LA DOULEUR

- 1 - ASPECT LEGISLATIF
- 2 - DEFINITION
- 3 – PHYSIOLOGIE
- 4 – LES DIFFERENTS TYPES DE DOULEUR
- 5 – EVALUATION
- 6 – STRATEGIES THERAPEUTIQUES

1 - LA DOULEUR : aspect réglementaire

- **Code la santé publique**

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.

Art L1112-4 **Les établissements de santé,** publics ou privés, et les établissements médico-sociaux **mettent en oeuvre 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

- **Charte du patient hospitalisé**
  Annexée à la circulaire ministérielle n°95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés

L'objectif de la présente Charte est de faire connaître concrètement les droits essentiels des patients accueillis dans les établissements de santé,

La prise en compte de la dimension douloureuse, physique et psychologique des patients, et le soulagement de la souffrance, doivent être une préoccupation constante de tous les intervenants. Tout établissement doit se doter des moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'il accueille, et intégrer ces moyens dans son projet d'établissement

- plan quadriennal 2002 / 2005 -

- Prévenir et traiter la douleur provoquée par les soins
- Mieux prendre en charge la douleur de l'enfant
- Reconnaître et traiter la migraine

Objectifs:

Associer les usagers

Améliorer l'accès du patient à des structures spécialisées

Améliorer la formation des personnels de santé

Engager les établissements de soins dans un programme de prise en charge de la douleur

Renforcer le rôle infirmier dans la prise en charge de la douleur provoquée

axes d’amélioration du plan 2006/2010

- Prise en charge de la douleur des plus vulnérables (enfant adolescent, personne handicapé, personne âgée, annonce de diagnostic)
- Renforcer la formation initiale et continue des professionnels de santé
- Améliorer les traitements non-médicamenteux et méthodes non pharmacologiques
- La création, le renforcement et la pérennisation des structures de prise en charge de la douleur,

- aspect réglementaire -

❖ Code de la Santé publique

Titre I : Profession d'infirmier ou d'infirmière

En collaboration avec l'Infirmière dans le cadre de son rôle propre : article R .4311-5

« Recueil des données 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 : poids, réflexes pupillaires….
Évaluation de la douleur »

2- DEFINITION

- Selon l’IASP :

International Association for the Study of Pain

2 - DEFINITION

La douleur varie selon 4 composantes :

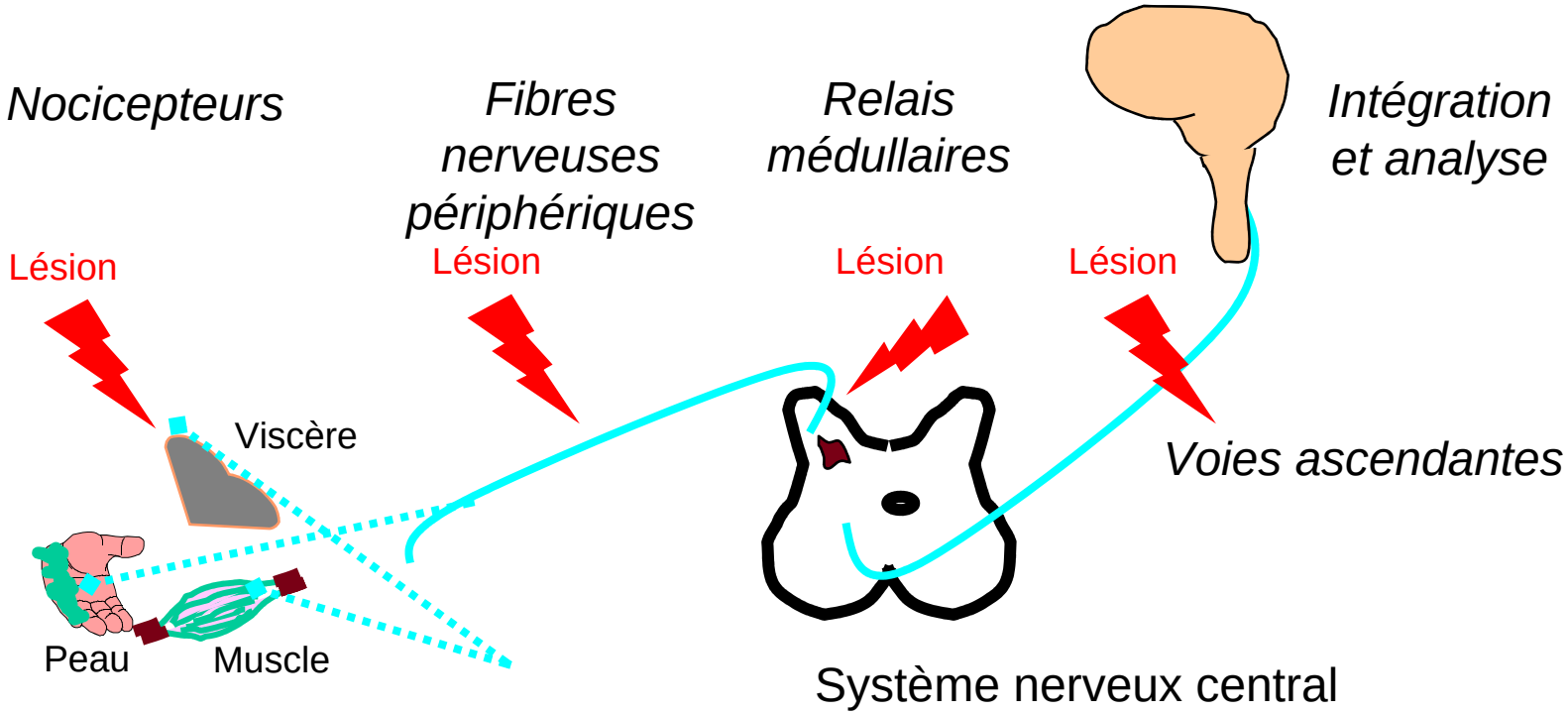
✓**Sensitive**, valeur d'alerte (nociception)

✓**Affective et émotionnelle** (contexte de la douleur)

✓**Cognitive** : processus centraux tels que l'éducation et la culture

✓**Comportementale** : toutes manifestations physiques observables : physiques, verbales, sociales

3– PHYSIOLOGIE
- Les voies de la douleur -



Douleurs par excès de nociception

Douleurs neurogènes (neuropathiques, de déafférentation)

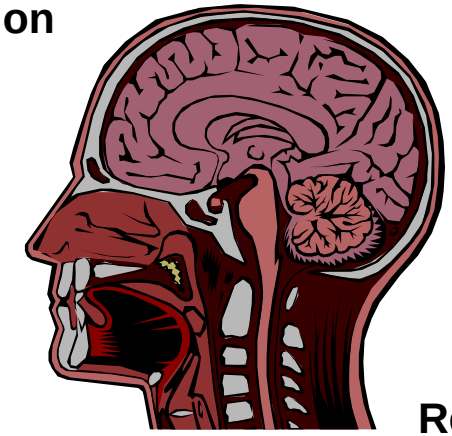
- Intégration du message douloureux -

Cortex sensitif

Localisation précise de la douleur

Cortex frontal

Attention, anticipation



Cortex limbique

Mémoire, émotion

Hypothalamus

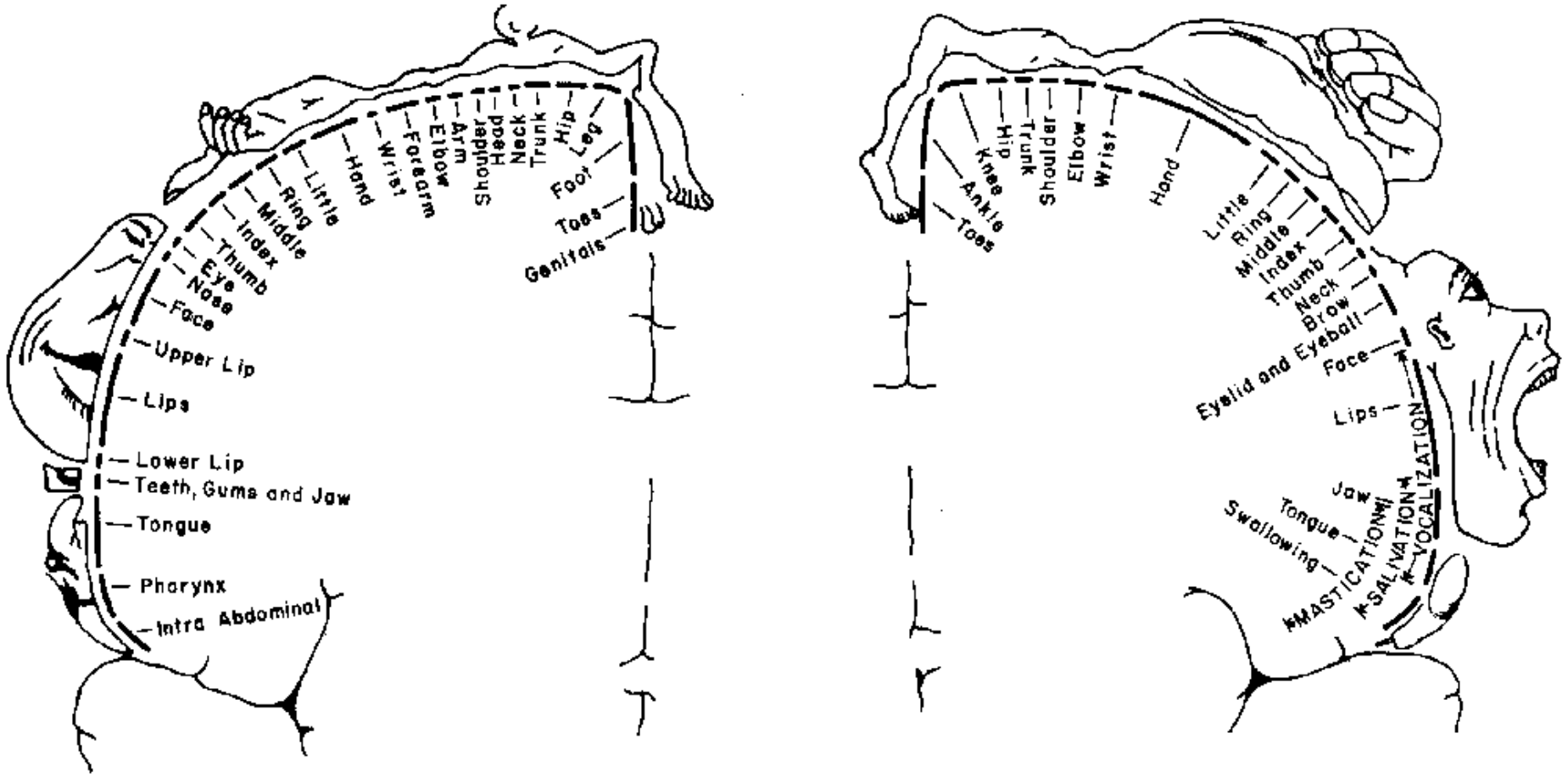
Réactions endocriniennes

Tronc cérébral (TC)

Réactions cardio-respiratoires
Contrôles inhibiteurs descendants

Une faible proportion du message dépasse le TC

Cortex somatosensoriel



4 – LES DIFFERENTS TYPES DE DOULEUR

Il n’existe pas une mais des douleurs

- <u>Selon La Duree</u>

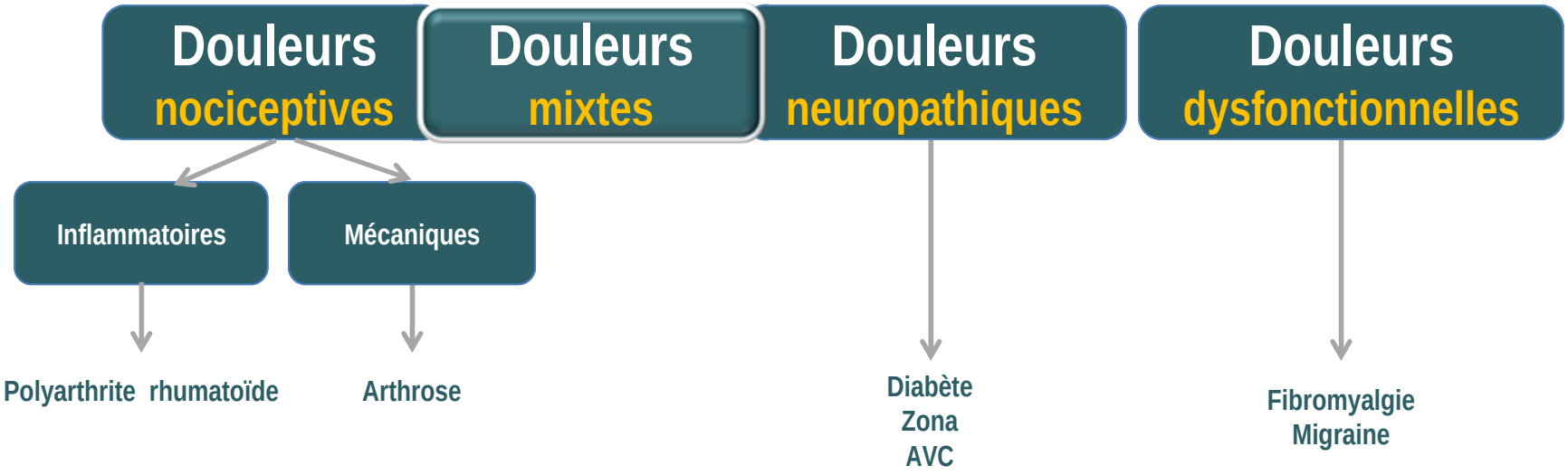
  DOULEUR AIGUE

  DOULEUR CHRONIQUE
  (> 3 à 6 mois)

❖ Douleur chronique rebelle non cancéreuse
❖ Douleur chronique rebelle cancéreuse

4 – LES DIFFERENTS TYPES DE DOULEUR

Selon le mécanisme physiopathologique



« La douleur neuropathique et ses frontières » Didier Bouhassira. Editions Med-Line 2007.

La douleur aigue
– excès de nociception -

- Douleur aiguë, signal d’alarme, utile (participe à la protection de l’organisme)

Douleur aiguë: « une sensation vive et cuisante qui s’inscrit dans un tableau clinique d’évolution rapide »

Douleur post-opératoire, traumatique, ischémique

Douleur neuropathique

- La douleur survient en l’absence de lésion évolutive,
- Sensations désagréables anormales (brûlures, décharges)
- Il existe un délai entre l’apparition et la lésion initiale
- La douleur est perçue dans une région où il existe un déficit sensitif
- Paroxysmes douloureux lancinants ou en coup de poiganrd
- Des stimulation minimes sont douloureuses (allodynie)

DN4

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	☐	☐
2. Sensation de froid douloureux	☐	☐
3. Décharges électriques	☐	☐

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

	Oui	Non
4. Fourmillements	☐	☐
5. Picotements	☐	☐
6. Engourdissements	☐	☐
7. Démangeaisons	☐	☐

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

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	☐	☐
9. Hypoesthésie à la piqûre	☐	☐

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	Non
10. Le frottement	☐	☐

OUI = 1 point **NON = 0 point** **Score du patient : /10**

MODE D'EMPLOI

Lorsque le praticien suspecte une douleur neuropathique, le questionnaire DN4 est utile comme outil de diagnostic.

Ce questionnaire se répartit en 4 questions représentant 10 items à cocher :

- ✓ Le praticien interroge lui-même le patient et remplit le questionnaire
- ✓ A chaque item, il doit apporter une réponse « oui » ou « non »
- ✓ A la fin du questionnaire, le praticien comptabilise les réponses, 1 pour chaque « oui » et 0 pour chaque « non ».
- ✓ La somme obtenue donne le score du patient, noté sur 10.

Si le score du patient est égal ou supérieur à 4/10, le test est positif (sensibilité à 82,9 % ; spécificité à 89,9 %)

D'après Bouhassira D *et al.*, *Pain* 2004 ; 108 (3) : 248-57.

Douleur neurogène / excès de nociception

	EXCES DE NOCICEPTION	DOULEUR NEUROGENE
Physio pathologique	Stimulation des nocicepteurs	Lésion nerveuse périphérique ou centrale
Sémiologie	Rythme mécanique ou inflammatoire	Composante continue (brûlure), fulgurante, intermittente (décharge électrique) dysesthésie (fourmillements, picotements)
Topographie	Régionale sans topographie neurologique	Compatible avec une origine neurologique périphérique ou centrale (racine, hémicorps)
Examen clinique	Examen neurologique normal	Signes d'hyposensibilité (hypoesthésie, anesthésie) ou d'hypersensibilité (allodynie)

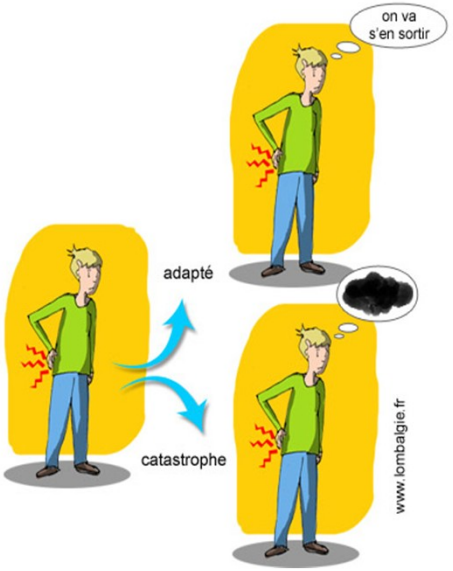
Un cercle vicieux

J'ai mal

Diminution/arrêt des activités physiques

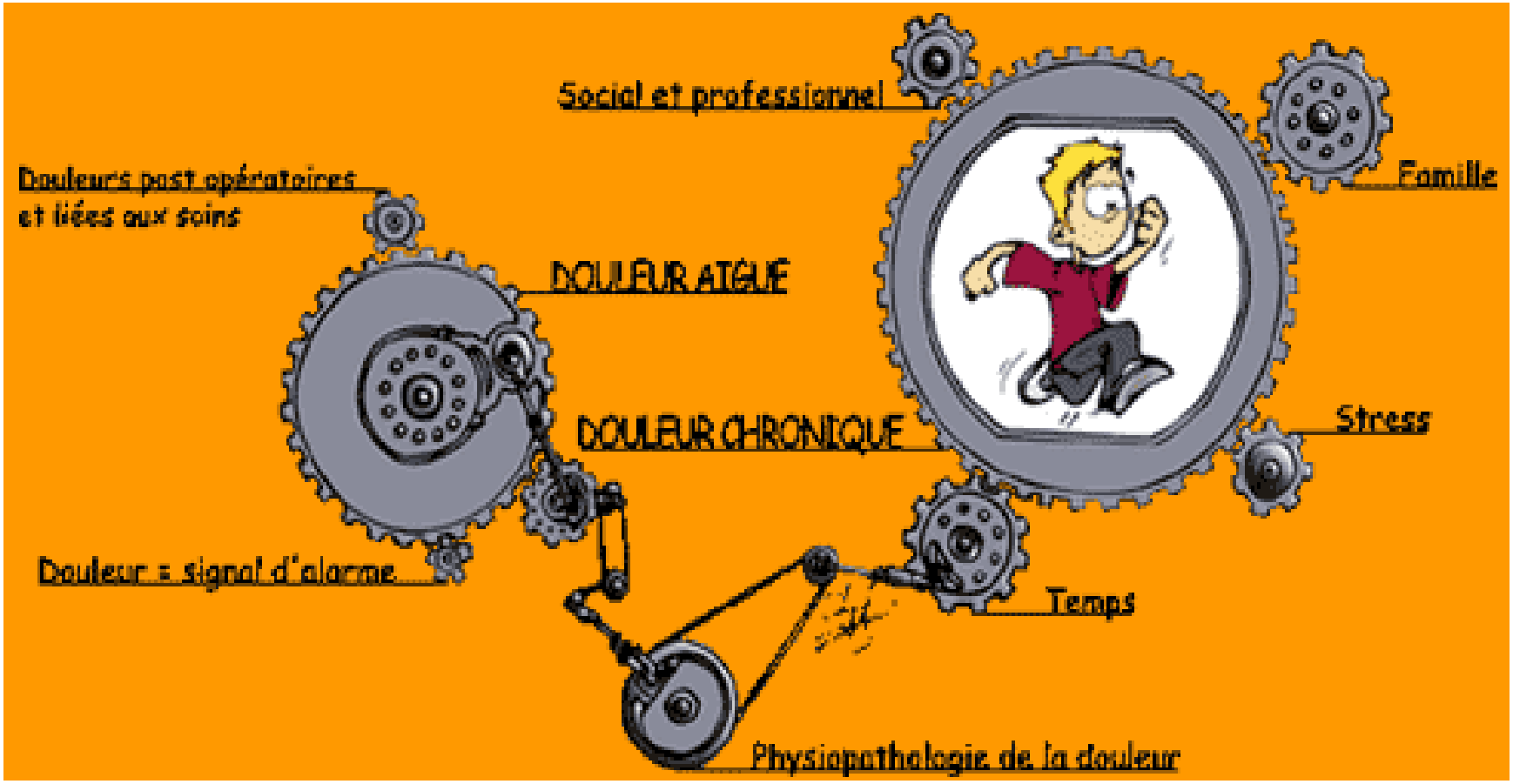
Repli sur soi
Retentissement familial

Déconditionnement à l'effort/ Perte de la force musculaire



Arrêt de travail
Isolement social
clinophilie

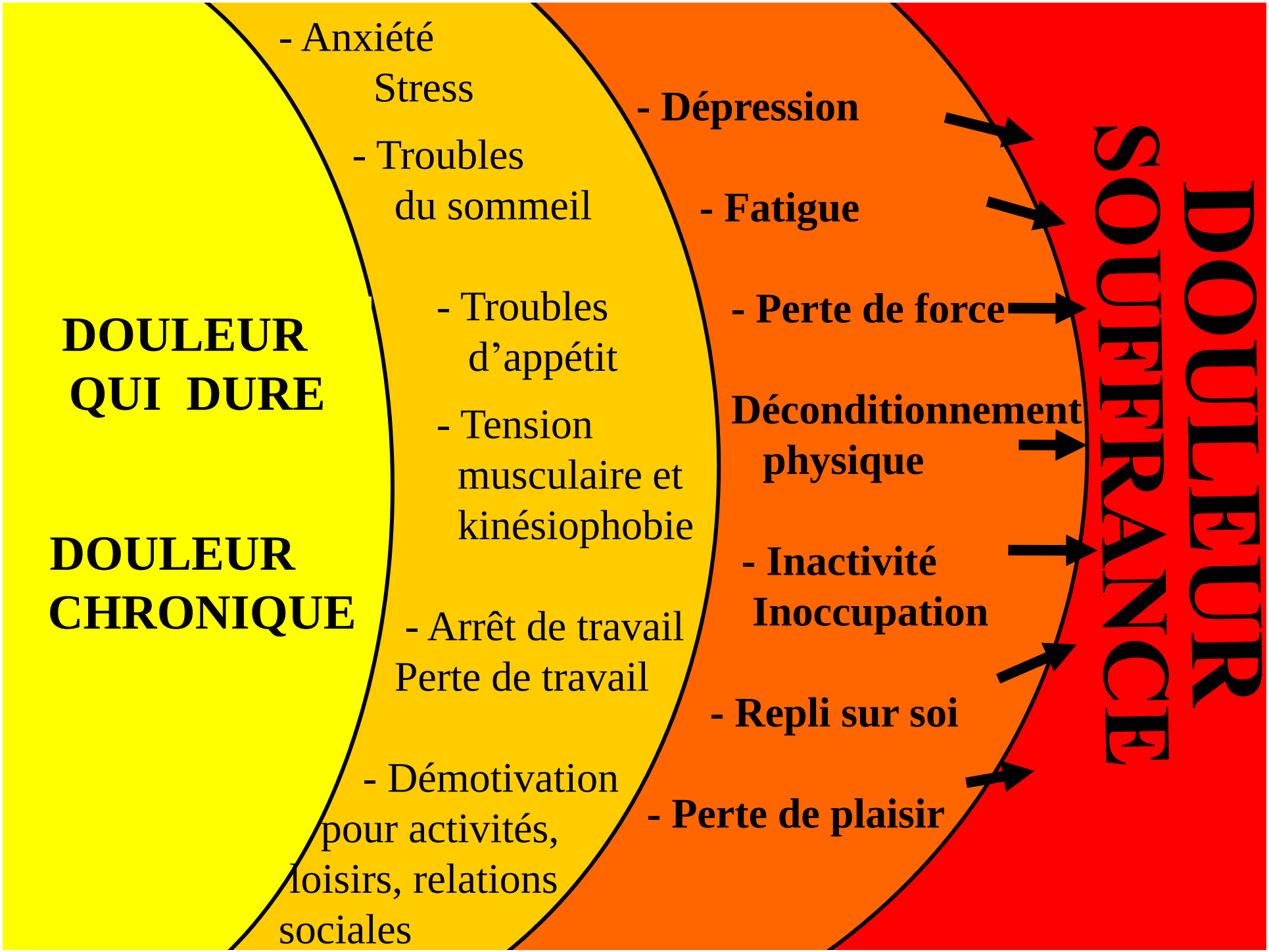
La Douleur chronique



« La douleur chronique détruit physiquement, psychologiquement et socialement » Sternbach 1974

Le syndrome de douleur chronique

- American Medical Association (AMA)
  - Il existe lorsque le patient patient présente plusieurs des conditions suivantes :
    - Douleur persistante ou récurrente
    - Durant au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale, ou est associée à un processus pathologiques intermittent ou chronique
    - Répondant mal au traitement médical et/ou invasif approprié
    - Accompagnée d'une altération significative et durable du statut fonctionnel


DOULEUR
QUI DURE
DOULEUR
CHRONIQUE
- Anxiété
Stress
- Troubles
du sommeil
- Troubles
d'appétit
- Tension
musculaire et
kinésiophobie
- Arrêt de travail
Perte de travail
- Démotivation
pour activités,
loisirs, relations
sociales
- Dépression
- Fatigue
- Perte de force
Déconditionnement
physique
- Inactivité
Inoccupation
- Repli sur soi
- Perte de plaisir
DOULEUR
SOUFFRANCE

Le constat

- DOULEUR CHRONIQUE = PROBLEME MAJEUR DE SANTE PUBLIQUE :
  - Douleur : 1er motif de recours au médecin

  Soulagement de la douleur : en tête des attentes des français sur l'amélioration de la qualité de vie à l'hôpital
  - 30 à 50% de la population se plaint de douleurs chroniques, dont 1/3de lombalgies chroniques
  - Prevalence plus élevée chez les femmes

Le constat (2)

- Coût majeur : plusieurs milliards d'euros en France :
  - Individuel : retentissement personnel, professionnel, familial
  - Collectif : arrêts de travail prolongé, rente d'invalidité
- Mauvaise prise en charge de la douleur chronique
  - Morcellement et absence de synthèse médicale
  - Nomadisme médical des patients = inefficience de la prise en charge

Intérêt de la prise en charge

- EVALUATION et DIAGNOSTIC
  - Examen clinique rigoureux, examens complémentaires raisonnés
  - Evaluation pluridimensionnelle (selon l'HAS)

- DEFINITION D'OBJECTIFS THERAPEUTIQUES PERSONNALISES

Intérêt de la prise en charge (2)

- APPROCHE PLURIDISCIPLINAIRE, TRANSVERSALE
  - Approche globale, centrée sur l'individu
    - Médicale, et chirurgicale si besoin,
    - Fonctionnelle : kiné-physiothérapie-TENS
    - Psychologique
    - Infirmière
    - Professionnelle et sociale
    - Thérapies alternatives (acupuncture,hypnose, relaxation…)
    - Associations de patients

Intérêt de la prise en charge (3)

- READAPTATION :
  - Personnelle, professionnelle, familiale, sociale
  - Autonomie

- SEULEMENT DANS CERTAINS CAS, APPROCHE TECHNIQUE ALGOLOGIQUE :
  - Pompes à morphine, cathéters périduraux, techniques chirurgicales

PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT

Typologie des patients pris en charge

- Principales pathologies :
  - Rachialgies +++ : rachis opéré ou non
  - Autres pathologies locomotrices chroniques :
    - Arthrose des membres ++
    - Syndromes Régionaux Complexes (algodystrophie)
    - Fibromyalgie
    - Rhumatismes inflammatoires chroniques invalidants :
      - Spondylarthrite ankylosante, polyarthrite rhumatoïde

Typologie des patients pris en charge (2)

- Douleurs neurologies :
  - Céphalées rebelles, algies faciales
  - Polyneuropathies
- Douleurs vasculaires :
  - Douleurs post-amputation….
- Douleurs cancéreuses : en complément des unités spécialisées

ORGANISATION EN RESEAU DE LA PRISE EN CHARGE DES DOULOUREUX

SOINS à DOMICILE
IDE/AS

Kinésithérapeutes
Ostéopathes

MEDECIN TRAITANT

Pharmaciens

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

Douleur Aiguë / Douleur Chronique

	Aiguë (douleur symptôme)	Chronique (douleur maladie)
	Signal d'alarme, utile, protectrice, oriente le diagnostic	Inutile, destruction (physique, psychique, sociale)
Aspect évolutif	Douleur transitoire	Permanente ou récurrente
Mécanisme générateur	Uni factorielle	Plurifactoriel
Réactions végétatives	Réactionnelle (tackycardie, polypnée, mydriase, sueurs)	Entretien (cercle vicieux)
Retentissement psychologique	Anxiété	Dépression
Objectif thérapeutique	Curatif	Réadaptatif pluridimensionnel

Facteurs de chronicisation

- Hyperalgie
- Lésion nerveuse chirurgicale

30% à 50% des douleurs chroniques sont d'origine postopératoire

Traitement précoce et « agressif » des douleurs fortes

Pour résumer

- douleur chronique.mp4

5 - EVALUATION

Préalables

- **Écouter , croire , rassurer**
- **Expliquer**
- **Anticiper**
- **Limiter les douleurs iatrogènes**

Mettre le patient au centre du dispositif

Patients communicants

- L'évaluation passe par le recueil d'information : l'interrogatoire et l'autoévaluation
- Un moyen memo-technique pour avoir tous les éléments nécessaire :

  - **T**ype (Comment ?)
  - **I** ntensite (Combien ?)
  - **L**ocalisation (Où ?)
  - **T**emporalité (Quand ?)

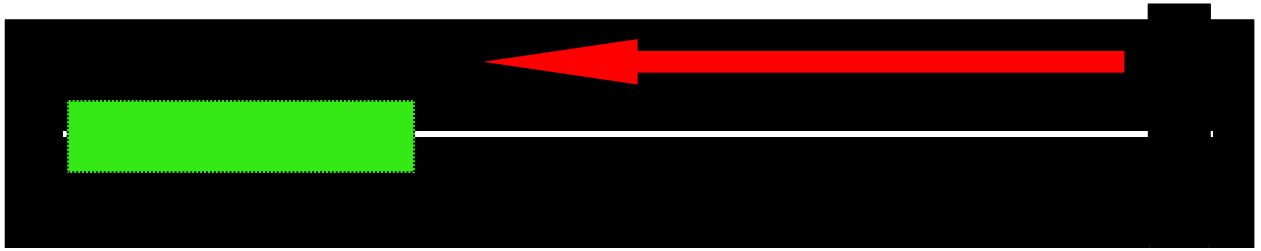
Privilégier l'auto-évaluation à chaque fois que c'est possible

Outils permettant l'évaluation de l'intensité

Douleur absente

Douleur maximale

EVA



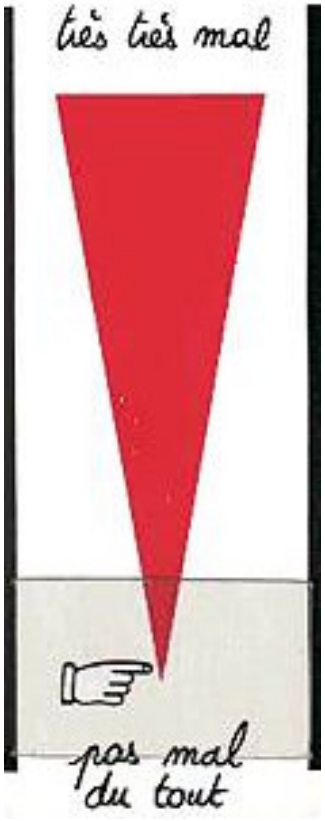
0 mm 100

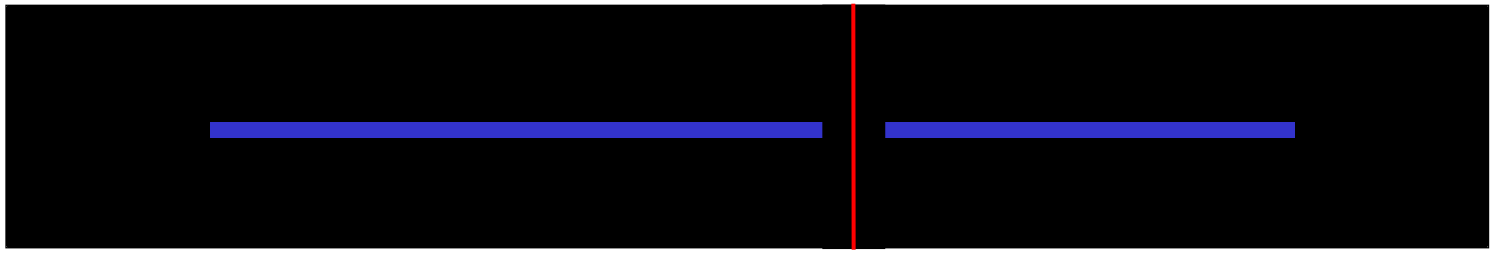
EN

EVS nulle faible moyenne Forte Très Forte

Des outils performants pour la douleur aigüe

Les échelles visuelles **analogiques**





Les chiffres sont au dos, le patient n'en a pas connaissance, cette évaluation analogique n'est toujours facile à appréhender

L’Echelle Numérique

Oralement,

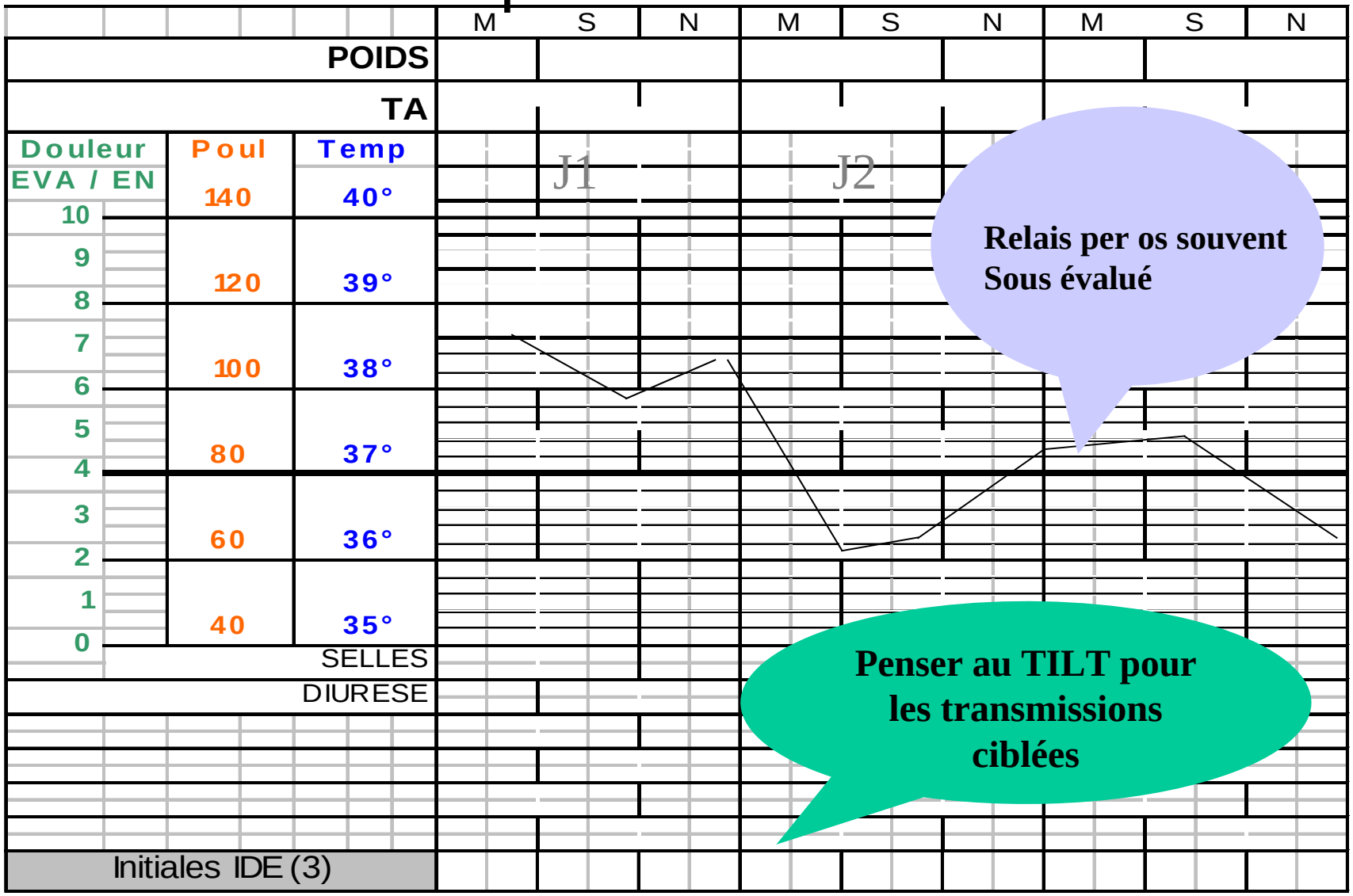
« donnez une note à votre douleur entre 0 pas de douleur et 10 une douleur insupportable »

S’adresse à des patients qui communiquent, plus accessible que l’EVA

L’Echelle Verbale Simple

- Comment pouvez-vous qualifier votre douleur

Reporter la mesure



Identifier les insuffisances thérapeutiques avec une courbe sur 24h

Rappel certification

- **Campagne HAS de recueil des indicateurs obligatoires 'transversaux' au 1er semestre 2014**
  - **Dossier Patient MCO/SSR/PSY**

	MCO	SSR	PSY
Thème Dossier Patient (DPA)			
Tenue du dossier patient	✓	✓	✓
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation	✓	✓	✓
Dépistage des troubles nutritionnels	✓	✓	✓
Traçabilité de l'évaluation de la douleur	✓	✓	
Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre	✓	✓	

  - **Dossier d'Anesthésie**
  - **Réunions de concertation pluridisciplinaires en cancérologie**

- **Niveau de performance attendu: classe 'A' *(résultats > 80%)***

Méthode

- Recueil rétrospectif
  - Echantillon aléatoire de **80 dossiers**
    - PSY: séjours du 01/02 au 31/08/13 / MCO: séjours du 01/06 au 30/11/13 / SSR: séjours du 01/05 au 31/10/13
- Grille et guide de recueil HAS
- Audit du dossier papier et informatisé du patient
  - Formation préalable des auditeurs et assistance méthodologique lors du recueil
- Organisation du recueil
  - **Thème Dossier patient**
    - » 1 journée de recueil par filière (MCO/ SSR / PSY)
    - » **Groupe pluri-professionnel d'auditeurs**

      - Médecins, cadres, IDE, cadres des secrétariats médicaux, participation de l'équipe Clinicom Soins, étudiantes sages-femmes *(recueil MCO)*
  - **Thème Dossier d'Anesthésie**
    - » Audit des dossiers effectué par 2 anesthésistes réanimateurs

Traçabilité de l'évaluation de la douleur resultats

	2011	Classe de performance 2011	2014	Classe de performance 2014
MCO	45% [34-56]	C	76% [65-85]	B
SSR	41% [30-52]	C	50% [38-62]	C

Echelles multidimensionnelles

- Réservées à l'évaluation de la douleur chronique et de ses retentissements, toujours renseignées par le patient (ex : questionnaire Saint Antoine)
- Grilles d'entretien semi-structuré

Questionnaire de Saint Antoine

	0/non	1/faible	2/modéré	3/fort	4/très fort
Elancements Pénétrante Décharges électriques Coups de poignard En étau Tiraillement Brûlure Fourmillements Lourdeur Epuisante Angoissante Obsédante Insupportable Enervante Exaspérante Déprimante					

Grille d’entretien avec le patient douloureux chronique

- Ancienneté de la douleur
- Mode de début
- Profil évolutif du syndrome douloureux
- Traitements effectués et actuels
- Antécédents et pathologies associées
- Description de la douleur actuelle
- Contextes familial, psychosocial, médico-légal et incidences
- Facteurs cognitifs
- Facteurs comportementaux
- Analyse de la demande

Patients non communiquants

- Hétéroévaluation

  Observation du comportement

  Préalables : à plusieurs personnes, dans des temps différents

Doloplus -2-

- Plus spécifique de la personne âgée
- 3 groupes d'items reflètent les différents retentissements de la douleur
  - Somatique
  - Psycho-moteur
  - Psycho-social

Échelle validée d'hétéro-évaluation

ECHELLE DOLOPLUS

EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGEE

NOM : 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
	SCORE				

COPYRIGHT

Algoplus

- Échelle d’évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

Algoplus

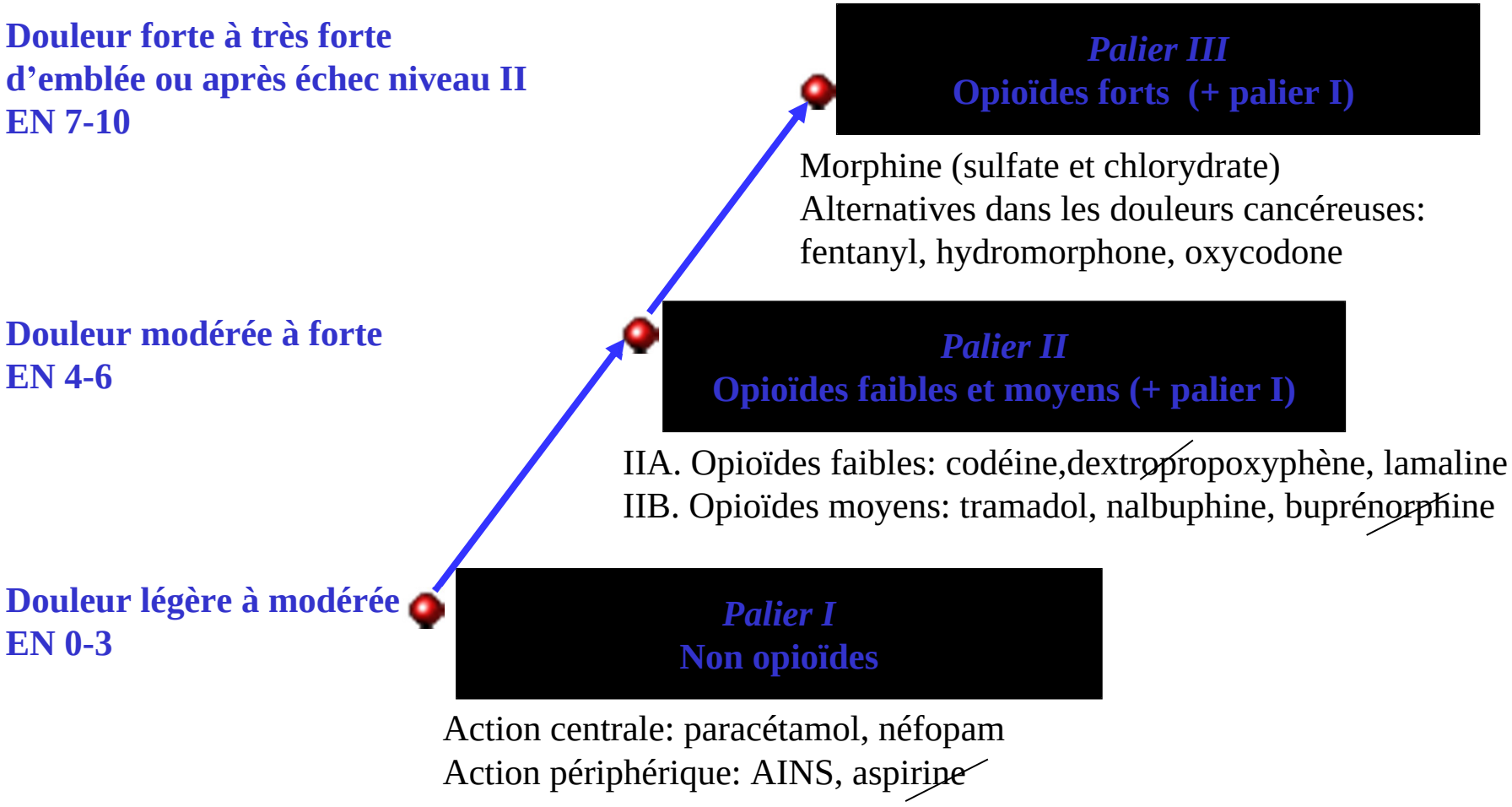
	OUI	NON
Visage : froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé		
Regard : regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés		
Plaintes orales : « ai », « ouille », « j'ai mal », gémissements, cris		
Corps : retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées		
Comportements : agitation ou agressivité, agrippement		
Total OUI	…. /5	

Take to home

Typologie de douleur	Fréquence	Auto évaluation	Hétéro-évaluation
Douleur aigue	**Intensité** /durée, 1 fois par équipe	EVA-EN-EVS	Algoplus
Douleur chronique	**Pluridimensionnelle** retentissement sur le moral le sommeil la qualité de vie	HAD, St Antoine	Doloplus ECPA **L'hétéro évaluation ne permet pas de précision sur le type de douleur**
Douleur neuropathique (la douleur neuropathique n'est pas tjs une une douleur chronique)	Caractéristiques de la douleur	Aide à la qualification de la douleur DN4 (interrogatoire et examen clinique)	
Le « TILT » est un moyen mnémotechnique pour le soignant, rappelant les grandes questions à poser			

6 – STRATEGIES THERAPEUTIQUES

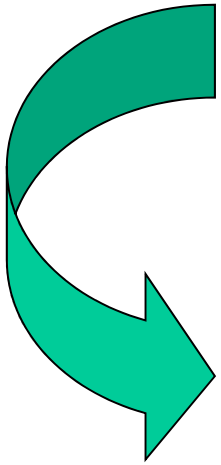
LES PALIERS DE L'OMS



6 – STRATEGIES THERAPEUTIQUES

ANALGESIE BALANCEE

- Associer des médicaments dont le mode d'action et la chronologie d'action sont différents



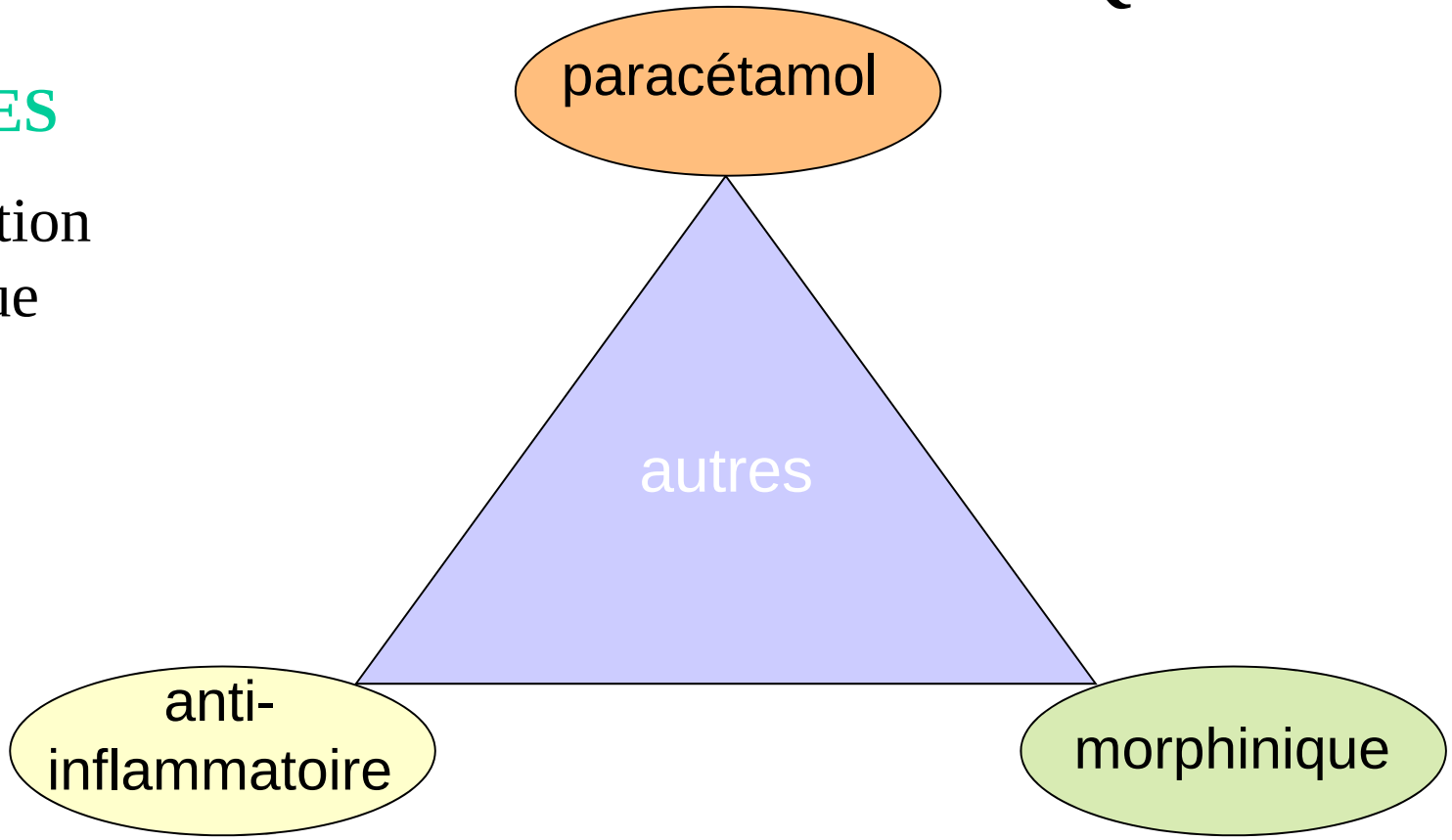
Augmenter l'efficacité
Réduire les effets secondaires

6 – STRATEGIES THERAPEUTIQUES

PRINCIPES

Administration systématique

Horaires prévus



Le paracétamol, les AINS et le néfopam (Acupan*) produisent une épargne morphinique de 30 à 50%

6 – STRATEGIES THERAPEUTIQUES
EN DOULEUR NEUROPATHIQUE

- ANTIDÉPRESSEURS

  – Antidépresseurs tricycliques:
    - Laroxyl ®
    - Anafranil ® ….

  – Inhibiteur Recapture Sérotonine (Effexor ®) ….

6 – STRATEGIES THERAPEUTIQUES
EN DOULEUR NEUROPATHIQUE

LES ANTICONVULSIVANTS

–Tégrétol ®
–Neurontin ®
–Trileptal ®,
–Lamictal ®
–Lyrica®
….

- La neurostimulation transcutanée (TENS)
- La neurochirurgie

6 – STRATEGIES THERAPEUTIQUES
EN DOULEUR CHRONIQUE

- Prise en charge globale pluridisciplinaire selon 4 axes :
  - Médicale :
    - Adaptation du traitement médicamenteux (les paliers 3 de l'OMS sont proscrits en douleur chronique rebelle non cancéreuse)
    - Possibilités d'infiltrations
  - Fonctionnelle
    - kinésithérapie +/- passage en centre de rééducation
    - Thérapies manuelles: ostéopathie, acupuncture
    - TENS
  - Psychologique
  - Socio-professionnelle

6 – STRATEGIES THERAPEUTIQUES

DOULEUR PROVOQUEE PAR LES SOINS

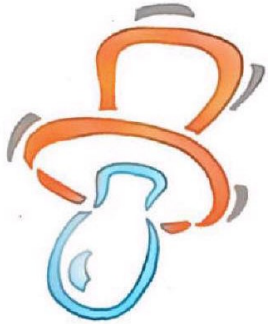
➢ Protocole « application de crème anesthésiante »

Dans le cadre d'injection ou de prélèvement chez des enfants ou des adultes, par l'infirmier(ère) dans le cadre du protocole.

En patch de 1g ou en tube de 5 gr – 4 à 5 applications –

(délai d'ouverture d'une semaine)

- Traitement hygiénique des mains
- Repérage du site en peau saine (garrot pour prélèvement)
- Pas de désinfection de la peau
- Pansement occlusif 1 à 2 heures avant le soin pour obtenir profondeur d'anesthésie de 3 à 5 mm.



Mélange Equimolaire
Oxygène - Protoxyde d’azote

6 – STRATEGIES THERAPEUTIQUES

APPROCHE NON MEDICAMENTEUSE

- Relaxation, Hypnose, Sophrologie
- Acupuncture
- TENS : Neurostimulation trans cutanée (NSTC)
- Kinésithérapie, rééducation
- Toucher, massage
- Chaud/froid
- Abord psychologique

TENS

6 – STRATEGIES THERAPEUTIQUES

AU QUOTIDIEN

❑ **Le savoir-être** → Améliorer la communication

➢ la qualité relationnelle

(Eviter de s'interroger tout haut, éviter toute conversation sans rapport avec le patient ou le faire participer)

➢ la communication non verbale

➢ l'écoute, l'observation

6 – STRATEGIES THERAPEUTIQUES

AU QUOTIDIEN

❑ **Le savoir-faire** → Améliorer la qualité du soin

- les mesures de confort
- environnement des patients
- les techniques de distraction
- rechercher la contribution du patient
- contrôle médicamenteux si besoin

6 – STRATEGIES THERAPEUTIQUES

Réalisation d'un soin potentiellement douloureux

Informer le patient, expliquer chaque geste qui peut générer de l'angoisse : c'est favoriser le climat de confiance (à moduler en fonction du patient)

S'organiser :

- Regrouper les soins
- Planifier surtout s'il y a une prescription associée
- Veiller à avoir tout le matériel, prévoir de l'aide

Pendant le soin

- Veiller au confort du patient et au vôtre
- Pratiquer le travail en binôme
- Rendre l’environnement moins agressif
- Satisfaire les besoins fondamentaux

Après le soin

- Réinstaller le patient dans une position confortable,
- Ménager un temps de récupération si besoin
- Recueillir les appréciations du patient

Les limites

- la notion d’urgence
- l ’absence de compréhension du patient
- nos propres capacités à l’écoute et notre disponibilité
- le manque d’expérience

En conclusion

- La place du soignant est incontournable dans la prise en charge de la douleur. C’est en équipe que doit se faire la démarche.

- Les regards de tous sont importants et participent à l’amélioration de la qualité des soins.

This document was created with Win2PDF available at http://www.win2pdf.com.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.