expérience et du devenir de la douleur de son pronostic) et affectives-motivationnelles (la réponse émotionnelle la motivation pour éviter ce mal) sont régulées par des systèmes physiologiques centraux spécifiques. Cette organisation complexe de notre fonctionnement sous-entend les possibilités thérapeutiques considérables pour autant qu'elles soient maîtrisées – et donc apprises par le professionnel de santé qui prétend prendre en soins la douleur – et adaptées à chaque cas. Mais de façon plus scientifique et consensuelle nous connaissons tous la définition de l'International Association for the Study of Pain : « *La*

*douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion* ». La personne qui la vit ou la perçoit doit bénéficier, à priori, de toute crédibilité dès lors qu'elle s'en plaint. La douleur est une expérience subjective, complexe qui met en jeu des processus psychosociaux. Douleur et mensonge sont incompatibles !

## QU'EST-CE QUE LA CHRONICITÉ EN MATIÈRE DE DOULEUR ?

Définition du mot “chronique” : le Petit Robert définit la maladie chronique comme « *une maladie évoluant lentement et durant longtemps* ». Pour le Larousse chronique « *se dit d'une maladie d'évolution lente et sans tendance à la guérison* ». Le terme patient prend alors toute sa réalité sémantique. On parle de douleur chronique quand une douleur est ressentie pendant une durée qui excède 3 mois. En réalité la construction d'une douleur chronique ne se limite pas à une notion de temps. La douleur chronique est un syndrome : c'est une architecture pluridimensionnelle et propre à chaque individu qui en est atteint. Elle nécessite une vision globale du patient [4]. Chaque individu crée sa propre définition de SA douleur, selon son schéma de vie. « *Au-delà d'une certaine intensité et d'une certaine durée, l'expérience de la douleur s'accompagne inévitablement d'une remise en cause radicale du rapport à soi et au monde* ». Ceci est particulièrement vrai dans la douleur chronique. Douleur et chronicité constituent donc une double peine pour celui qui la subit. Dans ce cas, la douleur a rarement une fonction utile. Elle est parfois très invalidante, elle empêche souvent les patients de goûter aux joies de l'existence. Elle peut engendrer un sentiment d'isolement, de colère, de frustration et de culpabilité. Le fait de vivre avec une douleur chronique crée un cercle vicieux d'anxiété, de dépendance, de manque de sommeil pouvant conduire à une réelle dépression. Elle vide la personne de toute énergie. La douleur chronique à long terme rend la vie quotidienne extrêmement compliquée pour le patient, mais aussi pour l'entourage proche. Il y a alors souvent une demande insistante de médicaments, examens et procédures, c'est le nomadisme médical qui n'apporte aucune solution, aucun soulagement. Des tâches quotidiennes comme les courses, le ménage deviennent des épreuves parfois infranchissables. L'estime de soi en est impactée avec souvent un fort sentiment d'inutilité pouvant conduire au suicide. La douleur chronique se définit ainsi : la douleur est supérieure à 3 mois ; la douleur ne répond pas aux traitements ; il y a une détérioration des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient. Trois formes de douleurs chroniques sont distinguées selon les mécanismes physiologiques en jeu : les douleurs inflammatoires qui recouvrent toutes les douleurs associées aux phénomènes d'inflammation (lésions, arthrose, etc.) ; les douleurs neuropathiques associées à des atteintes

du système nerveux central et périphérique (lésion de la moelle épinière, du nerf sciatique, etc.) ; les douleurs cancéreuses qui associent souvent une composante inflammatoire et neuropathique. Paradoxalement, certains traitements antitumoraux peuvent également déclencher des neuropathies périphériques. On rajoutera les douleurs psychogènes plus difficiles à définir et à contrôler.

## ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA DOULEUR CHRONIQUE

La douleur est le premier motif de consultation médicale. La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, aussi appelée loi Kouchner, reconnaît le soulagement de la douleur comme un droit fondamental. Trois plans gouvernementaux de lutte contre la douleur se sont succédé, le quatrième est en cours d'élaboration. Cette réelle prise de conscience gouvernementale n'est cependant pas suivie d'effet car elle se heurte aux contraintes de la tarification à l'acte, la T2A (ou TAA = tarification à l'activité). La douleur a donc un coût socio-économique élevé de par son impact sur la qualité de vie et les recours au système de soins qu'elle induit. Il apparaît difficile d'évaluer de façon précise la prévalence de la douleur chronique en population générale. En effet, d'une étude à l'autre, la définition de la douleur chronique varie, les échantillons étudiés et les méthodes utilisées pour collecter les données sont différents. L'étude STOPNET [5] réalisée en France montre que 20 % de la population française est touchée par la douleur chronique. Sur le site de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), 15 à 25% de la population est victime de douleurs chroniques [6]. La prévalence augmente avec l'âge et concerne préférentiellement les femmes et les catégories socioprofessionnelles les plus faibles. Ainsi, lorsqu'on interroge les patients, 18 à 50 % des personnes ont présenté une douleur liée à une lombalgie au cours de l'année précédente, 20 % des femmes et 7 % des hommes des douleurs migraineuses, et jusqu'à 95% des individus si l'on considère les maux de tête dans leur globalité.

## L'INFIMIER ANESTHÉSISTE DIPLÔMÉ D'ÉTAT AU CŒUR DE LA LUTTE CONTRE LA DOULEUR CHRONIQUE

La douleur, nous l'avons vu, fait partie d'une des priorités sanitaires de notre pays et la qualité de la prise en charge de ces patients douloureux chroniques passe par une compétence pointue (définie par le tryptique : connaissance, attitude et pratique en matière de douleur chronique en particulier). C'est bien dans ce domaine que l'IADE a toute sa place. L'IADE est habitué de par

son exercice quotidien à gérer la douleur (périopératoire, en radiologie interventionnelle, en SSPI, en réanimation, aux urgences (adultes et enfants), en obstétrique, en SMUR et se doit d'être l'un des principaux acteurs de cette stratégie de maîtrise. L'Arrêté du 23 juillet 2012 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier anesthésiste en définit le contenu. Cette refonte des enseignements permet l'obtention d'un master 2 IADE. Un référentiel de compétences et un référentiel d'activités ont été déterminés. Sept unités d'enseignements sont définies dont l'UE 4.3 : gestion de la douleur. On y retrouve dans les objectifs généraux l'intitulé suivant : prévenir, évaluer et gérer les situations de douleur dans toutes ses dimensions (cf. plus haut : « concept de gate control. »). L'IADE est d'abord un IDE qui a acquis de nouvelles capacités spécifiques lors d'un cursus précis et d'une durée de 2 ans. Il possède ainsi une très bonne connaissance et utilisation des drogues analgésiantes, du matériel. Cela lui confère la possibilité de se centrer davantage sur l'approche relationnelle et éducationnelle. Les contraintes thérapeutiques médicamenteuses et matérielles sont mises à distance et l'IADE est alors pleinement disponible au patient. L'IADE reçoit une formation particulière en « algologie », il est un acteur de la stratégie antalgique. Son expérience dans l'approche relationnelle non verbale des patients présentant des peurs, de l'anxiété en préopératoire immédiat, en SSPI ou dans des situations anxiogènes d'urgence est une réelle plus-value dans la prise en charge des patients douloureux chroniques. La formation IADE acquiert un ensemble de savoir et connaissance. « Elle se distingue par la dimension d'autonomie de l'IADE face à une situation, sa capacité à faire face à la complexité, à l'imprévisible au changement. Par une connaissance clinique et pharmacologique approfondie » [7]. Mais se contenter de ses aspects « para et per-médicaux » qui en ferait un technicien spécialisé, pourrait faire oublier que la spécialité n'écarte pas, loin s'en faut, l'IADE de sa mission initiale d'infirmier qui intègre complètement la notion d'éducation thérapeutique. Cette dernière répond à une définition précise : « L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie » (article L.1161-1 du code de la santé publique) et nous rajouterons la promotion de la santé. Une enquête réalisée en 2001 par le SNIA (Syndicat national des infirmiers anesthésistes) intitulée « Mieux connaître les IADE » fait état des différents secteurs d'activité ou exercent les IADE. Mais les structures douleurs n'y figurent pas !! Et pourtant selon cette même enquête les IADE sont très demandeurs de formation et notamment de Diplômes universitaires (83,67 %) dont le DU douleur qui représente à lui seul 20% d'entre eux. [8]. Il semble que les IADES soient assez présents dans les comités de Lutte contre la douleur articles L. 710-3-1 et 710-3-2 de la Loi n° 95-116 du 4

février 1995 portant diverses dispositions d'ordre social) ou en tant qu'IADE ressource douleur dans leur établissement, mais très peu présents dans les structures traitant la douleur chronique. L'IADE en douleur chronique est donc une plus value pour les patients qui recevront des soins efficents et de qualité, un meilleur suivi et donc une amélioration de la continuité des soins C'est toute l'expérience de ce professionnel qui est réinvesti dans l'approche du patient douloureux, dans l'observation de son comportement et des non-dits liés à la complexité de son histoire. L'IADE se doit d'investir le champ de la douleur chronique, c'est une juste réattribution de son rôle

## **QUI EST L'IADE QUI ÉVOLUE DANS UN CENTRE D'ÉVALUATION ET DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR (CETD) ?**

Donc l'IADE exerce au bloc, en SSPI, au SMUR, en réanimation et ....au CETD ?

La circulaire DGS/DH n° 98-47 du 4 février 1998 définissait trois niveaux de prise en charge. Mais désormais il n'existe plus que deux types de structures [9] : les consultations qui assurent une prise en charge pluriprofessionnelle c'est-à-dire une prise en charge en équipe (médecin, infirmier, psychologue) ; les centres qui réalisent une prise en charge médicale pluridisciplinaire c'est-à-dire plusieurs médecins de différentes spécialités (neurologue, psychiatre, orthopédiste, etc.) avec possibilité d'accès à des lits d'hospitalisation. Ils représentent un maillon essentiel dans la prise en charge de ces patients. Ces structures interdisciplinaires permettent l'approche globale nécessaire : prévention, soin, réinsertion, prise en compte du patient dans son milieu familial social et professionnel en collaboration avec le médecin traitant, éducation thérapeutique. Les CETD ont aussi des activités de recherche, d'enseignement, de formation, d'élaboration de référentiels et les IADE sont invités à y participer. Les consultations pluridisciplinaires de la douleur chronique peuvent être structurées au sein des établissements de santé publics ou privés. Les activités de l'IADE dans un CETD sont de trois sortes :

- **Activités cliniques**

Évaluation initiale de la douleur ; Mise en place et/ou aide à la pose d'un concept d'autocontrôle analgésique tel les pompe PCA de morphiniques par toutes les formes galéniques (IV, S/C, péri médullaires, réinjections morphiniques intratechales (référentiel d'activités du métier d'infirmier anesthésiste. Annexe1 arrêté du 23/072012 article R4311-12), transmuqueux, le suivi et les réajustements ; Mise en place et suivi d'une neurostimulation

transcutanée (TENS) ou médullaire ; Mise en place d'une stimulation électrique transcutanée cérébrale (courant de Limoges) dans l'intention de diminuer les consommations d'antalgiques morphiniques [10] ; Aide à la mise en place et à la surveillance des Analgésies Locorégionales et leur suivi ; Soins spécifiques : Qutenza qui est une mise en place d'un dispositif neurolytique périphérique pour traiter les douleurs neuropathiques périphériques (Haute Autorité de Santé (HAS), Commission transparence 15 décembre 2010. Qutenza...) ; Techniques psychocorporelles (hypnose, relaxation, méditation) ; Ouverture aux médecines intégratives (art thérapie, musique, image du corps) ; Éducation thérapeutique du patient en groupe ou en individuel ; Consultation, suivi par téléphone ; Collaborations avec les différents services de l'Institut mais aussi relation avec les autres établissement et associations Réseau Aquitaine Douleur Chronique, Journée d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale d'Aquitaine, Groupe Aquitaine Douleur, Association Des Infirmiers Anesthésistes de la Région d'Aquitaine.

- **Activités de formation et d'enseignement**

Encadrement d'étudiants en formation initiale ou continue ; Formations institutionnelles ; Formation, communication lors d'événements (journée mondiale de la douleur) ; Formation correspondant à un projet de service (ETP projet ARS).

- **Activités institutionnelles**

Réunions institutionnelles (CLUD) ; Participation à des programmes de recherche en matière de douleur chronique.

## **CONCLUSION**

Il semble dommage de cantonner un professionnel de santé comme l'IADE dans des espaces clos (blocs, réanimation, SSPI...) et de ne pas optimiser son empowerment, sa capacité, son pouvoir d'agir dans d'autres sphères où il peut libérer ses talents pour participer activement à l'amélioration de la prise en soin des patients. En matière de douleur chronique, cet état très fréquent et péjoratif qui empêche toute évolution bénéfique vers une qualité de vie acceptable, il reste nécessaire de conjuguer tous les efforts pour permettre d'efficientes interventions qui visent à s'occuper d'une partie importante ou de toute la problématique de ces personnes présentant des incapacités à faire face à leur souffrance. C'est bien dans un Centre d'évaluation et de Traitement de la Douleur que l'IADE, en l'occurrence, peut pleinement mettre en place toute sa compétence algologique.

## RÉFÉRENCES

1. Descartes R. L'Homme, Paris, 1664.
2. Noordenbos W. Pain. Amsterdam: Elsevier, 1959.
3. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. Science 1965 ; 150 : 971-9.
4. HAS. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur\\_chronique\\_argumentaire.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_argumentaire.pdf)
5. Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, et al. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. Pain 2008 ; 136 : 380-7.
6. INSERM : <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/la-douleur>
7. L. Chauvet. « Réforme formation iade » Présentation JARCA 2009
8. [http://www.weebly.com/uploads/7/7/8/5/7785148/enqsnia2001.pdf\).](http://www.weebly.com/uploads/7/7/8/5/7785148/enqsnia2001.pdf)
9. (<http://www.sante.gouv.fr/les-structures-specialisees-douleur.html>)
10. <http://pe.sfrnet.org/Data/ModuleConsultationPoster/pdf/2011/1/d9081f8a-96b9-4dba-93c7-0392691f5916.pdf>

Aucun conflit d'intérêts à déclarer