



Christine POMARES  
et Renée BAY



**Christine POMARES**, Infirmière DU douleur,  
**Renée BAY**, Aide-Soignante, **Jocelyne JACQUETIN**, Cadre de Santé  
Centre d'hémodialyse des Alpes - MANOSQUE

## L'engagement douleur au Centre d'Hémodialyse des Alpes : comment ancrer véritablement la prise en charge de la douleur au cœur de nos pratiques ?

**L**a douleur est une expérience sensorielle, émotionnelle, désagréable liée à des tensions tissulaires existantes ou décrites en termes évoquant de telles tensions » (International association from the study of pain).

« La douleur d'un malade est une expérience professionnelle que l'on doit gérer sans en avoir le temps, sans connaître vraiment la personne que l'on soigne, qu'il faut tracer sans avoir le papier sous la main, qu'il faut enregistrer lorsque l'ordinateur est en panne et qui nous vaut de se faire enguirlander ou féliciter une fois par mois par notre cadre de santé ».

### Cheminement de notre démarche douleur

« Notre prise en charge a évolué depuis ces dernières années ».

- 2008 : Création d'un groupe de réflexion.
- 2009 : Mise en place de la traçabilité de l'évaluation de la douleur sur la feuille de dialyse et création d'un onglet Douleur sur le dossier informatique.
- 2010 : Année marquée par le déménagement dans un nouveau centre. Nouvelle réflexion et réactualisation du groupe Douleur guidée par l'IDE DU Douleur, et formation de 4 soignants à la réflexologie plantaire et aux massages de confort.

### Analyse des causes

« La prise en charge de la douleur n'est pas bonne »

- Pourquoi ? Parce qu'aucun soignant ne questionne systématiquement le patient
- Pourquoi ? Parce que le soignant sait que cela n'aboutira pas forcément
- Pourquoi ? Parce que les bonnes questions ne sont pas posées
- Pourquoi ? Parce que l'équipe n'a pas été associée à l'élaboration de l'outil de traçabilité
- Pourquoi ? Parce que le thème de la douleur ne fait pas partie des situations de terrain

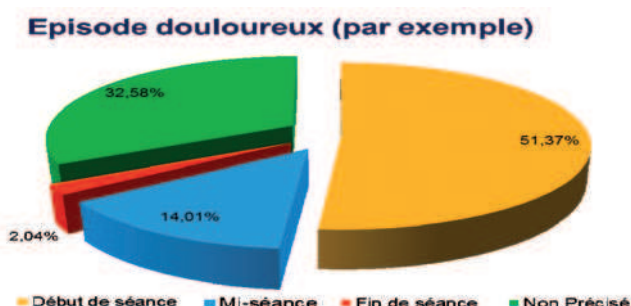
### Des réponses adaptées, des moyens pratiques

- Développer le Savoir Faire et les Compétences : Formalisation d'un power point présenté par le groupe Douleur à tous les soignants permettant d'optimiser la prise en charge de la douleur par une formation personnalisée et adaptée à notre centre.
- Nouvelle approche de l'Ethique : Convention passée avec l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs et début des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) pour nos patients en fin de vie ou en grande souffrance.
- L'association d'autres personnes ressources : Une assistante sociale, et un psychologue renforcent notre capacité de prise en charge de la douleur sociale et psychique.
- Mise à disposition de différents outils de qualification, de quantification et de traçabilité: Echelles verbales et non verbales, affichage d'un poster « Guide Pratique de la Douleur », évolution de la fiche de dialyse.

- Amélioration de la communication : L'organisation de staffs 2 fois par semaine permet à tous les soignants et médecins de se rencontrer et de débattre des difficultés rencontrées. Une fois par mois, le personnel sans présence médicale et hiérarchique rencontre la psychologue pour permettre la verbalisation des difficultés rencontrées.
- Validation d'un protocole Médical Pallier 1 et utilisation plus large de dérivés morphiniques. Evaluation de la prise en charge de la Douleur : Mise au point d'un tableau Excel permettant l'extraction directe du logiciel Hémodialyse des données Douleur.

### La douleur au cœur de toutes nos pratiques :

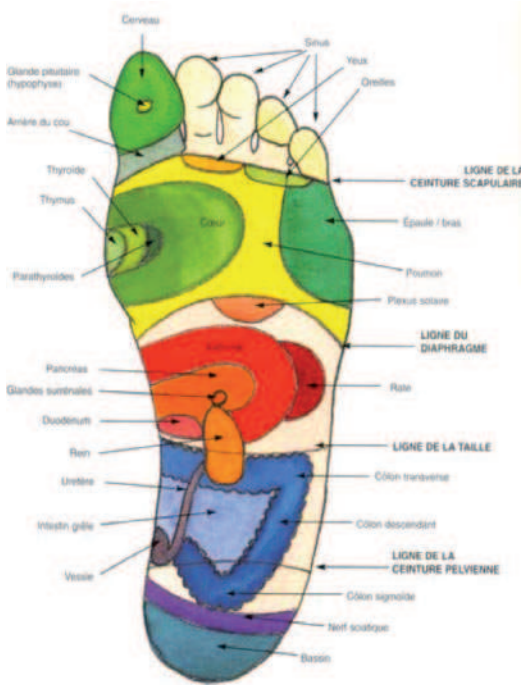
- Mise au point d'un onglet Douleur dans notre logiciel de dialyse.
- Modification de notre feuille de dialyse pour permettre une traçabilité systématique.
- Création d'un poster « Guide pratique » affiché dans toutes les salles de soins. Formation et sensibilisation de tout le personnel par le groupe Douleur.
- Création d'un tableau Excel avec report automatique des données du logiciel. Son analyse mensuelle nous permet de rester vigilants sur notre travail.



## Un ancrage dans les pratiques également dans la relation avec la personne malade

La douleur est une expérience sensorielle, la réponse doit être globale et donc concerner aussi les sens.

*Pourquoi le choix de la réflexologie plantaire :*



PLANTE DU PIED GAUCHE

- Permet une prise en charge **non médicamenteuse**
- C'est un moyen de **verbalisation** de la souffrance psychique
- **Recadre** la relation soignant/soigné
- Un acte par excellence qui **soulage et apaise**
- Un geste **valorisant** nôtre rôle de soignant

## Un bilan positif pour TOUS

**Disposer d'outils simples et adaptés**  
**Ouvrir aux autres professionnels**  
**Utiliser l'informatique pour évaluer**  
**Lier la douleur à la réflexion éthique**  
**Encore et encore,**  
**puis encore... communiquer**  
**Utiliser les partenariats**  
**Rester modeste et savoir**  
**que jamais rien n'est acquis !**

**Dominique CUPA**, Professeur à l'Université Paris Ouest Nanterre la Défense, Directrice de l'EA 4430, Chef de service de l'Unité de PsychoNéphrologie - AURA PARIS

**Hélène RIAZUELO**, MCF à l'Université Paris Ouest Nanterre la Défense, EA 4430. Psychologue clinicienne à l'Unité de PsychoNéphrologie - AURA PARIS

**Marie Laure GOURDON et M. GIRARD**, Psychologues cliniciennes à l'Unité de PsychoNéphrologie - AURA PARIS

# Les douleurs psychiques du patient dialysé et de son entourage

Les patients insuffisants rénaux terminaux souffrent d'une maladie chronique et mortelle que révèle la perte plus ou moins complète de la fonction rénale. Face à cette perte ils n'ont pour choix que la dialyse, la greffe ou la mort. Les patients se trouvent alors, par là même, dans la situation de survivants soumis définitivement à un traitement palliatif. Ainsi psychologiquement, doivent-ils faire face d'une part à la maladie et ses effets sur leur vie psychique, familiale et sociale et d'autre part faire face aux effets des soins plus ou moins contraignants, angoissants que sont les différents types de dialyse ou la greffe.

des traitements : régime plus ou moins drastique, réduction de la motricité et de la motilité, fatigabilité, etc. La perte de liberté et de temps liées à la dépendance à la machine constitue la contrainte la plus douloureuse à vivre psychologiquement, en particulier par le sentiment d'impuissance qu'elle génère. Chez le greffé, si une certaine liberté est retrouvée et donc un sentiment de puissance, on constate la présence de la peur de la perte du greffon réactivée en particulier lors des bilans.

La maladie et les soins bouleversent aussi leur vie de famille : les patients peuvent perdre leur statut, leur rôle tenu jusqu'alors au sein de leur famille. Il y a aussi des remaniements relatifs à leur vie sociale : les amis peuvent fuir le patient car ils ont peur de ce qu'il leur renvoie. Les difficultés dans le travail apparaissent aussi souvent avec la crainte de perdre son emploi. Ces pertes émoussent le plaisir de vivre des patients.

## Psychopathologie du patient atteint d'une insuffisance rénale terminale

### De nombreuses pertes

Du fait de sa maladie et des soins, l'insuffisant rénal terminal est confronté à de nombreuses pertes. En premier lieu, il doit faire face à l'annonce de son insuffisance rénale terminale et donc à l'idée de la perte de sa santé, il prend alors brutalement conscience de sa propre mortalité, sa mort étant repoussée à chaque séance de dialyse ou par la greffe. D'autres types de pertes dans le registre corporel sont aussi douloureuses à vivre pour ces patients, elles sont liées à la maladie, aux exigences et aux effets secondaires



### Deuils multiples

Le deuil n'est pas seulement causé par la perte d'un être cher mais peut l'être par tout ce qui revêt une valeur pour la personne : perte d'un idéal, d'un travail, pertes évoquées précédemment, c'est-à-dire aussi une perte narcissique. Le « travail de deuil » permet d'accepter progressivement les pertes.