

**LE RÔLE DE L'AS FACE À LA DOULEUR DANS LE SOIN ;  
ENTRE L'ACTE ET L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES  
SOIGNÉES.**

Travail de fin d'études réalisé et présenté par Diana Soltuz  
En vue de l'obtention du diplôme d'aide-soignant  
Années scolaires 2022-2024



---

# REMERCIEMENTS

---

Aujourd'hui, dans ce mémoire, avec un cœur plein de gratitude et d'émotion, je souhaite exprimer mes sincères remerciements aux professeurs qui nous ont accompagnés tout au long de cette formation, dans le cadre EAFC Tournai.

Madame Y. Père, Madame S. Defraeye, Madame E. Minet, Monsieur P. Vantomme et Monsieur F. Dejonckheere, nous voici arrivés à la fin !

La motivation que vous nous avez insufflée, l'énergie et le dévouement à cette profession d'aide-soignant, ont été des éléments essentiels pour nous. Merci !

Au cours de ces deux années, j'ai découvert de nouvelles et belles personnes, une petite famille. Nous avons été soutenues et accompagnées même dans les moments les plus difficiles, lorsque nous nous sentions perdues ou démotivées.

Merci, parce qu'ils ont toujours voulu que nous devenions des aides-soignantes prestigieuses, que nous soyons fières de l'effort accompli, que nous entraînions nos cerveaux en combinant notre passion pour ce métier avec les informations acquises au cours de cette formation.

Enfin et surtout, l'ambiance des cours, qui nous a permis d'être dans notre peau, de dire ce que nous pensons, de traiter les situations avec rigueur mais d'avoir aussi des moments de détente, de sourires et de bonne humeur.

Je suis persuadée que chacune des collègues, durant ce processus d'apprentissage, a de bons souvenirs de notre groupe ou de nos professeurs. Je les remercie également.

Nous clôturons un beau chapitre qui nous permet d'aller sur le terrain avec l'idéal que nous avons appris à l'école, de rester humain et de garder les valeurs de cette profession.

# Table des matières

<b>Introduction générale</b> .....	2
<b>Partie contextuelle</b> .....	4
1. Histoire.....	5
<b>Partie conceptuelle</b> .....	6
<b>Chapitre I. La physiopathologie de la douleur</b> .....	7
1. La différence entre la douleur et la souffrance.....	7
2. Les types de douleur.....	8
3. Les causes déterminantes de la douleur.....	9
4. Les signes associés à la douleur.....	11
5. Les conséquences de la douleur.....	12
6. La nature multidimensionnelle de la douleur.....	13
7. Les traitements de la douleur.....	15
<b>Chapitre II. L'évaluation de la douleur</b> .....	19
1. Le comportement et la transmission des signes douloureux du patient.....	19
2. Les méthodes d'évaluation de la douleur utilisés par les soignants.....	19
<b>Partie pratique</b> .....	23
<b>Chapitre I. La démarche en soins pour le patient douloureux</b> .....	24
1. La collecte des données et l'analyse des informations recueillis.....	24
2. Les évaluations de la douleur.....	25
3. Les soins d'hygiène et de confort.....	26
4. L'accompagnement psycho-sociale.....	28
5. Les soins techniques.....	29
<b>Chapitre II. L'importance de l'équipe pluridisciplinaire dans la prise en charge de la douleur</b> .....	32
<b>Chapitre III. L'éducation à la santé</b> .....	33
1. L'impact de la douleur sur la qualité de vie du patient.....	33
2. Comment sensibiliser la famille, offrir un support moral et physique.....	34
3. Comment favoriser la collaboration active du patient et de son entourage pour favoriser la réinsertion rapide dans le milieu familial et socioprofessionnel.....	35
<b>Conclusion</b> .....	37
<b>Annexes</b> .....	39
<b>Bibliographie/Sitographie</b> .....	46

---

# INTRODUCTION

---

Qu'est-ce qui nous fait mal ? Le corps ou les émotions ? Savons-nous faire la différence ? Les médicaments peuvent-ils suffire à nous guérir? Quelle est notre tolérance à la douleur? Comment la douleur se manifeste-t-elle ?

Ces questionnements nous ont amenés à nous informer, à effectuer des recherches et à créer ce travail de fin d'études.

La douleur est un phénomène auquel nous sommes confrontés tous les jours et qui fait partie de notre vie quotidienne, que ce soit dans notre vie personnelle ou professionnelle. Nous pouvons faire preuve d'empathie face à la douleur, en tenant compte de nos propres expériences ou connaissances. Mais quel est notre rôle en tant qu'aide-soignant? Et quelles sont nos limites? Qu'entend-on par effet placebo-nocebo?

L'effet placebo correspond au résultat psycho-physiologique positif ou bénéfique constaté après l'administration d'un traitement ou la réalisation d'un acte thérapeutique. L'effet placebo peut déclencher la libération de substances endogènes <sup>1</sup> dans le corps, telles que les endorphines<sup>2</sup> et les neurotransmetteurs<sup>3</sup>, qui sont associées à la réduction de la douleur et à l'amélioration du bien-être.

La confiance et la relation de soutien entre le patient et le soignant peuvent influencer la perception du traitement et contribuer à l'effet placebo. Un environnement de soins chaleureux et empathique peut renforcer les attentes positives du patient quant à l'efficacité du traitement.

Au contraire, l'effet nocebo est l'action iatrogène ou le comportement inapproprié dans la prise en soins à une personne souffrant de douleur.

Je vous invite à cette occasion à découvrir ensemble ce mot "douleur" si connu mais si complexe. Nous allons parcourir ces pages en commençant par la partie contextuelle qui nous présente l'évolution et le concept de la douleur au fil des années.

---

<sup>1</sup> Substances qui proviennent d'un organisme, d'un tissu ou d'une cellule.

<sup>2</sup> Hormones du bonheur qui procurent du plaisir grâce à une action anxiolytique, antalgique et relaxante.

<sup>3</sup> Molécules qui assurent la transmission des messages d'un neurone à l'autre.

---

# PARTIE CONTEXTUELLE

---

# 1. Histoire

La douleur est une expérience fréquemment rencontrée au cours de l'existence des êtres vivants. Pour l'espèce humaine, parallèlement à son évolution et, par la suite, à celle de la société humaine, l'émergence et le développement du concept de douleur marquent une trajectoire intéressante. Initialement, le terme de douleur était inclus dans la sphère beaucoup plus complexe de la notion de souffrance. Cette notion incluait la douleur physique, la dépression mentale, la pauvreté, la perte de statut social et/ou politique et d'autres privations. Selon les théories religieuses et socio-philosophiques, la souffrance était soit l'expression de la punition divine pour les péchés humains, soit une manière de punir la violation des lois de la société, soit un moyen coercitif<sup>4</sup>-éducatif. C'est au XIXe siècle que les philosophes sociaux et les biologistes ont fait la distinction entre la souffrance et la douleur physique elle-même, et que les médecins ont eu le devoir de traiter la douleur, réaction de l'organisme à l'action de nombreux stimuli agressifs et nocifs.

Pendant longtemps, cependant, la nécessité de lutter contre la douleur n'a pas été clairement définie. Dans le monde médical, et surtout dans le monde chirurgical, la douleur était considérée comme une composante physiologique, indissociable de la maladie et/ou de l'acte chirurgical. Ainsi, les mots "souffrir ou mourir" sont bien connus des chirurgiens. L'attitude du corps médical à l'égard de la douleur a commencé à changer dans la seconde moitié du XIXe siècle, avec la découverte des effets analgésiques de l'opium, du protoxyde d'azote et de l'éther sulfurique et leur utilisation pour réduire la douleur pendant l'intervention chirurgicale. 1846 est considérée comme l'année de l'émergence de l'anesthésie en tant que future spécialité, avec les premières opérations "sans douleur". Au cours des 150 dernières années, des découvertes remarquables dans les domaines de la neurophysiologie, de la neurobiochimie et de la neuropharmacologie ont contribué à une compréhension approfondie des mécanismes des phénomènes douloureux, à un changement radical des attitudes à l'égard de la douleur et à l'évolution spectaculaire de la thérapie de la douleur. En outre, l'évolution du niveau culturel et éducatif fait que, dans la plupart des cas, les patients d'aujourd'hui se tournent vers les soignants pour obtenir de l'aide.

Parce que la simplicité de ces mots entraîne une confusion entre la douleur et la souffrance, nous avons choisi de parler de cette frontière ténue dans la partie conceptuelle de ce travail.

---

<sup>4</sup> Action de contraindre quelqu'un pour le forcer à agir ou à s'en abstenir.

---

# PARTIE CONCEPTUELLE

---

# Chapitre I. La physiopathologie de la douleur

Ce premier chapitre nous fait découvrir la distinction entre douleur et souffrance, les types de douleur, les signes associés à la douleur, les causes et les conséquences, ainsi que les dimensions humaines et le traitement de la douleur.

## 1. La différence entre la douleur et la souffrance

La douleur et la souffrance sont des concepts apparentés, mais ils sont distincts l'un de l'autre et peuvent être différenciés de la manière suivante.

En 1979, l'Association internationale pour l'étude de la douleur définit la douleur comme *«une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire ou potentielle, ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion»*. Elle est souvent mesurée en termes d'intensité et de localisation et peut être causée par des facteurs physiques tels que des blessures, des maladies ou des troubles neurologiques. La douleur peut être aiguë, de courte durée, ou chronique, c'est-à-dire persistant sur une longue période.

Les traitements de la douleur comprennent des approches médicales telles que les analgésiques, les thérapies physiques, ainsi que des interventions psychologiques et sociales pour aider à gérer la douleur.

La souffrance englobe un éventail plus large d'expériences émotionnelles et psychologiques qui vont au-delà de la simple douleur physique.

Elle peut inclure des sentiments de tristesse, de désespoir, d'anxiété et de culpabilité et peut être influencée par des facteurs psychologiques, sociaux et existentiels. La souffrance peut être liée à la douleur physique, mais peut également être causée par d'autres aspects de la vie, tels que la perte, les conflits relationnels, les difficultés financières, etc. Contrairement à la douleur, la souffrance est souvent plus difficile à mesurer objectivement et peut varier considérablement d'une personne à l'autre. La gestion de la souffrance peut nécessiter des interventions psychologiques, sociales et spirituelles en plus du traitement médical de la douleur physique.

Puisque nous avons parlé de la douleur et de la souffrance, nous allons passer en revue les différents types de douleur.

## 2. Types de douleur

La douleur est généralement classée en deux grandes catégories : la douleur aiguë et la douleur chronique. Ces distinctions sont basées sur la durée et les caractéristiques de l'expérience de la douleur.

### 1. Douleur aiguë

La douleur aiguë est un type de douleur qui survient soudainement et qui est généralement aiguë ou sévère. Elle sert de signal d'alarme pour avertir l'individu d'une blessure ou d'une menace potentielle pour son corps.

La douleur aiguë est de courte durée et est souvent liée à une blessure, une intervention chirurgicale ou un état pathologique spécifique. Il s'agit d'une expérience temporaire qui tend à disparaître lorsque la cause sous-jacente est traitée ou guérie.

### 2. La douleur chronique

La douleur chronique se caractérise par une douleur persistante ou récurrente qui dure pendant une période prolongée, généralement au-delà du temps normal nécessaire à la guérison d'une blessure ou d'une maladie. La douleur chronique peut persister pendant des mois, voire des années, et peut être associée à des affections de longue durée.

Contrairement à la douleur aiguë, la douleur chronique est durable et peut persister longtemps après la guérison de la blessure ou de l'affection initiale. Elle peut être constante ou intermittente et a souvent un impact significatif sur la qualité de vie d'une personne.

La douleur chronique est souvent décrite comme une sensation sourde, douloureuse ou lancinante. Elle peut être associée à des pathologies permanentes telles que l'arthrite<sup>5</sup>, la fibromyalgie<sup>6</sup>, la neuropathie<sup>7</sup> ou des troubles inflammatoires<sup>8</sup>. Contrairement à la douleur aiguë, la douleur chronique peut ne pas avoir de fonction protectrice claire et peut être difficile à traiter.

Il est important de noter que le passage de la douleur aiguë à la douleur chronique n'est pas toujours évident et que la distinction entre les deux types de douleur est parfois floue. En outre, l'expérience de la douleur est subjective et les réactions individuelles à la douleur peuvent varier considérablement.

Afin de mieux comprendre ce phénomène, nous allons poursuivre avec les causes déterminantes de la douleur.

---

<sup>5</sup> Inflammation d'une ou plusieurs articulations.

<sup>6</sup> Maladie chronique caractérisée par des douleurs musculaires et articulaires.

<sup>7</sup> Trouble neurologique qui entraîne des douleurs chroniques dues à une lésion nerveuse.

<sup>8</sup> Inflammation persistante, chronique d'un ou plusieurs organes.

### 3. Les causes déterminantes de la douleur

La douleur intense et durable peut être générée par différents mécanismes neurophysiologiques qu'il est essentiel que le soignant connaisse parfaitement, car une compréhension et une évaluation neurologiques précises de ces mécanismes conduiront à un traitement adapté.

La nociception est un processus physiologique par lequel les substrats neuronaux sont activés par des stimuli physiques entraînant la perception de ce que nous décrivons comme le toucher, la pression, la douleur, etc. La nociception fait référence à un signal arrivant au système nerveux central à la suite de la stimulation de récepteurs sensoriels spécialisés dans le système nerveux périphérique, appelés nocicepteurs. Les nocicepteurs sont activés par des stimuli potentiellement nocifs, et la nociception est donc le processus physiologique par lequel les tissus corporels sont protégés contre les dommages. La nociception est importante pour la "réaction de combat ou de fuite" de l'organisme et nous protège contre les agressions de notre environnement.

**La douleur nociceptive** par hypernociception est un surfonctionnement des nocicepteurs soumis à un stimulus physique, chimique ou mécanique ou il y a des lésions des tissus en général. Ce sont les plus fréquentes et les plus compréhensibles puisqu'en rapport avec une lésion tissulaire mais pas forcément du système nerveux. Elles sont souvent le symptôme, le moyen d'alarme ou de protection de l'intégrité corporelle.

La douleur affecte un certain nombre de domaines cognitifs, notamment l'attention, la mémoire, la concentration et le contenu de la pensée, ce qui peut nécessiter des ressources cognitives.

Les douleurs par excès de nociception sont de deux types : externes et internes. Les douleurs nociceptives externes correspondent à une douleur comme la chaleur, brûlure, acide, piqûre, coup, etc. Les douleurs inflammatoires internes correspondent à des douleurs comme l'inflammation par suite d'une infection, arthrose<sup>9</sup>, douleurs digestives, etc.

**Les douleurs neurogènes ou neuropathiques** sont dues à des altérations partielles ou totales du système nerveux, périphérique ou central, entraînant des brûlures et des picotements non liées à une lésion directement visible et facilement détectable par le patient ou le soignant puisqu'elles sont cachées dans le système nerveux et son fonctionnement.

---

<sup>9</sup> Affection chronique douloureuse des articulations due à la détérioration des cartilages.

Parmi les causes de la douleur neurogène, on peut citer les nerfs sectionnés ou comprimés ou encore la dégénérescence nerveuse<sup>10</sup> consécutive à des infections virales comme la zona<sup>11</sup>, de tumeurs ou de troubles métaboliques comme le diabète.

Certaines conditions médicales peuvent également affecter les nerfs, comme la sclérose en plaques<sup>12</sup>, le cancer, le diabète. La plupart du temps, il s'agit d'une douleur chronique, mais il existe aussi des manifestations aiguës de la douleur neuropathique.

Toute agression du système nerveux périphérique ou système nerveux central peut déclencher une douleur neuropathique.

**Les douleurs psychogènes** sont des douleurs sans lésions tissulaires visibles mais leur diagnostic repose aussi sur des arguments positifs et pas uniquement par exclusion des autres types de douleur. Parmi les douleurs répertoriées figurent les douleurs neuropathiques sans lésion tissulaire ou les douleurs qui durent longtemps après la disparition de la lésion tissulaire.

Il s'agit notamment de neuropathies liées à des lésions du système nerveux lui-même - telles que la douleur fantôme qui hante près de 15 % des amputés ou les paraplégiques qui disent avoir mal aux jambes est en fait due au fait que le système nerveux tente en vain de régénérer les fibres sectionnées, ce qui entraîne une surexcitation de l'ensemble du système. Nous trouvons aussi les neuropathies diabétiques, de douleurs de l'intestin irritable ou de fibromyalgie, une douleur musculosquelettique<sup>13</sup> généralisée qui affecte principalement les femmes.

Ces trois mécanismes de douleur sont souvent intriqués, en potentialisation réciproque.

**Les douleurs associées aux soins médicaux**, également connues sous le nom de douleurs iatrogènes, se réfèrent aux douleurs ou aux inconforts qui peuvent survenir comme conséquence directe des traitements médicaux, des soins techniques et d'hygiène et de confort.

Pour ces causes, il existe également des comportements et des signes associés où l'on peut facilement remarquer la présence de la douleur. Nous les détaillons ci-après.

---

<sup>10</sup> Altération du neurone.

<sup>11</sup> Maladie infectieuse virale causée par le virus Varicella-Zoster.

<sup>12</sup> Maladie auto-immune inflammatoire du système nerveux central.

<sup>13</sup> Trouble caractérisé par des facteurs physiques tels que les mouvements répétitifs, les vibrations, les chocs, le port de charges lourdes et les postures inadéquates.

## 4. Les signes associés à la douleur

L'expérience de la douleur est subjective et les individus peuvent exprimer ou présenter des signes de douleur de différentes manières. La douleur peut se manifester non seulement par une expérience sensorielle, mais aussi par des changements comportementaux, émotionnels et physiologiques. Voici les signes les plus courants associés à la douleur. Dans l'expression verbale, nous trouvons des vocalisations telles que des gémissements, des cris ou des plaintes verbales de la douleur, telles que "ça fait mal", "j'ai mal", ou descriptions spécifiques de la douleur : par exemple, aiguë, lancinante. Les expressions faciales sont visibles sous forme de grimaces perçues comme une crispation ou contorsion des muscles du visage ou/et une fermeture rapide des yeux en réponse à la douleur. Les mouvements du corps jouent un rôle important dans la détection de la douleur afin de protéger la zone douloureuse en limitant les mouvements ou en adoptant une posture protectrice. Souvent, la personne qui souffre est agitée et essaie de bouger beaucoup, sans parvenir à trouver une position confortable. Les changements de comportement de la personne en douleur peuvent être détectés par l'agitation et l'irritabilité, le retrait social ou le désir d'être laissée seule. Les changements d'humeur et les larmes peuvent être des changements émotionnels et les signes de détresse sont visibles. Les réactions physiologiques à la douleur se définissent par une accélération du rythme cardiaque, une augmentation temporaire de la pression artérielle <sup>14</sup>et de la transpiration. Les réactions autonomes se caractérisent par une dilatation des pupilles en réponse à la douleur, des changements dans la respiration : superficielle ou rapide et des changements dans le niveau d'activité, une diminution de la mobilité ou une réticence. Il est important de noter que ces signes peuvent varier en fonction de l'individu, du type de douleur et de facteurs culturels. Certaines personnes peuvent présenter des signes de douleur plus subtils, tandis que d'autres peuvent exprimer leur malaise plus ouvertement. En outre, la douleur chronique peut se manifester différemment de la douleur aiguë, et la présence de la douleur peut influencer le bien-être général et le fonctionnement quotidien d'une personne. Les professionnels de la santé utilisent une combinaison de ces signes, ainsi que des informations rapportées par le patient, pour évaluer et gérer efficacement la douleur. La frontière entre les cercles vicieux physique et psychologique de la douleur étant ténue, il existe des conséquences qui affectent la qualité de vie d'une personne douloureuse.

---

<sup>14</sup> Pression exercée par le sang sur la paroi des artères.

## 5. Les conséquences de la douleur

La douleur, qu'elle soit aiguë ou chronique, peut avoir un large éventail de conséquences qui vont au-delà de l'expérience sensorielle immédiate. L'impact de la douleur peut être multiple et affecter divers aspects de la vie d'un individu. Nous allons voir quelques conséquences courantes de la douleur. Dans les conséquences physiques nous pouvons trouver une altération du fonctionnement où la douleur peut limiter la capacité d'une personne à effectuer ses activités quotidiennes, entraînant une réduction de la mobilité et de la fonctionnalité. Également, nous pouvons trouver une tension et une faiblesse musculaires caractérisées par une douleur persistante qui peut entraîner une raideur et une faiblesse dans la zone affectée. La douleur peut perturber le sommeil, entraînant des difficultés à s'endormir, à rester endormi ou à bénéficier d'un sommeil réparateur. Les conséquences psychologiques entraînent une détresse émotionnelle et la douleur est souvent associée à des problèmes émotionnels, notamment l'anxiété, la dépression, la frustration et l'irritabilité. Malheureusement, ces conséquences ont également un impact cognitif lorsque la douleur peut affecter la concentration, la mémoire et les capacités de prise de décision. Les conséquences sociales sont également importantes, en jouant sur l'isolement social ou les personnes souffrant de douleur peuvent se retirer des activités sociales en raison de l'inconfort ou de la peur d'exacerber<sup>15</sup> leurs symptômes. La douleur peut avoir un impact et peut peser sur les relations avec la famille, les amis et les collègues, car elle peut affecter la communication, l'intimité et les activités communes. Dans la vie professionnelle, il y a des répercussions telles que la diminution du rendement au travail où la douleur peut entraîner une baisse de la productivité, de l'absentéisme ou des difficultés à répondre aux exigences du travail où la douleur sévère ou persistante peut entraîner une perte d'emploi ou des changements forcés dans le parcours professionnel. En matière de conséquences sur la santé, la douleur peut contribuer à l'affaiblissement du système immunitaire, ce qui rend les individus plus vulnérables aux maladies, dont la fonction immunitaire est compromise. La douleur peut exacerber des problèmes de santé préexistants ou contribuer à l'apparition de nouveaux problèmes. Dans l'impact biopsychosocial, on trouve une diminution de la qualité de vie car la douleur chronique peut réduire considérablement la qualité de vie globale en affectant le bien-être physique, émotionnel et social.

---

<sup>15</sup> Rendre une sensation plus aiguë, plus douloureuse.

Des expériences douloureuses prolongées peuvent conduire à des sentiments de désespoir, ce qui a un impact sur la façon dont l'individu perçoit la vie.

Il est essentiel de reconnaître la nature multidimensionnelle de la douleur et de s'attaquer à ses conséquences par une approche globale et individualisée. Les prestataires de soins de santé utilisent souvent un modèle biopsychosocial pour évaluer et gérer la douleur, en tenant compte des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux dans l'évaluation de la douleur. La prise en charge de la douleur nécessite souvent une approche multidisciplinaire, prenant en compte les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux, comme indiqué dans le contexte du modèle bio-psycho-social présenté plus en détail.

## **6. La nature multidimensionnelle de la douleur**

Le modèle bio-psycho-social multidimensionnel de la douleur chronique est un cadre conceptuel qui prend en compte l'interaction complexe des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux dans la compréhension et la gestion de la douleur chronique. Ce modèle s'oppose à des conceptions antérieures plus simplistes qui se concentraient principalement sur les facteurs biologiques. Le modèle biopsychosocial reconnaît que la douleur est une expérience multidimensionnelle influencée par une variété de facteurs, et il met l'accent sur la nécessité d'une approche holistique de l'évaluation et du traitement.

### Dimension biologique

Cet aspect implique les facteurs physiologiques liés à la douleur chronique, tels que les lésions tissulaires, l'inflammation et les changements neurologiques. Il prend en compte le rôle de la génétique, des conditions médicales et des blessures physiques dans le développement et le maintien de la douleur chronique.

### Dimension psychologique

La dimension psychologique reconnaît l'impact des facteurs cognitifs, émotionnels et comportementaux sur la perception et l'expérience de la douleur. Les facteurs psychologiques peuvent inclure le stress, l'anxiété, la dépression, la peur et les mécanismes d'adaptation. Par exemple, les émotions négatives et le stress peuvent amplifier la perception de la douleur.

### Dimension sociale

La dimension sociale reconnaît l'influence des facteurs sociaux, culturels et environnementaux sur la douleur chronique.

Les facteurs sociaux peuvent inclure la dynamique familiale, le statut socio-économique, le soutien social, l'environnement de travail et les croyances culturelles sur la douleur et la maladie. Les interactions sociales et les systèmes de soutien peuvent jouer un rôle important dans la formation de la douleur chronique.

On reconnaît classiquement quatre composantes à la douleur selon le modèle pluridimensionnel de la douleur exposé par F. Boureau <sup>16</sup>en 1988 : la composante sensitive, la composante affective ou émotionnelle, la composante cognitive et la composante comportementale.

La composante sensitive : il s'agit de décoder le message de la douleur. Les récepteurs sensoriels sont situés à la périphérie du corps, dans la peau, les muscles et les viscères<sup>17</sup>. Quand le message "douloureux" va parvenir à la moelle épinière<sup>18</sup>, un filtre modulateur fait son apparition. Il s'agit de la théorie du "*gate control*" ou "*de la porte ouverte*". Cette théorie a été mise en évidence en 1965 par Patrick Wall et Ronald Melzack. En gros, plus la porte est ouverte, plus le message nerveux est perçu comme intense.

Lorsque le message atteint la moelle épinière, il se rend dans plusieurs parties du cerveau, à commencer par le thalamus<sup>19</sup> et le cortex<sup>20</sup>. Dans ces structures, le message est décodé pour localiser et traduire la nature de la douleur. Le cerveau peut également se souvenir de certaines expériences passées en les comparant au message reçu. C'est ce qu'on appelle le processus d'apprentissage. D'autres zones gèrent les aspects émotionnels de la douleur afin d'adapter notre comportement à celle-ci.

Étonnamment, le cerveau est insensible à la douleur parce qu'il est dépourvu de fibres nociceptives, les terminaisons nerveuses qui transmettent le message de la douleur.

On sait également depuis de nombreuses années que notre corps peut réguler la douleur en sécrétant des analgésiques ou morphines naturelles appelées endomorphines ou endorphines. Les endorphines peuvent bloquer la porte qui inhibe notre perception de la douleur. On peut donc agir directement sur cette fameuse porte pour la fermer plus ou moins. C'est aussi grâce à cette théorie que l'on sait aujourd'hui que la douleur survient à la suite d'un déséquilibre entre les systèmes inhibiteur<sup>21</sup> et excitateur<sup>22</sup>.

---

<sup>16</sup> Médecin français spécialiste dans le traitement de la douleur.

<sup>17</sup> Organe contenu dans une cavité du corps.

<sup>18</sup> Partie du système nerveux qui se trouve dans la colonne vertébrale et qui conduit les informations du cerveau vers les organes et l'inversement.

<sup>19</sup> Gros noyau gris, pair, situé à la base du cerveau, jouant un rôle dans la transmissions des messages sensitifs au cortex.

<sup>20</sup> Partie des hémisphères cérébraux responsable des fonctions nerveuses de base et supérieures.

<sup>21</sup> Neurotransmetteur inhibiteur qui empêche le déclenchement d'un influx nerveux et aide le cerveau à mettre fin aux actions.

<sup>22</sup> Neurotransmetteur excitateur lorsqu'il déclenche un influx nerveux dans le neurone récepteur.

Lorsque nous recevons un coup, notre corps subit une surcharge du système excitateur. S'il y a un problème avec notre système inhibiteur, cet équilibre peut également être perturbé.

Ce déséquilibre observé peut nous permettre de mieux comprendre la douleur fantôme qui survient après l'amputation d'un membre, par exemple. Donc, la douleur sera décodée et la personne pourra décrire sa durée, son intensité, ses caractéristiques et sa localisation.

La composante affective ou émotionnelle est une perception subjective, étroitement liée à l'expérience individuelle de la douleur. C'est cette expérience qui la rend désagréable et lui donne la tonalité de "souffrance" et d'invivable ". Cette composante émotionnelle peut se prolonger et s'assimiler à des états d'anxiété, voire de dépression.

La composante cognitive fait référence à tous les processus mentaux qui accompagnent la perception de la douleur : les notions que la personne peut avoir sur la douleur, les valeurs associées à la douleur, le souvenir d'expériences douloureuses personnelles précédentes.

La composante comportementale englobe les manifestations verbales et non verbales observables chez la personne qui souffre comme les plaintes, les mimiques, les postures de soulagement, etc. et qui sont des manifestations de réaction à la douleur.

Ces composantes nécessitent une approche globale et un traitement adapté en fonction de l'état de la personne et de ses besoins. C'est pourquoi nous allons poursuivre la présentation des traitements possibles dans la gestion de la douleur.

## **7. Les traitements de la douleur**

Le traitement de la douleur peut varier en fonction de la cause sous-jacente et de la gravité de la douleur. Il est important de noter que le traitement de la douleur implique souvent une approche multidisciplinaire, combinant des interventions médicales, physiques et psychologiques. Dans les points qui suivent on va parler de quelques méthodes courantes de traitement de la douleur.

### **1. Les traitements médicamenteux**

Les médicaments qui agissent contre la douleur s'appellent des antalgiques. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) les a classés en trois paliers selon leur puissance : le premier niveau regroupe les antalgiques non morphiniques, le deuxième niveau les antalgiques opioïdes faibles et le troisième niveau les antalgiques opioïdes forts. Les trois paliers déterminent l'adaptation du traitement médicamenteux en tenant compte du type et surtout du niveau de douleur présenté.

#### **- Palier I**

Le paracétamol et l'acide acétylsalicylique sont les antalgiques périphériques non morphiniques de base pour les douleurs légères à modérées.

Le paracétamol est une molécule en vente libre aux propriétés analgésiques et antipyrétiques que l'on trouve dans toutes les pharmacies familiales, souvent en automédication et largement utilisée par les enfants. C'est l'analgésique et l'antipyrétique<sup>23</sup> le plus utilisé au monde.

Il est utilisé pour traiter les douleurs légères à modérées lorsque l'action anti-inflammatoire n'est pas nécessaire. Le grand nombre de formulations galéniques<sup>24</sup> disponibles est un avantage indéniable car il permet de choisir la présentation et la voie d'administration adaptées à chaque situation clinique. Le paracétamol est un analgésique efficace et facile à utiliser, à condition de respecter ses contre-indications comme l'hypersensibilité et l'insuffisance hépatocellulaire<sup>25</sup> et ses précautions d'emploi, ne jamais dépasser la dose maximale journalière. Le paracétamol présente très peu d'effets indésirables, notamment gastro-intestinaux, par rapport à d'autres analgésiques et/ou antipyrétiques.

Cependant, les surdoses aiguës peuvent entraîner une nécrose hépatique<sup>26</sup> fatale, et les intoxications massives délibérées qui ne sont pas détectées à temps restent un problème majeur pour les soignants.

L'acide acétylsalicylique (AAS), également connu sous le nom d'Aspirine®, nom commercial du premier médicament à base d'AAS développé par la société allemande Bayer en 1899, est un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) qui possède des propriétés analgésiques, anti-inflammatoires et antipyrétiques, ainsi qu'une action contre l'agrégation plaquettaire qui contribue à fluidifier le sang. L'AAS 500 mg, dose adulte, est principalement utilisé dans le traitement des douleurs telles que les maux de tête, la fièvre et les douleurs musculaires. Il est également utilisé dans le traitement des affections inflammatoires aiguës, par exemple les traumatismes, ou chroniques, telles que la polyarthrite rhumatoïde<sup>27</sup>. L'AAS peut également être utilisé pour traiter les maladies grippales. L'AAS a une action anti-inflammatoire plus forte que le paracétamol.

## - Palier II

Les antalgiques centraux de niveau II sont des opioïdes faibles, dérivés de la morphine qui comprennent la codéine, la dihydrocodéine et le tramadol. Ils sont utilisés en cas de douleur modérée à moyenne ou de douleur qui n'est pas soulagée par les analgésiques de niveau I. Ils sont souvent associés au paracétamol.

---

<sup>23</sup> Intervient sur les centres nerveux qui gèrent la température corporelle.

<sup>24</sup> Forme sous laquelle le médicament se présente comme le comprimé, gélule, sirop, collyre, crème, etc.

<sup>25</sup> Dégradation sévère de la fonction hépatique.

<sup>26</sup> Destruction massive des cellules hépatiques.

<sup>27</sup> Arthrite inflammatoire dans laquelle les articulations développent une inflammation, donnant lieu à un gonflement, une douleur et, souvent, la destruction des articulations.

La codéine est un analgésique, antitussif et somnifère. La codéine est utile pour soulager les douleurs moyennes à modérées pour lesquelles d'autres analgésiques, comme le paracétamol, n'ont pas eu d'effet. Son action sur le système nerveux la rend très utile, elle bloque les signaux de douleur envoyés par le cerveau.

La dihydrocodéine est indiquée pour le traitement de certains types de douleurs modérées à sévères. Elle est destinée aux personnes âgées de plus de 15 ans. La dihydrocodéine est un dérivé de la codéine et est considérée comme plus puissante.

Le tramadol est un analgésique opioïde qui agit sur le système nerveux central. Il soulage la douleur en agissant sur des cellules nerveuses spécifiques de la moelle épinière et du cerveau.

### - **Palier III**

Les antalgiques concernés dans ce palier sont la morphine et ses dérivés. Ces médicaments ont les mêmes caractéristiques et le même mode d'action que les précédents mais sont plus puissants. Ils sont utilisés en cas de douleur intense ou rebelles aux antalgiques de palier II.

Il existe aussi une variété de patchs anti-douleur qui sont utilisés dans le traitement des douleurs chroniques sévères qui ne peuvent être correctement traitées que par des analgésiques opioïdes. Il y a les patchs de palier I qui sont des anti-inflammatoires non stéroïdiens qui aident à soulager la douleur et les patchs anti-douleur de palier II qui libèrent régulièrement un dérivé de la morphine limitant le risque d'une absorption trop rapide.

Ce point sera abordé dans la partie pratique car ces deux types, le palier II et III de médicaments considérés comme stupéfiants ne peuvent être administrés aux patients par un aide-soignant.

## **2. Les traitements non-médicamenteux**

Il existe en effet des traitements non médicamenteux pour la gestion de la douleur. Ils peuvent être particulièrement bénéfiques pour les personnes qui préfèrent éviter les médicaments ou qui en subissent les effets secondaires. Voici quelques approches non médicamenteuses courantes :

La thérapie physique où il s'agit d'exercices, d'étirements et de techniques visant à améliorer la mobilité, la force et la souplesse, souvent utilisés dans le cas de douleurs chroniques telles que les maux de dos ou l'arthrite.

La massothérapie désigne les massages qui peuvent aider à détendre les muscles, à améliorer la circulation sanguine et à réduire la tension, ce qui permet de soulager divers types de douleur.

L'acupuncture est une pratique chinoise ancienne consistant à insérer de fines aiguilles en des points précis du corps pour soulager la douleur et favoriser la guérison.

Les soins chiropratiques: les chiropraticiens utilisent la manipulation de la colonne vertébrale et d'autres techniques pour traiter les problèmes musculosquelettiques, ce qui permet souvent de soulager les douleurs dorsales et cervicales.

La thérapie par la chaleur et le froid où l'application de packs<sup>28</sup> de chaleur ou froid sur les zones affectées peut aider à soulager la douleur et l'inflammation.

Les thérapies de santé mentale sont des techniques telles que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ou la réduction du stress basée sur la pleine conscience "Mindfulness Base Stress Reduction" peuvent aider les individus à gérer la douleur en s'attaquant à des facteurs psychologiques tels que le stress, l'anxiété et la dépression.

En suivant une thérapie nutritionnelle, il y a certains changements alimentaires et suppléments qui peuvent aider à réduire l'inflammation et à soulager certains types de douleur, bien qu'il soit essentiel de consulter un professionnel de la santé avant d'apporter des changements importants à votre régime alimentaire.

Les pratiques du corps et de l'esprit comprenant des techniques telles que la méditation, l'imagerie guidée<sup>29</sup> et les exercices de respiration profonde peuvent aider les individus à se détendre et à gérer la perception de la douleur.

Ces traitements non médicamenteux peuvent être utilisés seuls ou en association avec des médicaments, en fonction des préférences de la personne, de son état et des recommandations de son prestataire de soins de santé.

L'évaluation de la douleur est le point clé avant d'administrer un traitement. Dans le prochain chapitre, nous aborderons l'évaluation de la douleur dans le comportement d'une personne souffrante et les méthodes d'évaluation utilisés par les soignants.

---

<sup>28</sup> Poche de gel.

<sup>29</sup> Type de médecine corps-esprit utilisant des images mentales auto-dirigées ou guidées pour aider à la détente.

## Chapitre II. Evaluation de la douleur

Dans ce chapitre, nous parlerons de l'évaluation de la douleur et des méthodes utilisées dans le milieu médical.

### 1. Le comportement et la transmission des signes douloureux du patient

L'évaluation de la douleur repose sur deux qualités que nous, les AS<sup>30</sup> doit-on maîtriser : l'observation et l'écoute. L'évaluation de la douleur est qualitative si elle permet au patient de décrire sa douleur. Elle est quantitative car elle permet à la personne de mesurer l'intensité de sa douleur.

Les moyens d'évaluation doivent être adaptés si la communication verbale est possible : l'évaluation est principalement basée sur l'écoute. Si la communication est impossible, le mode de communication le plus approprié doit être recherché. Si la personne a toutes ses capacités intellectuelles, elle décrit sa douleur en donnant un chiffre entre 0 et 10 sur une échelle analogique visuelle ou numérique. Si la personne ne dispose pas de toutes ses facultés intellectuelles, l'évaluation devient un travail d'équipe et s'oriente principalement vers une échelle qui comporte une hétéroévaluation qui porte sur certains aspects comme l'attitude de la personne douloureuse, les modifications du comportement, le visage, les plaintes et les gémissements, le retentissement sur la vie quotidienne de la personne soignée.

### 2. Les méthodes d'évaluation de la douleur utilisés par les soignants

L'intérêt de l'évaluation de la douleur est multiple, puisqu'elle contribue à l'identification systématique des patients douloureux, à la détection de tout changement soudain ou de tout signe d'une situation inattendue, d'établir un traitement adapté à l'intensité de la douleur, d'utiliser des méthodes et des critères identiques et communs à l'équipe soignante, de faciliter l'homogénéité de la prise de décision.

L'évaluation de la douleur est nécessaire car il s'agit d'obtenir des informations précises et objectives pour comprendre et soulager un phénomène subjectif.

L'auto-évaluation c'est une technique privilégiée qui permet au patient de s'auto-évaluer. Il est essentiel de croire le patient se plaignant des douleurs car chaque patient est son propre témoin.

---

<sup>30</sup> Aide-soignant.

Les échelles d'auto-évaluation comportent plusieurs types mais nous proposons les plus utilisées et les plus connues par les soignants : l'échelle verbale simple, l'échelle visuelle numérique et l'échelle visuelle analogique.

L'échelle verbale simple, ou EVS<sup>31</sup>, ou échelle de Keele est constituée de cinq catégories descriptives classées par ordre croissant appréciant l'intensité douloureuse. À chaque catégorie, un score correspondant est affecté, le plus souvent de zéro à quatre. Cette échelle présente les avantages cités plus haut dont la simplicité, une certaine facilité de compréhension par les patients et une bonne reproductibilité.

Elle est particulièrement adaptée pour les personnes dont les capacités de compréhension ne permettent pas l'utilisation des échelles numériques ou visuelles analogiques par exemple pour les enfants ou les personnes âgées. En revanche, elle pêche en sensibilité en raison du faible nombre de catégories de réponses.

L'échelle visuelle numérique, ou EVN<sup>32</sup>, est une échelle permettant au patient de donner une note de 0 (« douleur absente ») à 10 « douleur maximale imaginable ». Echelle fiable, sans support matériel et aisément applicable. Elle nécessite cependant une explication claire de l'expression « la maximale douleur imaginable », terme pouvant paraître obscur pour certains. De plus, la quantification de la douleur doit être bien différenciée de la quantification de la gêne occasionnée par une pathologie, par exemple importance de la gêne respiratoire due à une douleur thoracique.

L'échelle visuelle analogique, ou EVA<sup>33</sup>, est la méthode d'auto-évaluation recommandée en général. Très utilisée par les équipes de santé, elle se compose d'un segment horizontal de 100 mm de long. Le sujet positionne un curseur mobile sur une ligne non graduée qui lui est présentée horizontalement, entre l'extrémité gauche qui indique l'absence totale de douleur et droite qui indique une douleur d'intensité maximale imaginable. Une graduation au verso de l'échelle permet au soignant de quantifier l'intensité entre 0 et 100 mm. Sa fiabilité réside au nombre important de réponses possibles sans attribution ni mémorisation d'un nombre précisé par le patient. Elle est simple d'utilisation, sous réserve d'une information éclairée donnée au malade. Comme pour l'EVN, la quantification de la douleur doit être bien différenciée d'une gêne occasionnée par une pathologie.

L'hétéro-évaluation est basée sur le comportement verbal et non verbal ; cette méthode s'adresse aux enfants, aux sujets très âgés, aux personnes non communicantes, aux sujets présentant une désorientation temporo-spatiale et des troubles cognitifs.

---

<sup>31</sup> Voir annexe 1.

<sup>32</sup> Voir annexe 2.

<sup>33</sup> Voir annexe 3.

Elle est réalisée par un observateur ; l'inconvénient est qu'elle est toujours sous-évaluée par rapport à la douleur du patient.

Les échelles d'hétéro-évaluation comportent plusieurs types selon le l'institution mais nous proposons les plus utilisées et le plus connues par les soignants : Algoplus, Doloplus, l'échelle ECPA<sup>34</sup>.

**ALGO+**<sup>35</sup> est une échelle utilisée avec des sujets non communicants ; elle comprend 5 critères. La frontière entre douloureux et indolore est établie par une réponse positive à 2 critères ou plus. L'échelle aide à identifier les sites de la douleur, les moments de la journée où le pic de douleur est présent , par exemple, pendant la manipulation et il faut évaluer au moins trois fois par jour. Les aides-soignants évaluent au moment des soins, et ensuite, avec l'équipe on fixe des objectifs de soins appropriés qui permettent de prodiguer des soins avec le moins de manipulations possible.

**Doloplus**<sup>36</sup> est une échelle utilisée pour les personnes âgées présentant des troubles de la communication verbale. L'échelle se compose de dix items répartis en trois sous-groupes, proportionnellement à la fréquence : cinq items somatiques<sup>37</sup>, deux items psychomoteurs<sup>38</sup> et trois items psychosociaux<sup>39</sup>.

Chaque item est noté de 0 à 3, quatre niveaux exclusifs et progressifs, conduisant à un score global compris entre 0 et 30. La douleur est clairement affirmée pour un score supérieur ou égal à 5 sur 30. Que ce soit dans un établissement sanitaire ou social ou à domicile, il est préférable que plusieurs soignants attribuent un score. À domicile, la famille et les soignants peuvent être inclus dans le processus d'évaluation. L'évaluation systématique à l'admission servira de référence. Il n'est pas toujours possible d'obtenir une réponse immédiate à chaque question, en particulier lorsqu'il s'agit d'un patient inconnu pour lequel nous ne disposons pas encore de toutes les données, en particulier au niveau psychosocial. Les nouveaux éléments possibles seront alors évalués, bien que l'évaluation puisse être enrichie au fil du temps. La réévaluation sera quotidienne jusqu'à la sédation de la douleur, puis échelonnée en fonction de la situation.

L'échelle **ECPA**<sup>40</sup> est une échelle comportementale d'hétéro-évaluation de la douleur chez la personne âgée non communicante. Elle est utilisée en seconde intention après l'échec de l'autoévaluation.

---

<sup>34</sup> Echelle comportementale chez la personne âgée.

<sup>35</sup> Voir annexe 4.

<sup>36</sup> Voir annexe 5.

<sup>37</sup> Qui proviennent des causes physiques.

<sup>38</sup> Qui concernent les fonctions motrices et psychiques.

<sup>39</sup> Qui se rapporte à la psychologie humaine dans la vie sociale.

<sup>40</sup> Voir annexe 6.

Elle évite une sous-estimation de la douleur en permettant de dépister, de quantifier et de suivre l'évolution de la douleur du patient. C'est une échelle rapide qui permet des mesures répétées et rapprochées.

Chaque patient bénéficie d'une échelle d'évaluation différente en fonction de la douleur ressentie, de la pathologie ou du diagnostic posé, ou encore de l'autonomie de la personne. Nous poursuivons avec la partie pratique où nous expliquons l'importance de la douleur dans le rétablissement du patient ainsi que les rôles indispensables que nous, les AS, abordons dans la prise en soins d'un patient douloureux.

---

# PARTIE PRATIQUE

---

# Chapitre I. La démarche en soins pour le patient douloureux

La prise en soins d'une personne comporte plusieurs étapes que nous aborderons dans ce chapitre, en commençant par la collecte des données et en terminant par l'hygiène, le confort et les soins techniques.

## 1. La collecte des données et l'analyse des informations recueillies

Le dossier du patient est le lieu où sont recueillies et conservées toutes les informations administratives, médicales et paramédicales, formalisées et mises à jour, enregistrées pour chaque patient. Le dossier du patient assure la traçabilité de toutes les actions réalisées. C'est un outil de communication, de coordination et d'information entre les soignants et les patients. C'est un élément essentiel de la qualité des soins, permettant la continuité des soins au sein d'une prise en charge pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. En tant qu'aide-soignant, la collecte d'informations est la première chose à laquelle nous devons avoir accès lorsque nous avons à soigner une personne. Toutes les informations relatives à l'identité, aux données personnelles, à la personne de contact, aux antécédents médicaux, à la raison de l'admission et au traitement prescrit sont essentielles pour la suite des soins prodigués. Pour analyser les informations recueillies dans le dossier d'un patient, il est essentiel de respecter les normes de protection de la vie privée et des données. Tout d'abord, on examine les antécédents médicaux du patient y compris les informations sur les maladies, les traitements, les allergies et les interventions chirurgicales antérieures. Cela nous permet d'avoir une idée de l'état de santé général du patient et de tout problème médical récurrent. Ensuite, on examine les médicaments actuellement prescrits au patient ainsi que les traitements actuels et antérieurs. Nous nous assurons de bien comprendre les doses, la fréquence d'administration et les effets secondaires potentiels de chaque médicament. On identifie aussi les facteurs de risque qui pourraient influencer la santé du patient comme le tabagisme, l'alcoolisme, l'obésité, les antécédents familiaux de maladies. On vérifie si le patient suit les directives médicales et les recommandations de traitement. Si le patient ne se conforme pas aux recommandations, on cherche à comprendre les raisons sous-jacentes et on propose des solutions pour améliorer la conformité. Parce que nous parlons de la douleur, qui est un sujet assez général dans le traitement d'une personne, il est essentiel de ne pas négliger les facteurs psychosociaux tels que le stress, l'anxiété, la dépression, les relations interpersonnelles et les conditions de vie.

## 2. Les évaluations de la douleur

Un rôle très important de l'aide-soignant est l'évaluation de l'état du patient et de sa douleur. Parce que nous disons toujours que nous sommes la première ligne de contact avec les personnes souffrantes, nos rôles dans les évaluations de la douleur nous aident à établir un bilan pour améliorer l'état du patient. Nous parlons d'évaluations car elles sont effectuées en permanence, avant, pendant et après les soins d'hygiène et de confort et les soins techniques.

Lors des évaluations, les informations et l'accès au dossier du patient sont primordiaux. Le soignant doit tenir compte de la localisation de la douleur, de son type, de son apparition si soudaine ou progressive, de sa période et de sa durée, des formes de soulagement comme le positionnement, transit, traitement médicamenteux, etc.

Après ces questions, nous utilisons des échelles d'évaluation adaptées à l'autonomie du patient, les échelles d'auto-évaluation dans le cas d'un patient cohérent et coopératif et les échelles hétéro-évaluation dans le cas d'un patient non communicant. On doit interroger les patients sur leur douleur, observer leurs expressions faciales et leur comportement pour évaluer son intensité. Toute plainte exprimée, tout événement intercurrent comme une anomalie de comportement telle qu'agitation, prostration<sup>41</sup>, blessure doit être signalé à l'infirmière responsable, qui doit procéder à une évaluation plus approfondie. L'AS travaille sous la responsabilité de l'infirmier et en collaboration avec lui dans le cadre de son rôle propre. Dans ce cadre, on participe au recueil d'informations sur l'état clinique des patients et on évalue notamment la douleur, qui doit être adaptée à son état de communication et de compréhension.

Les évaluations de la douleur étant subjectives, il faut écouter la personne et essayer de comprendre ce qu'elle exprime. Nous ne devons jamais comparer la douleur d'un patient à celle d'un autre qui a la même pathologie et qui ne se plaint pas. A l'inverse, nous devons établir une relation sécurisante car le patient douloureux est angoissé, permettre l'expression de la souffrance et être attentifs au dit et au non-dit. Nous devons toujours transmettre par écrit et oralement dans le dossier du patient et à l'équipe le moment, l'intensité, la durée de la crise douloureuse, les expressions corporelles accompagnant la douleur, le comportement du patient et son ressenti et les manifestations de la douleur observés. Il faut inspecter l'attitude, les contractions musculaires, les attitudes antalgiques, les cicatrices, les signes inflammatoires. Dans la mobilisation, nous devons faire attention s'il y a un déclenchement de la douleur, une raideur ou un retrait.

---

<sup>41</sup> État d'abattement physique et psychologique extrême, de faiblesse et d'inactivité totale.

Nous pouvons palper en cherchant des points douloureux, des troubles sensitifs ou allodynies. Il n'est pas toujours facile pour le patient d'expliquer ce qu'il ressent, malgré une anamnèse et une écoute attentive et empathique, une mise en confiance du patient. C'est pourquoi les échelles de la douleur nous y aident. Le suivi de la douleur consiste en revoir, réinterroger, réexaminer, réexpliquer.

Il est essentiel de travailler en équipe avec l'infirmière pour élaborer un dossier de soins. Cette collaboration permet, entre autres, de tenir compte des délais d'action des médicaments prescrits dans la prévention des douleurs qui peuvent être induites par les soins d'aide, ce dont nous allons parler dans le prochain titre.

### **3. Soins d'hygiène et de confort**

La planification des soins désigne la programmation des actions à réaliser pour mieux répondre aux objectifs de soins fixés pour chaque patient. L'objectif prioritaire de toute démarche de soins est évidemment de préserver ou d'améliorer la santé physique et mentale du patient. Il est important d'identifier les interventions nécessaires pour atteindre les objectifs fixés, en tenant compte des meilleures pratiques cliniques, des lignes directrices médicales et des besoins spécifiques du patient. Dans cette planification, nous prenons également en compte les allergies, les dépendances actuelles ou éventuelles et nous trouvons des solutions de soins adaptées à la thérapie convenue. La douleur étant le premier symptôme, nous devons prendre en compte et décider d'un plan de soins qui facilite la toilette, l'installation et le bien-être du patient tout au long de son séjour. La toilette est définie comme l'ensemble des moyens qui contribuent à l'hygiène corporelle et à la prévention des infections. Elle est source de bien-être mais peut devenir un réel moment désagréable pour la personne douloureuse. Avant de commencer tout type de soins, nous procédons à une évaluation, discutons avec le patient et proposons un médicament anti-douleur si la personne pense en avoir besoin pendant la durée des soins. Nous pouvons également proposer à la personne de se laver dans les zones douloureuses sous notre surveillance, afin d'éviter tout mouvement brusque tout en préservant l'autonomie du patient. Une fois l'accord obtenu, nous pouvons préparer le matériel nécessaire pour la toilette. On propose un bassin ou un urinal avant le début de la toilette. Ensuite, on réchauffe les mains et on entre en contact lentement par le toucher, en particulier pour les personnes souffrant d'allodynie<sup>42</sup>, tout en respectant la pudeur. On choisit la température de l'eau en fonction des souhaits de la personne.

---

<sup>42</sup> Douleur provoquée par une stimulation non douloureuse : tactile, thermique, liée aux mouvements.

Il faut tenir compte de la température de la pièce et de la température de l'eau pour éviter toute forme de contraction musculaire susceptible d'induire une douleur. On lave, sans frotter, avec un savon neutre ou à la bétadine si prescrit, on rince, on sèche bien, surtout entre les orteils et les plis, et on recouvre la personne par étape, pour éviter son refroidissement. Pendant le soin, on fait la vérification de l'état cutané pour détecter s'il y a des mycoses, rougeurs, escarres ou allergies. On vérifie la propreté des narines et si nécessaire, on effectue une hygiène nasale au sérum physiologique. On doit faire attention à la réduction des mobilisations successives non justifiées en regroupant les gestes comme exemple la réfection du lit, toilette du dos, et tourner la personne du côté moins douloureux. Il est important d'agir en fonction de la personne et de ses plaintes ou mimiques. On termine par la zone la plus douloureuse pour bénéficier du bien-être que la toilette procure. S'il s'avère trop douloureux, il est important d'écourter ou de reporter ce soin. Après la toilette corporelle, on s'occupe de l'hygiène dentaire car elle fait partie intégrante de la toilette et doit être proposée à toutes les personnes, notamment celles qui ne peuvent pas se brosser les dents seules. Les mucites sont fréquentes, par exemple dans le cadre de l'hémato-oncologie et génèrent d'importantes douleurs. L'hygiène dentaire est effectuée avec le matériel conseillé à adapter à la personne soignée : brosse à dents en nylon, à poils doux et à bouts arrondis, bâtonnets naturels ou glycélinés, dentifrice classique ou produits prescrits, compresses. On nettoie toutes les facettes des dents, le palais, les joues, la langue. Si le patient a un dentier, il est important de nettoyer la prothèse dentaire, car la plaque qui se forme également dessus est irritante pour la muqueuse. Après les soins d'hygiène, nous nous occupons de l'installation et de la mobilisation du patient. Pour cette étape on doit prendre en considération l'état cutané initial, les affections ostéoarticulaires<sup>43</sup> et musculaires, l'état ou la fréquence respiratoire, l'évaluation de la douleur, l'état de conscience, l'évaluation de l'environnement. En fonction du plan de soins du patient et de l'intervention, nous suivons certaines règles d'installation prescrites par le médecin. Pour le décubitus dorsal on met le dossier à 30° de surélévation, genoux fléchis et légère déclive du lit. Coussin sous la nuque et un oreiller en dessous des pieds. Pour les décubitus latéraux droite et gauche, avec inclinaison du corps en arrière pour dégager l'épaule d'appui, oreiller sous la tête, avec un coussin stabilisateur lombaire, membre inférieur d'appui en flexion plus importante, coussin entre les genoux. Pour la position assise, les pieds au sol ou sur marchepied, utiliser l'inclinaison du dossier en se rapprochant le plus possible de la verticalité.

---

<sup>43</sup> Généralement caractérisées par des douleurs, souvent persistantes, et des limitations de la mobilité, de la dextérité et du niveau global de fonctionnement

Pendant la journée, nous veillons à ce que le patient ait tout à portée de main, la sonnette et la télécommande de la télévision à côté de lui, la chambre aérée. Si nécessaire, une poche froide peut être placée sur les sites d'intervention pour calmer la douleur ou prévenir l'inflammation, le gonflement ou les hématomes.

Pour l'installation de nuit, on vérifie que les consignes sont respectées, on demande au patient s'il se sent bien, on vérifie que les alèses n'ont pas de plis, qu'il n'y a pas de miettes dans le lit, que la température de la pièce est correcte. Nous vérifions que la sonnette est accessible au patient, nous lui apportons un verre d'eau pour s'hydrater pendant la nuit si nécessaire, et nous répondons à ses demandes avant le coucher.

Nous devons assurer une présence active tout au long de son séjour, de jour comme de nuit, et il est donc important de parler aussi de l'accompagnement psycho-social dans les lignes qui suivent.

#### **4. L'accompagnement psycho-social**

Grâce aux stages effectués dans cette formation, on a pu découvrir la douleur en différents modes, âge, pathologies, donc nous pouvons parler de la réalisation des soins et de leur adaptation en fonction de la douleur et de sa nature. Les modalités mises en pratique, par exemple les échelles d'évaluation de la douleur, sont utiles pour ouvrir la communication avec le patient, observer les expressions faciales et son comportement pour évaluer son intensité. Dans ce cas, on peut se faire une idée de la tolérance à la douleur de chacun. Avant de prodiguer des soins, nous devons savoir comment gagner la confiance du patient, communiquer ouvertement, être à l'écoute de ses préoccupations et de ses plaintes, le rassurer en lui montrant qu'on est là pour l'aider.

Pour tout soin, il faut expliquer ce que l'on va faire, informer et offrir une sécurité. Il est possible que les soins que nous prodiguons provoquent une douleur et une anxiété iatrogènes comme lors des manipulations de la toilette. Nous savons tous que nos actions de soins peuvent être potentiellement douloureuses. Nous savons aussi qu'il existe des gestes de vigilance simples, à notre portée, pour ne pas augmenter la sensation de douleur dans nos actions. C'est pourquoi la prévention de la douleur doit être mise en pratique avant, pendant et après ces gestes. Il est donc important d'informer la personne et d'assurer sa sécurité à chaque étape, surtout faire attention à la pudeur de la personne. Si nous prendrons en charge des soins d'hygiène et de confort, notre rôle est aussi d'accompagner, d'être un soutien moral et de gagner la confiance de la personne qui nous demande de l'aide. Pour parvenir à une prise en soin adaptée à chaque personne, il faut respecter et adapter les comportements.

C'est pourquoi la frontière entre agir et accompagner est délicate. Notre travail ne consiste pas seulement à mettre en pratique ce qui nous est délégué.

Nous pouvons proposer diverses activités, de la marche ou du mouvement, un changement de position, de la musique, un bon film, du repos, de la communication avec d'autres patients, des soins auxiliaires qui peuvent lui procurer un sentiment de bien-être.. L'importance de l'écoute est primordiale car la frontière entre douleur et souffrance est très fine. Parfois, le sentiment d'abandon, les circonstances personnelles ou les conditions de vie peuvent entraver le rétablissement de la personne, voire le freinage des soins.

Après les soins d'hygiène et de confort, nous suivons le plan et continuons les soins techniques.

## **5. Les soins techniques**

La profession d'aide-soignant permet, avec le nouvel AR 2019<sup>44</sup>, d'apporter plus que des soins d'hygiène et de confort à une personne. A ce stade, nous parlerons de l'administration des médicaments déléguée et préparée par l'infirmière. Pour cet acte délégué, nous devons connaître la règle des 5B : bon patient, bon moment, bonne dose, bonne voie d'administration, bon médicament. Bien entendu, avant toute administration, nous devons nous informer sur l'utilité du médicament, l'état de l'emballage, sa date de péremption, ses effets secondaires et ses effets indésirables. Il est important de noter que l'aide-soignant peut administrer des médicaments dans le cadre de l'AR 2019, à l'exception des stupéfiants, car ces médicaments peuvent entraîner une dépendance ou un abus ou même un surdosage accidentel. Il s'agit ici des médicaments de palier II et III mentionnés dans la partie conceptuelle. Bien que ces médicaments soient utilisés pour lutter contre la douleur, ne pouvant les administrer, notre rôle dans les limites de notre profession, est d'informer le patient sur le traitement, la forme galénique, l'indication, le mode d'utilisation. Dans le cas de l'administration, l'attention doit être portée sur la forme galénique, pour une bonne administration des médicaments il faut s'informer si la personne souffre de fausses déglutitions, observer le mode d'alimentation et d'hydratation. Pour les personnes qui rencontrent des difficultés à avaler, on peut mélanger le contenu du médicament sous forme liquide ou couper la pilule pour la rendre plus facile à avaler.

Lors de l'utilisation des patchs anti-douleur, on s'assurera que la peau de la personne est propre, sans lésions, choisir une zone sans pilosité, où les mouvements du corps ne provoquent pas de plis, de préférence le torse, le dos ou la région des bras.

---

<sup>44</sup> Arrêté Royal qui prolonge la liste des activités que l'AS peut effectuer sous le contrôle de l'infirmier.

Puisque nous parlons également de douleur iatrogène, dans le nouvel AR2019<sup>45</sup>, nous pouvons, en tant qu'aides-soignants, administrer des injections sous-cutanées d'HBPM<sup>46</sup>, mesurer la glycémie par prélèvement capillaire, enlever un fécalome. Tous ces actes infirmiers délégués provoquent inévitablement de la douleur. C'est pourquoi il est important de respecter scrupuleusement les règles d'administration et d'accompagner le patient tout au long du processus et observer tout changement après leur application.

L'injection d'héparine fractionnée c'est un médicament qui vise à ralentir la coagulation du sang. Il a pour but de prévenir ou de traiter une thrombose veineuse et agit dans les heures qui suivent. L'injection doit être administrée selon la prescription du médecin et l'effectuer toujours au même moment de la journée. Après avoir reçu la délégation, nous vérifions les données du patient et collectons les informations du dossier du patient. Une fois la collecte des données effectuée, nous pouvons commencer à préparer le matériel nécessaire à l'administration de l'injection. Nous prenons un chariot, nous le désinfectons, nous prenons le médicament et nous vérifions les 5 B, nous vérifions l'emballage et la date de péremption, nous nous assurons que la bulle d'air dans l'injection est bien présente, nous préparons les compresses stériles et l'antiseptique, les gants à usage unique, le conteneur pour les objets piquants tranchants, le sac poubelle ou le BR<sup>47</sup> et la solution hydroalcoolique et, ensuite, nous nous lavons les mains. L'injection se fait en position assise ou en fauteuil, dans la région abdominale, en évitant une zone de 5 cm autour du nombril, ou sur la face externe des cuisses. Il est important d'alterner les sites d'une injection à l'autre, d'éviter d'injecter dans un hématome ou une cicatrice et d'éviter d'injecter dans le membre opéré. Nous nous désinfectons les mains, préparons les compresses stériles en ouvrant l'emballage, mettons l'antiseptique et désinfectons la zone d'injection en suivant la règle de l'escargot. Pendant que la zone sèche, nous mettons des gants et déballons l'injection. Nous devons tapoter doucement la seringue, aiguille vers le bas, de façon que la bulle d'air soit contre le piston. Nous retirons le capuchon protecteur de l'aiguille, on forme un pli de peau avec le pouce et l'index et on le maintient fermement jusqu'à ce que l'aiguille soit retirée. Nous insérons l'aiguille rapidement et complètement, perpendiculairement au pli cutané entre les deux doigts, on injecte lentement le produit, la bulle d'air doit également être injectée, on pousse le piston à fond pour rétracter et bloquer l'aiguille, on retire la seringue, puis on relâche le pli cutané. Après l'injection, il faut pas masser le site, nous devons juste effleurer la zone avec une compresse stérile.

---

<sup>45</sup> Voir annexe 7.

<sup>46</sup> Héparine de bas poids moléculaire.

<sup>47</sup> Cuvette médicale en forme de haricot.

Ensuite, nous mettons l'injection dans le conteneur à objets piquants, on débarrasse et on désinfecte le chariot. Bien entendu, cet acte peut induire une certaine douleur de la part du soignant, c'est pourquoi il est important, tout au long de l'administration, de parler au patient, de lui expliquer la nécessité de ce médicament et de le rassurer.

Ensuite, nous parlons de la mesure la glycémie par prélèvement capillaire. C'est une méthode de mesure de la glycémie instantanée qui consiste à prélever du sang dans les capillaires. Elle est le plus souvent utilisée chez les personnes atteintes de diabète et elle permet de surveiller le taux de sucre dans le sang. Le résultat est exprimé en grammes de sucre par litre de sang. Nous prenons le lecteur de glycémie, ensuite nous scannons les bandelettes compatibles avec le lecteur et on coche le nom du patient dont nous devons prendre ce paramètre. Pour effectuer cet acte nous avons besoin aussi d'une auto piqueuse à usage unique, compresses non stériles et un conteneur pour objets piquants, tranchants. Avant de passer à l'action, nous vérifions l'identité de la personne, on lave nos mains et celles du patient, on enfile les gants non stériles, on explique ce qu'on va faire lui faire, on choisit la dernière phalange de doigts et on pique sur le côté en disposant une goutte de sang sur la cellule de la bandelette. L'objectif de ce paramètre c'est la surveillance de la glycémie journalière. Le résultat on le transmet oralement si les paramètres dépassent la normalité et écrit avec la date, l'heure et notre signature. Nous jetons les déchets et nous devons désinfecter les matériels. Le patient va être aussi informée du résultat. Pour cet acte, généralement, la simple idée d'être piqué peut provoquer de l'anxiété. C'est pourquoi l'accompagnement pendant l'acte doit être présent.

L'enlèvement de fécalome est aussi appelé l'évacuation manuelle d'un bouchon formé de selles asséchées dans la partie terminale du colon, dans le rectum. Il y a trois étapes qu'on doit respecter quand ce soin nous est délégué. Tout d'abord il y a le toucher rectal diagnostic, pour diagnostiquer la présence d'un fécalome. Ensuite, il y a le toucher rectal stimulateur où on introduit un doigt en stimulant doucement la paroi du rectum pour déclencher la défécation. L'étape finale c'est le toucher rectal évacuateur, ou on évacue les selles /fécalome. Avant d'entamer cet acte, nous devons respecter certains principes. La première étape consiste à recueillir des informations dans le dossier du patient. Il faut vérifier l'identité, les antécédents, vérifier s'il y a déjà eu des épisodes répétés de constipation et vérifier si le patient suit un traitement contenant des opiacés. Les médicaments opiacés peuvent provoquer une constipation en réduisant à la fois les contractions du tube digestif et la sécrétion de liquide dans l'intestin. Dès que notre collecte de données est faite, nous devons obtenir le consentement du patient.

Notre rôle est d'informer le patient sur le soin et expliquer pourquoi nous faisons cela. Le déroulement du soin démarre avec le lavage et la désinfection des mains.

Nous installons le patient sur le côté droit, si douloureux sur le côté valide. Nous utilisons le lubrifiant qui est préparé aussi à proximité et nous commençons le soin avec l'index bien lubrifié et avec des mouvements circulatoires. Une fois que le fécalome est enlevé, nous nettoyons et utilisons un laxatif par voie rectale, si nécessaire, et attendre minimum 30 minutes. Nous expliquons au patient de serrer les fesses afin que le produit ne soit pas éliminé trop tôt. Nous réinstallons le patient à la fin du soin. Après le soin nous devons faire attention s'il y a du saignement ou un prolapsus, donc une surveillance de l'état du patient est requise. Le dialogue lors de la procédure est essentiel afin que le soin soit bien effectué, rassurer et respecter la pudeur du patient.

Tout soin, changement ou observation doit être communiqué oralement et par écrit tout au long de la journée. De cette manière, l'équipe sera informée et pourra mettre en œuvre d'autres méthodes de soins en fonction de l'évolution du patient. C'est pourquoi, dans le prochain chapitre, nous présenterons les rôles de l'équipe et son importance dans la prise en charge de la douleur.

## **Chapitre II. L'importance de l'équipe pluridisciplinaire dans la prise en charge de la douleur**

L'équipe pluridisciplinaire joue un rôle crucial dans la prise en charge de la douleur en raison de la complexité et de la multi dimensionnalité de ce problème de santé. L'équipe pluridisciplinaire est composée de médecins, d'infirmières, d'aides-soignants, de psychologues, de kinésithérapeutes, d'une ergothérapeute et d'une assistante sociale, qui accompagnent les patients douloureux afin de les aider à mieux appréhender et gérer leur douleur au quotidien au travers de différents outils.

Une approche pluridisciplinaire de la prise en charge de la douleur permet de fournir des soins complets, personnalisés et efficaces qui prennent en compte les divers aspects de l'expérience de la douleur du patient. Cela conduit souvent à de meilleurs résultats et à une meilleure qualité de vie pour les personnes souffrant de douleur. Les objectifs de l'équipe sont d'écouter le patient, de l'informer et de le conseiller tout au long de son parcours, de l'accompagner de différentes manières et de l'orienter vers des services d'aide appropriés.

Sur le plan physique, l'objectif est de se reconditionner à l'effort et d'apprendre des techniques de relaxation pour gérer plus facilement la douleur au quotidien, favoriser l'autonomie du patient et une bonne gestion de la vie quotidienne.

L'état actuel de la science dans le traitement de la douleur consiste à « délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui assurera le meilleur résultat en termes de santé <sup>48</sup> ». L'équipe pluridisciplinaire doit viser le plan de soins au meilleur cout, au moindre risque iatrogène et en termes de procédures, des résultats et de contacts humains pour sa plus grande satisfaction.

Sur le plan psychologique, l'équipe aide le patient à identifier les facteurs qui exercent une influence sur la douleur et lui propose des moyens de se sentir utile face à l'expérience douloureuse. Pour que la personne souffrante devienne autonome, l'équipe a l'obligation de la préparer physiquement et mentalement, de l'informer et de l'éduquer au retour à domicile, dans l'environnement familial, social et professionnel. Nous poursuivrons l'importance de l'éducation du patient et de sa famille dans les lignes qui suivent.

### **Chapitre III. L'éducation à la santé**

Parce que nous avons détaillé ce qu'est la douleur, comment nous pouvons l'évaluer et la prévenir, il est important d'éduquer le patient et son entourage tout au long de la démarche ainsi que du point de vue de l'insertion dans l'environnement personnel, social et professionnel.

#### **1. L'impact de la douleur sur la qualité de vie du patient**

La douleur peut avoir un impact majeur sur certains aspects de la qualité de vie des personnes qui en souffrent. Une souffrance inutile, un sommeil de mauvaise qualité, une mobilité ou respiration limitée et faible autonomie du patient, de la peur et de l'anxiété, une incapacité partielle ou totale inutile avec perte de productivité dans son quotidien, un rétablissement plus lent de la fonction normale et l'altération du mode de vie, la qualité de vie réduite durant le rétablissement de la personne, sont les signes inquiétants.

Notre rôle dans la prévention de cet impact est avant tout d'informer sur les traitements médicamenteux et non médicamenteux. Le patient doit connaître les solutions existantes.

---

<sup>48</sup> Information prise dans le cadre de la "Journée de la douleur" Mouscron 2023.

L'éducation, souvent identifiée comme un problème majeur dans le contexte de la douleur, est en fait un élément crucial dans la gestion efficace de telles douleurs. Les patients manquent d'informations sur la douleur et les pathologies sous-jacentes<sup>49</sup>, sur la façon de l'exprimer et de l'évaluer, ainsi que sur les possibilités thérapeutiques.

Par exemple, dans le cadre de la gestion des médicaments, les patients ont besoin d'éducation pour comprendre que les opiacés à longue durée d'action ne doivent pas être utilisés de la même manière que les produits à action courte.

Dans l'éducation du patient on inclut les actions d'informations, de formation, d'apprentissage et d'aide psychologique et sociale. Tout d'abord, nous devons éduquer sur les savoirs théoriques et pratiques, comme l'anatomie et la physiopathologie de la douleur, connaissance de la maladie, connaissance de médicaments en utilisant un langage simple, facile à comprendre. Ensuite, nous éduquons sur le savoir-faire d'autosoins, comme des techniques d'autogestion de la douleur, soins d'hygiène et de confort, exercices physiques, les thérapies chaud-froid, relaxation et respiration, yoga, méditation, réactions et gestion des crises et épisodes aigus, gestion de la dépression, gestion et utilisation des médicaments, gestion du sommeil, de la fatigue et de l'alimentation. Le patient doit connaître les principes et les méthodes de l'évaluation de la douleur, connaître la diversité des facteurs d'influence de la douleur, comme le positionnement, le stress, l'anxiété, etc. Nous devons également l'éduquer sur les savoir-faire personnels et relationnels, comme le vécu émotionnel de la douleur, les capacités d'expressions et de communication, établir un contrat thérapeutique et se fixer des objectifs, la modification de pensées et sentiments liés à la douleur, les activités et les rôles sociaux. Bien entendu, l'éducation prodiguée doit être limitée à notre profession d'aide-soignant.

Une personne qui souffre a besoin d'être accompagnée, il est donc important d'informer et d'éduquer la famille et d'apporter un soutien moral et physique à ceux qui l'accompagnent. Nous dédions le titre suivant aux proches du patient.

## **2. Comment sensibiliser la famille, offrir un support moral et physique.**

Si l'on parle d'éducation du patient, il faut aussi mentionner la nécessité d'éduquer la famille pour l'aider à prévenir ou à soulager la douleur. Nous devons les informer de l'état du patient et de sa tolérance à la douleur, de la manière dont il gère ses réactions. Il faut leur expliquer que la frontière entre douleur et souffrance est très mince et qu'il est important de satisfaire les besoins vitaux du patient pour surmonter ses besoins psychologiques.

---

<sup>49</sup> Sans être clairement exprimées.

En fonction du problème de santé, la famille doit essayer d'adapter son régime alimentaire, respecter les exigences du médecin, observer tout changement de comportement de la personne douloureuse, comme une perte de poids, un manque d'appétit et si la prise de médicaments a été respectée. L'aménagement du domicile sera également abordé afin de déterminer si certaines adaptations seraient nécessaires. Par exemple, un fauteuil, un lit mal adapté peuvent parfois entraîner des conséquences néfastes sur les douleurs.

La famille doit être informée, tout comme le patient, de la signification de la douleur, de l'évaluation, du traitement médicamenteux, des thérapies non médicamenteuses qui peuvent être mises en œuvre, de l'importance de l'accompagnement et du soutien moral et physique du patient. Nous pouvons suggérer à la famille et aux proches d'adopter un mode de vie plus sain, de ne pas influencer la personne douloureuse pour qu'elle revienne à ses anciens vices ou à ses anciennes habitudes, par exemple la consommation de tabac, de l'alcool, la mauvaise alimentation.

Nous devons offrir un soutien psychologique à la famille pour les aider à faire face aux défis émotionnels liés à la douleur, tels que l'anxiété, la dépression et le stress. La simple idée que leur proche souffre peut être source d'anxiété et de déséquilibre émotionnel.

C'est pourquoi est-il important de stimuler la collaboration active pour favoriser la réinsertion rapide dans le milieu familial et socioprofessionnel.

### **3. Comment favoriser la collaboration active du patient et de son entourage pour favoriser la réinsertion rapide dans le milieu familial et socioprofessionnel.**

Car nous savons que les dimensions bio-psycho-sociales jouent un rôle très important dans la gestion de la douleur, nous pouvons créer un environnement de soutien propice à une réinsertion réussie dans le milieu familial et socioprofessionnel. L'implication de la famille et de l'entourage dans la gestion de la douleur d'une personne peut améliorer les résultats du traitement, renforcer le soutien social et aider le patient à maintenir une meilleure qualité de vie malgré la douleur.

La famille peut accompagner la personne douloureuse vers des centres de douleur, participer aux thérapies éducatives, motiver la personne pour favoriser une reprise des activités quotidiennes, professionnelles, récréatives.

Bien entendu, le soutien psychologique et émotionnel est indispensable pour faire face aux défis émotionnels, tels que la dépression, l'anxiété face à la douleur et le stress.

Car le patient peut avoir un comportement passif qui mène à l'évitement des activités et au repos excessif, il peut y avoir des moyens simples de stimuler la personne souffrante, comme suggérer des promenades à l'air frais, une participation progressive aux activités quotidiennes. Tout ce qui est positif motive le patient à se consacrer à lui-même et à cesser de se focaliser sur la douleur qui peut devenir envahissante.

La famille peut utiliser les possibilités de prévention des chutes, de déplacement, de bien-être holistique<sup>50</sup> du patient, pour faciliter sa participation aux activités habituelles, malgré la douleur.

Pour une réinsertion rapide, il est important d'encourager une communication ouverte entre le patient, sa famille, ses collègues et son employeur afin de promouvoir le soutien social et la compréhension mutuelle.

Il faut prendre en considération et élaborer un plan progressif pour le retour aux activités familiales et professionnelles, en tenant compte des capacités et des limitations du patient, tout en encourageant la reprise graduelle des responsabilités.

La famille et l'entourage du patient doit assurer un suivi régulier afin d'évaluer les progrès, d'adapter le plan de soins si nécessaire et de fournir un soutien continu.

En parcourant ces pages, nous avons appris l'importance et les rôles de l'aide-soignant face à la douleur d'un patient dans les soins et dans l'accompagnement. Nous approchons de la fin de ce projet qui se termine, bien évidemment, par une conclusion.

---

<sup>50</sup> Approche qui considère l'être humain dans son ensemble, en prenant en compte ses dimensions physique, mentale, émotionnelle et spirituelle.

---

# CONCLUSION

---

Dans ces dernières lignes, nous pouvons nous rendre compte qu'une éducation est nécessaire dans la douleur. L'importance de connaître la différence entre la douleur physique et la douleur psychologique nous permet de mieux traverser un moment difficile, de demander de l'aide, de nous sentir soutenus.

Les rôles de l'AS sont innombrables mais l'observation et l'accompagnement dans la douleur sont les principaux atouts dans la guérison.

Quand nous avons canalisé la douleur d'une personne, on arrive à maîtriser ses émotions et agir avec sagesse, mais le plus important c'est de sentir leur douleur et de partager leur souffrance.

La profession d'aide-soignant ne se limite pas à une simple "prise en charge". Nous travaillons en équipe, nous nous adaptons au quotidien et nous rencontrons des personnes souffrant de douleurs différentes.

L'interaction entre l'acte et l'accompagnement est essentielle pour une prise en soins efficace de la douleur. Sans un soutien émotionnel et psychologique adéquat, les interventions médicales peuvent être moins efficaces, car le stress, l'anxiété et d'autres facteurs psychologiques peuvent amplifier la perception de la douleur. De même, sans un traitement médical approprié, l'accompagnement seul peut ne pas suffire à soulager la douleur physique.

Une approche holistique de la prise en soins de la douleur reconnaît l'importance d'intégrer à la fois l'acte et l'accompagnement. En combinant des interventions médicales efficaces avec un soutien émotionnel et psychologique, il est possible d'améliorer la qualité de vie des personnes souffrant de douleur et de les aider à retrouver un bien-être global.

---

# ANNEXES

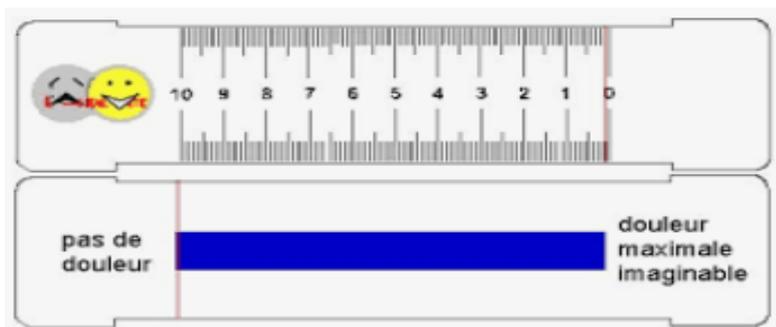
---

### Annexe 1 : L'échelle EVS

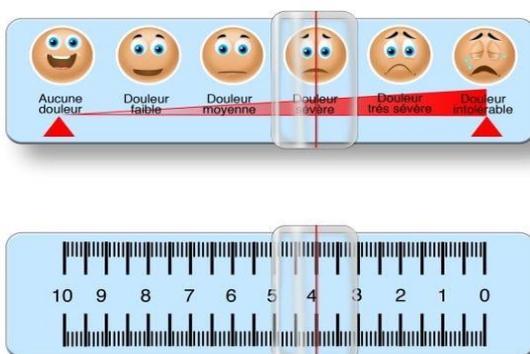
Quel est le niveau de votre douleur au moment présent ?	
<b>0</b>	<i>Pas de douleur</i>
<b>1</b>	<i>Faible</i>
<b>2</b>	<i>Modérée</i>
<b>3</b>	<i>Intense</i>
<b>4</b>	<i>Extrêmement intense</i>

Échelle Verbale Simple (E.V.S.) en 5 points .

### Annexe 2 : L'échelle EVN



### Annexe 3 : L'échelle EVA



# Annexe 4 : L'échelle Algoplus



## Evaluation de la douleur

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

## Identification du patient

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

COPYRIGHT

# Annexe 5 : L'échelle Doloplus

ECHELLE DOLOPLUS					
EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGE'E					
NOM :		Prénom :		DATES	
Service :					
Observation comportementale					
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 (stone, 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 nocturne)	2	2	2	2
	• insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR					
6 • Toilette et/ou habillement	• 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 habillement étant difficiles et partiels	2	2	2	2
	• toilette et/ou habillement 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 éphémère	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

## Annexe 6 : L'échelle ECPA

### EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

# Échelle ECPA

#### I - OBSERVATION AVANT LES SOINS

##### 1/ EXPRESSION DU VISAGE : REGARD ET MIMIQUE

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

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

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

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

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

\* se référer au(x) jour(s) précédent(s) \*\* ou prostration  
N.B. : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle

##### 4/ RELATION À AUTRUI

Il s'agit de toute relation, quel qu'en soit le type : regard, geste, expression...

Même type de contact que d'habitude*	0
Contact plus difficile à établir que d'habitude*	1
Évite la relation contrairement à l'habitude*	2
Absence de tout contact contrairement à l'habitude*	3
Indifférence totale contrairement à l'habitude*	4

\* se référer au(x) jour(s) précédent(s)

#### II - OBSERVATION PENDANT LES SOINS

##### 5/ Anticipation ANXIEUSE aux soins

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

##### 6/ Réactions pendant la MOBILISATION

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

##### 7/ Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES

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

##### 8/ PLAINTES exprimées PENDANT le soin

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

#### PATIENT

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Service : \_\_\_\_\_  
Heure : \_\_\_\_\_ Nom du Cotuteur : \_\_\_\_\_

SCORE

## Annexe 7 : Arrêtés Royaux 2006/2019 Aide-soignant

Liste des activités infirmières déléguées aux aides-soignants depuis la liste du **12 janvier 2006**.

- Observer et signaler les changements chez le patient/résident sur les plans physique, psychique et social dans le contexte des activités de la vie quotidienne (A.V.Q.).
  - Informer et conseiller le patient/résident et sa famille conformément au plan de soins, relativement aux prestations techniques autorisées.
  - Assister le patient/résident et son entourage dans les moments difficiles. • Donner des soins de bouche.
- Enlever et remettre les bas destinés à prévenir et/ou traiter des affections veineuses, à l'exception de la thérapie par compression à l'aide de bandes élastiques.
- Observer le fonctionnement des sondes vésicales et signaler les problèmes.
  - Donner des soins d'hygiène à une stomie cicatrisée, ne nécessitant pas des soins de plaies.
- Surveiller l'hydratation par voie orale du patient/résident et signaler les problèmes.
- Aider à la prise de médicaments par voie orale pour le patient/résident, selon un système de distribution préparé et personnalisé par un(e) infirmier(ère) ou un pharmacien.
- Aider à l'alimentation et à l'hydratation par voie orale du patient/résident à l'exception des cas d'alimentation par sonde et de troubles de la déglutition.
- Installer et surveiller le patient/résident dans une position fonctionnelle avec support technique, conformément au plan de soins.
- Donner des soins d'hygiène chez les patients/résidents souffrant de dysfonction de l'A.V.Q., conformément au plan de soins.
  - Transporter des patients/résidents, conformément au plan de soins.
  - Appliquer des mesures en vue de prévenir les lésions corporelles, conformément au plan de soins.
  - Appliquer des mesures en vue de prévenir les infections, conformément au plan de soins.
  - Appliquer des mesures dans le cadre de la prévention des escarres, conformément au plan de soins.
- Prendre le pouls et la température corporelle, signaler des résultats.
- Assister le patient/résident lors du prélèvement non stérile d'excrétions et de sécrétions.

Liste des nouvelles activités reprises dans la liste du **1er septembre 2019**.

- Mesure de paramètres concernant les différentes fonctions biologiques, y compris la mesure de la glycémie par prélèvement sanguin capillaire. L'aide-soignant doit faire rapport de ces mesures dans les meilleurs délais et de manière précise à l'infirmier.
- Administration de médicaments, à l'exclusion des substances stupéfiantes, préparés par un infirmier ou un pharmacien, par les voies d'administration suivantes :
  - orale (y compris l'inhalation),
  - rectale,
  - gouttes ophtalmiques,
  - gouttes auriculaires,
  - percutanée,
  - sous-cutanée : uniquement pour l'injection sous-cutanée d'héparine fractionnée.
- Alimentation et hydratation par voie orale.
- Enlèvement manuel de fécalomes.
- Application de bandages ou de bas destinés à prévenir et/ou à traiter des affections veineuses.

---

# BIBLIOGRAPHIE/SITOGRAFIE

---

1. Belgian Pain Society (1998) Le Livre blanc : aborder ensemble la problématique de la douleur. Propositions pour l'élaboration de structures d'évaluation et de traitement de la douleur. Ed. Belgian Pain Society, Bruxelles
2. Centre de lutte contre la douleur CHM Mouscron (2023), Journée de la douleur
3. Guide Aide-soignant (2014) cursus partiel modules 2, 3, 5
4. Guide Aide-soignant modules 1 à 8
5. Guide Anatomie-Physiologie pour aides-soignants, Elsevier Masson.
6. Marchand S (1999) À propos des traitements non pharmacologiques de la douleur. Bull Educ Patient.

[www.espacesoignant.com/soignant/pratiques-de-soins/evaluation-de-la-douleur-echelle-comportementale-pour-personnes-agees-ecpa](http://www.espacesoignant.com/soignant/pratiques-de-soins/evaluation-de-la-douleur-echelle-comportementale-pour-personnes-agees-ecpa)

[L'évaluation de la douleur en général et plus particulièrement dans l'AVF | Algie vasculaire de la face - Cluster headache - Céphalée en grappe \(ouch-belgium.be\)](#)

[BASE EI AS \(lereservoir.eu\)](#)

[La Gestion De La Douleur : Devoirs, Objectifs Et Moyens \(Dr Anika Fichelle\) - HealthManagement.org](#)

[Je sais comment ma douleur chronique peut être évaluée - Le site du Docteur Anne Revol \(docvitae.fr\)](#)

[Voici comment notre organisme réagit et traite la douleur \(hitek.fr\)](#)

[Tout savoir sur la douleur \(frm.org\)](#)

[Impact psychologique de la douleur | Mieux connaître la douleur \(contreladouleur.fr\)](#)

[Les échelles de la douleur | SFAP - site internet](#)

[À chaque douleur, son antalgie | Le Généraliste \(legeneraliste.fr\)](#)

[Soulager la douleur - Douleur \(e-cancer.fr\)](#)

[institut-upsa-douleur-urgences-protau-32-douleurs-induites-soins.pdf \(sfetd-douleur.org\)](#)

[Décrire la douleur | Le Fictiologue \(julienhirtauteur.com\)](#)

---

# COURS

---

Anatomie et physiologie, Monsieur P. Vantomme

Éducation à la sante, Monsieur P. Vantomme

Pharmacologie, Monsieur F. Dejonckheere

Pratique professionnelle, Madame E. Minet

Déontologie et Législation, Madame Y. Père