



# Livret douleur en psychiatrie

---

Août 2017



# **SOMMAIRE**

<b>I. <u>Introduction</u></b> .....	1
<b>II. <u>Qu'est-ce que la douleur ?</u></b> .....	2
1) La définition officielle	
2) Les types de douleur	
<b>III. <u>Dépistage et évaluation de la douleur</u></b> .....	4
<b>IV. <u>Soulager la douleur</u></b> .....	5
1) Traitements médicamenteux de la douleur	
2) Thérapeutiques non médicamenteuses	
<b>V. <u>Prévenir la douleur induite par les soins</u></b> .....	8
<b>VI. <u>Douleurs chez les patients pris en charge en psychiatrie</u></b> .....	9
1) Douleur et psychose	
2) Douleur et troubles bipolaires	
3) Douleur et troubles de la personnalité	
4) Douleur et démence	
5) Douleur, dépression et anxiété	
6) Douleur et alcool	
7) Douleur et médicaments de substitution aux opiacés	
<b>VII. <u>Situations psychiatriques chroniques et soins palliatifs</u></b> .....	13
<b>VIII. <u>Les outils de communication</u></b> .....	15
1) La traçabilité sur Osiris	
2) L'adresse mail	
<b>IX. <u>Conclusion</u></b> .....	16

*Annexes*

## **I. Introduction :**

La lutte contre la douleur est depuis plusieurs années une priorité de Santé Publique. La mise en place de programmes nationaux d'action en témoigne.

Article L 110.5 du Code de la Santé Publique : « Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée ».

Les pathologies psychiatriques peuvent modifier les modes d'expression habituels de la douleur, compliquer son dépistage, rendre délicate l'évaluation de l'efficacité des traitements.

- Comment le message douloureux est-il décrypté et traité quand la pathologie mentale perturbe le fonctionnement cognitif ?
- Comment pallier à l'absence de manifestations extérieures de la douleur « signal d'alarme » chez certains patients, ce qui retarde la prise en charge de pathologies somatiques graves ?
- Comment repérer les patients douloureux quand la communication est perturbée ?
- Comment évaluer leur soulagement quand nous leur administrons un traitement antalgique ?

La prise en charge de la douleur somatique des patients hospitalisés en psychiatrie est devenue une obligation réglementaire, encadrée par de nombreux textes. C'est avant tout un souci permanent pour chaque soignant. Peut-on penser apaiser la souffrance de l'esprit si le corps est douloureux ?

La recherche de la douleur est une obligation réglementaire dans toute structure de soins, y compris en psychiatrie. Une évaluation à l'admission, avec un outil approprié, est tracée dans le dossier du patient. En cas de douleur, une réévaluation doit être faite. La prise en charge de la douleur est une pratique exigible prioritaire.

## **II. Qu'est-ce que la douleur ?**

### **1) La définition officielle :**

La douleur est « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en termes évoquant une telle lésion » (selon l'ASP). La sensation douloureuse naît du traitement du message neurochimique reçu par le cerveau. Elle peut être aiguë ou chronique.

La sensation douloureuse est influencée par de nombreux facteurs et son expression est propre à chaque patient.

### **2) Les types de douleur :**

#### **- *Douleur aiguë :***

C'est une douleur « signal d'alarme ». La localisation, son horaire, son mode d'apparition, ses facteurs exacerbant ou soulageant (position antalgique, froid/chaud, alimentation...) orientent le diagnostic étiologique. Toute douleur aiguë engendre un stress plus ou moins important selon le terrain (tachycardie, sueur, malaise vagal) et une réaction émotionnelle anxieuse, qui peut accroître et entretenir la sensation douloureuse.

Il est important de soulager rapidement la douleur aiguë par le traitement de sa cause associée aux antalgiques. Cette prise en charge précoce peut limiter l'évolution vers une douleur chronique et une amplification du phénomène douloureux.

- ***Douleur chronique :***

C'est une douleur installée depuis au moins trois mois. Son origine est polyfactorielle (intrications des facteurs environnementaux, psychologiques, professionnels, familiaux...). Ce sont des douleurs dans lesquelles sont intriquées à des degrés divers les composantes nociceptives, neurogènes et psychogènes. Elle est souvent associée à un état dépressif (cause ou conséquence ?).

Sa prise en charge est difficile, globale, pluridisciplinaire et prolongées dans le temps.

Toute douleur engendre un stress plus ou moins important selon le terrain et une réaction émotionnelle, qui peut accroître et entretenir la sensation douloureuse.

La douleur est une expérience strictement personnelle. Les codes culturels influent l'expression de la douleur et la perception qu'en ont les soignants. Selon la personne, la manifestation de la douleur peut être totalement différente. L'expérience personnelle d'une douleur ne préjuge en rien de celle ressentie par une autre personne. Un patient douloureux présentant des troubles mentaux est, comme un autre, le seul expert de sa douleur.

### **III. Dépistage et évaluation de la douleur :**

Toute personne hospitalisée doit avoir au moins une évaluation de la douleur à son admission, avec une échelle adaptée (*Cf. Annexe 1*). Toutes évaluations et ré-évaluations doivent être tracées dans le dossier du patient (OSIRIS).

A côté des présentations habituelles, en psychiatrie, la plainte douloureuse peut être particulière et revêtir des aspects polymorphes. Ils ne doivent pas être méconnus au risque de passer inaperçus.

Il faut être particulièrement vigilant aux changements de comportements, pris parfois pour une manifestation de la pathologie mentale.

L'évaluation de la douleur est indispensable :

- Avant toute décision thérapeutique.
- Après la mise en œuvre d'un traitement antalgique pour en apprécier l'efficacité.

Elle se fait par le biais de « **TILT** » ; cette méthode permet d'évaluer le **T**ype, l'**I**ntensité, la **L**ocalisation et le **T**emps de la douleur.

Il existe deux modes d'évaluation de la douleur :

- **Auto-évaluation** : le patient est le juge de sa douleur.
- **Hétéro-évaluation** : le patient présente des incapacités de communiquer d'origines diverses (troubles de la conscience ou du comportement, âge extrême). C'est alors le médecin et l'infirmier qui vont évaluer la douleur.

L'évaluation de la douleur nécessite une mobilisation médico-soignante accrue. Les troubles de la communication verbale peuvent constituer un obstacle à l'évaluation chez certaines personnes.

Ces manifestations comportementales peuvent être confondues avec des symptômes de la pathologie psychiatrique.

Des échelles comme « Doloplus2 » proposent une évaluation par le biais de la cotation en équipe.

La connaissance des habitudes de vie du patient est nécessaire afin de pouvoir déceler tout changement de comportement (famille, aidants, soignants). L'interdisciplinarité est au fondement de la psychiatrie et de la médecine de la douleur.

#### **IV. Soulager la douleur :**

##### **1) Traitements médicamenteux de la douleur (les traitements réservés aux urgences ou à la chirurgie ne seront pas évoqués ici) :**

Tenir compte non seulement du patient mais aussi de l'histoire de sa douleur, de sa cause, du type de douleur, de son intensité et son évolution et de l'histoire pharmacologique du patient et des traitements intercurrents. Privilégier la voie orale.

- ***Douleurs nociceptives*** : elles résultent d'une stimulation des nocicepteurs (récepteurs de la douleur) superficiels ou viscéraux par une destruction des tissus, une inflammation, une compression (contusion, plaie, fracture, infection,...). Ce sont les douleurs les plus simples à repérer et à traiter.



- ***Douleurs neuropathiques*** : Elles proviennent d'une lésion du système nerveux périphérique ou central, récente ou ancienne.
- On décrit des douleurs : soit continues (brûlure, picotements...) soit paroxystiques (décharges électriques, coups d'aiguille...).
- Les traitements utilisés sont certains antidépresseurs et antiépileptiques qui agissent spécifiquement sur la conduction des fibres nerveuses lésées. Le traitement est initié avec une posologie très faible et augmenté progressivement en fonction de la tolérance.
- ***Douleurs iatrogènes*** :  
Les anesthésiques locaux de surface ou en infiltration. Disponible sous plusieurs formes (solution injectable, spray, gel), la lidocaïne reste l'anesthésique local le plus utilisé pour la chirurgie dentaire, les actes de petite chirurgie (sutures, etc.). Associée à la prilocaïne, la lidocaïne entre dans la composition de la crème et des patches qui permettent la réalisation d'une anesthésie de surface. La lidocaïne seule existe en emplâtre médicamenteux (Versatis®) pour traiter la douleur post-zostérienne.

L'usage du placebo peut être proposé dans certains cas sur prescription médicale uniquement.

Le MEOPA qui est un gaz incolore, inodore, composé de 50 % d'oxygène et de 50 % de protoxyde d'azote. Administré par inhalation chez l'enfant de plus de 4 ans et chez l'adulte grâce à un masque bucco-nasal, il permet une sédation consciente, une analgésie de surface, une euphorie facilitant la réalisation d'actes de soins douloureux de courte durée, en particulier les

soins dentaires chez les enfants et les patients anxieux ou déficitaires.

La prise en charge médicamenteuse peut avoir ses limites, voir générer des conséquences de surdosage ou de dépendance. Il existe des recommandations pour évaluer ces risques : « les recommandations de Limoges 2010 ».

## **2) Thérapeutiques non médicamenteuses :**

Si le stress du patient est important, il est du ressort du soignant de l'aider à le gérer. Cela permet d'intervenir sur l'intensité de la douleur et peut permettre parfois la diminution du besoin d'antalgiques.

Quelques méthodes peuvent être utilisées : la respiration abdominale, la communication aidante et approfondie, la distraction verbale. Mais encore des activités de toucher/massage, ainsi que les techniques issues des thérapies cognitivo comportementale : relaxation, hypnose, mindfulness...

La prise en charge de la douleur se fait en équipe pluridisciplinaire : médecin, psychologue, infirmier, aide-soignant.

## **V. Prévenir la douleur induite par les soins :**

Prévenir la douleur liée à un soin évite que ce geste soit définitivement associé à une douleur pour le patient. L'anxiété liée à l'anticipation du soin sera ainsi diminuée.

### **- *Planifier et prévenir avant le soin :***

Prendre le temps d'expliquer au patient ce qui va être fait. Rechercher sa collaboration en fonction de ses capacités cognitives. Analyser avec le patient le déroulement du soin et les sensations auxquelles il peut s'attendre. Prévoir une prémédication lorsqu'on doit réaliser un geste potentiellement douloureux ou redouté comme tel par le patient.

### **- *Pendant le soin :***

Installer confortablement le patient. Ecouter le patient de manière empathique, lui donner la parole. Décoder et reformuler. Utiliser des techniques de distraction. Observer le comportement du patient. Maîtriser les gestes. Le soigné sera plus détendu si le soignant fait preuve d'assurance de dextérité.

### **- *Après le soin :***

Aider le patient à verbaliser son vécu du soin. Ménager un temps de récupération.

Transmettre ce qui a favorisé le bon déroulement du soin. Remplir l'échelle d'évaluation de la douleur.

Prévention de la douleur lors d'injections intramusculaires

L'injection intramusculaire est l'introduction, sous pression, dans la profondeur d'un muscle, d'une substance médicamenteuse liquide.

- ***Sources de douleur :***

La voie intramusculaire est souvent douloureuse. La douleur est liée à l'introduction de l'aiguille dans les tissus, au produit injecté puis plus tard à la résorption de celui-ci. La répétition d'une IM peut majorer la sensation douloureuse. Si les injections sont fréquentes, alterner les sites.

- ***Après le soin :***

Ne pas masser après l'injection d'un neuroleptique retard.

**VI. Douleurs chez les patients pris en charge en psychiatrie :**

**1) Douleur et psychose :**

Le sens de la douleur est d'une appréhension très complexe. Et la perception de la douleur chez les patients atteints de pathologie mentale sévère n'est pas simple à déchiffrer.

***Perception de la douleur :***

De très nombreux auteurs se sont penchés sur la perception de la douleur chez les patients psychotiques. La bibliographie insiste surtout sur l'insensibilité à la douleur chez le schizophrène et la difficulté pour le psychotique à exprimer ou à percevoir les stimulations douloureuses.

Les patients schizophrènes ressentent bien la douleur, mais ne réagissent pas, ne l'expriment pas et l'expression de cette douleur se fait dans un langage ou dans un comportement spécifique qu'il faut savoir décoder.

La prise en charge des pathologies somatiques des patients psychotiques doit s'améliorer par une meilleure compréhension de la clinique particulière qu'ils présentent lors de telles atteintes.

L'écoute attentive de propos délirants inhabituels, pour un patient donné, la survenue inopinée de changements d'habitudes devraient faire évoquer systématiquement une atteinte somatique douloureuse.

## **2) Douleur et troubles bipolaires :**

Certaines études ont trouvé que la prévalence de la plainte douloureuse serait plus élevée chez les patients bipolaires comparés aux patients déprimés ou anxieux. La plainte douloureuse serait la plainte somatique la plus fréquente chez les patients hospitalisés en phase maniaque (céphalée, douleurs articulaires, dorsalgie). Concernant les prescriptions à visée antalgique chez le patient bipolaire, nous serons particulièrement attentifs à la question des interactions médicamenteuses.

## **3) Douleur et troubles de la personnalité :**

La fréquence des douleurs chroniques chez les patients ayant un trouble de la personnalité est élevée. La perception de la douleur peut différer selon la personnalité pathologique sous-jacente. Selon le type de troubles observés, nous pouvons être confrontés à différentes cliniques.

**Personnalité histrionique :** l'expression de la plainte douloureuse se fait souvent de manière exagérée, théâtrale avec dramatisation. La difficulté réside dans l'appréciation de l'intensité de la réalité de la douleur sans tomber dans le piège de la banalisation.

**Personnalité obsessionnelle :** L'expression de la plainte douloureuse se fait de façon détaillée, précise, parfois même

listée, le tout dans un contexte d'expression émotionnelle plutôt restreinte.

**Personnalité dépendante** : la plainte douloureuse peut être amplifiée dans son intensité. Le patient adopte souvent une attitude passive avec un besoin constant de réassurance.

La plainte douloureuse est perçue comme plus grave que celle des « autres » sur **des personnalités narcissiques**.

**Personnalité Borderline** : la plainte douloureuse est plutôt variable dans son expression avec une forte coloration émotionnelle.

**Personnalité paranoïaque** : la plainte douloureuse reste le plus souvent vague, le patient est plus dans un comportement d'évitement. Le tout dans un contexte d'une certaine méfiance et attitude interprétative. Il faudra savoir respecter une certaine distance dans la prise en charge.

#### **4) Douleur et démence :**

La prévalence des troubles cognitifs augmente avec l'âge et la présence d'une symptomatologie douloureuse concomitante est une situation particulièrement fréquente.

La première difficulté dans la prise en charge de la douleur chez les sujets déments est celle du diagnostic.

Devant un patient qui ne peut exprimer verbalement sa douleur, il faut savoir repérer les signes comportementaux et, en particulier, les phénomènes d'agitation fréquemment rencontrés dans les pathologies démentielles et dont la signification n'est pas univoque.

Il faut systématiquement penser à une affection douloureuse devant une agitation d'apparition récente.

### ***Evaluation :***

Importance de l'examen clinique, de l'étude sur le retentissement et des outils adaptés avant et après introduction du traitement.

### **5) Douleur, dépression et anxiété :**

Plusieurs études concluent que la plainte douloureuse est accrue chez des patients anxieux ou dépressifs sans que l'on puisse se prononcer sur une éventuelle altération du seuil nociceptif. Un état dépressif modifie le vécu douloureux.

Quelles conduites pouvons-nous tenir devant la douleur du déprimé ?

L'empathie et la bienveillance sont bien entendu la règle, tout en s'assurant d'un bilan organique associé.

### ***Douleur et anxiété :***

L'association douleur – anxiété ne doit pas être sous-estimée par les cliniciens. La survenue d'une douleur entraîne une anxiété dont l'intensité peut retentir sur l'évolution de la douleur. Inversement, la préexistence de troubles anxieux joue un rôle important dans le déclenchement, l'intensité, l'aggravation ou la persistance de la douleur.

### **6) Douleur et alcool :**

Si le type de douleur n'est pas spécifique, a contrario son intensité, sa perception, son expression et sa « révélation » par le sujet sont modifiées par l'alcool.

L'expression de la douleur chez un patient alcoolisé est très souvent perturbée et peut aller du déni à l'agitation.

La recherche de la douleur et sa prise en charge chez un patient alcoolisé est toujours complexe.

La recherche de la douleur et de ses causes doit être renouvelée de manière précoce et systématique hors contexte d'alcoolisation.

L'examen du patient doit se faire sans présumer que l'origine de la douleur est une conséquence de l'alcoolisation.

### **7) Douleur et médicaments de substitution aux opiacés :**

La douleur, chez les patients dépendants aux opiacés est souvent sous-estimée. La prévalence de la douleur chez ces patients est plus souvent élevée que dans la population générale. Il existe chez ces patients un processus d'hyperalgie induite par les opiacés et une tolérance accrue qui sensibilise les patients à la douleur, sensibilité non corrigée par les médicaments de substitution aux opiacés.

### **VII. Situations psychiatriques chroniques et soins palliatifs :**

De nombreux questionnements sont toujours d'actualité.

La loi de 1999 garantit l'accès aux soins palliatifs : ce droit est-il garanti aux patients atteints de troubles psychiatriques ?

Les patients bénéficient-ils en terme de qualité, de la même proposition de soins (dépistage systématique, suivi, décision partagée, participation aux essais thérapeutiques) ?



Ces patients bénéficient-ils de la même offre de soins que les autres patients ? Quelles sont les barrières et les difficultés rencontrées tout au long de la prise en charge ?

Comment les modifications de l'image corporelle sont intégrées chez des patients qui ont déjà une perturbation de l'image du corps ? Ces symptômes pourraient de ce fait générer des décompensations psychotiques aiguës.

Comment dans ces situations où le patient répond par des éléments délirants interpréter un refus de traitement ?

En effet les soins spécifiques comme la chimiothérapie sont difficiles à mettre en œuvre en milieu psychiatrique et l'accueil de « chroniques de psychiatrie » en service de jour d'oncologie pose problème au patient lui-même, aux autres patients et à l'équipe soignante.

L'accueil d'un patient délirant en hôpital de jour traditionnel peut mobiliser l'ensemble d'une équipe et rendre la prise en charge des autres patients difficile. La mutation d'un patient psychiatrique hors de son cadre habituel et contenant peut le faire décompenser sur un mode aigu et rendre la prise en charge oncologique impossible.

Ces situations et ces questionnements ne sont pas propres au champ de la cancérologie et des soins palliatifs et on pourrait étendre cette problématique à l'ensemble des pathologies somatiques présentées par les patients en psychiatrie.

Des « ponts » doivent encore être tendus entre l'hôpital général et l'hôpital psychiatrique pour améliorer la prise en charge de nos patients.

## **VIII. Les outils de communication :**

### **1) La traçabilité sur Osiris**

L'évaluation de la douleur à l'admission doit être notée sur les « constantes et caractéristiques » du tableau de bord ou avec les échelles (*Cf. Annexe 1*) du dossier patient. La transmission de la prise en charge de la douleur au quotidien se fait par le biais de transmissions ciblées sur OSIRIS (*Cf. Annexe 2*).

### **2) L'adresse mail**

L'adresse CLUD suivante [clud@chpe.fr](mailto:clud@chpe.fr) peut être utilisée pour toute requête ou questionnement de la part des professionnels. Les points énoncés seront traités sur la réunion du CLUD suivant.

Les comptes rendus du CLUD seront visibles et lisibles sur la base INTRANET du CHPE. Ils seront également diffusés à toutes les unités de soins par mail.

Le CLUD utilisera cette messagerie pour des rappels de bonnes pratiques ainsi que les retours des analyses d'audit.

## **IX. Conclusion :**

« La douleur est ce que le patient dit qu'elle est » selon Milton H. Erickson

Notre politique douleur s'appuie sur cette citation pour mener ses actions et développer la qualité de sa prise en soin.

L'évaluation, dès l'admission du patient, est le premier pas de l'écoute de cette douleur.

L'intervention pluri disciplinaire est la richesse des propositions possibles pour la qualité de cette prise en soin.

Sources d'information :

[www.institut-upsa-douleur.org](http://www.institut-upsa-douleur.org)

[www.cnrdr.fr](http://www.cnrdr.fr)

[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

[www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

[www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

- Les protocoles

- Les échelles



Voir le classeur référents douleur

# ANNEXE 1 : Les échelles sur OSIRIS

1. Dans le tableau de bord d'OSIRIS :

The screenshot shows the OSIRIS dashboard interface. At the top, there are filters for 'Séjour' and 'Préadmission', and a section for 'Patients rattachés'. The main area is titled 'Tableau de bord du mercredi 02 août 2017 de 00h00 à 23h59'. It contains a table with columns for patient information and various icons. A red box highlights a column of icons, and a red arrow points from a text box to one of these icons.

Ouvrir l'Ecran Bilan  
Mesure du patient souhaité.

## 2. La fenêtre des EBM s'ouvre :

The screenshot shows a medical software interface with a table of assessment tools (EBM). A red box highlights the following items in the left column:

- Douleur Echelle des 6 visages
- Douleur Echelle Doloplus 2
- Douleur Echelle verbale Simple
- Douleur Echelle Visuelle Analogique
- Douleur Evaluation chez un psychotique

An arrow points from this red box to a text box at the bottom right of the image.

Bilans/EBM/Synthèses/Grilles/Étiquettes	Date	Score		Date	Score
Accord pour prise de photo			Echelle de sevrage alcoolique (CIWA)		
AGIR 17	22/05/2015	4	Index de bipolarité de Sachs		
BEC 96			Kitchen task assessment		
Bilan Neuropsychologique			MADRS		
Consignes en cas de décès			MMS (1 et 2)		
Constat de chute	08/06/2017		MMS - Score Mental Minimum	23/12/2016	11
Dépendance alcoolique : Short Mast			NPI-R		
Diagnostic infirmier			NPI-ES		
Douleur Echelle des 6 visages			PMSI	30/03/2017	
Douleur Echelle Doloplus 2			Prescription de Mise en Chambre d'Iso #3	20/01/2017	
Douleur Echelle verbale Simple	23/02/2017	3	Prise en charge psychologique M9		
Douleur Echelle Visuelle Analogique			Questionnaire CAST		
Douleur Evaluation chez un psychotique			Score de Cushman #1		
Echelle BFS			Surveillance alimentaire		
Echelle d'HAMILTON évaluation de l'anxiété			Surveillance hydrique		
Echelle de Beck			Surveillance Mise en Chambre d'Iso	20/01/2017	
Echelle de Mac Nair			Surveillance RL		

Choisir l'échelle la plus adaptée.

# **ANNEXE 2 : La traçabilité de l'évaluation de la douleur sur Osiris**

## ***I. A l'admission***

1. Dans les « constantes et caractéristiques » :

Tableau de bord du mercredi 02 août 2017 de 00h00 à 23h59

Nom	Alerte	Constantes/Caractéristiques
80		111 - 85 36.6° 66.00kg
66		116 - 75 36.8° 71.50kg
76		99 - 76 36.6° 63.00kg
73		86 - 69 36.1° 84.00kg
96		107 - 79 36.1° 48.00kg
51		82 - 65 36.7° 110.00kg
51		150 - 88 36.0° 78.00kg
64		114 - 85 36.5° 78.00kg
56		120 - 70 36.4° 100.00kg
93		110 - 60 37.1° 67.00kg
98		111 - 81 36.4° 69.00kg
98		110 - 70 36.2° 64.00kg
71		115 - 74 36.1° 68.00kg
49		119 - 75 36.0° 72.30kg
69		109 - 79 36.3° 67.00kg
66		108 - 58 36.7° 70.00kg

Cliquer sur les « constantes et caractéristiques » du patient souhaité.

## 2. La fenêtre suivante s'ouvre :

The screenshot shows a medical software interface. At the top, there's a header with various filters and a date range: "Tableau de bord du mercredi 02 août 2017 de 00h00 à 23h59". Below this is a patient list table with columns for "Nom", "A faire", "Alerte", and "Constantes/Caractéristiques". The patient list includes names like "30 Ch. Médic" and "65 St Dominic".

A modal window titled "Saisie de constantes / Caractéristiques" is open, showing a table for data entry. The table has two tabs: "Constantes" and "Caractéristiques". The "Caractéristiques" tab is active, showing a table with columns: "Date", "Heure", "Poids", "Tension", "Température", "Diurèse", "Glycémie", "Insuline Ajout", "TA assis diast", and "EVA". The "EVA" column is highlighted with a red box, and a red arrow points to it. Below the table, there are green and red checkmarks.

A text box at the bottom of the modal window contains the text: "Compléter l'EVA à l'admission."

**NB :** Si l'EVA n'est pas l'échelle la plus adaptée, vous devez utiliser les échelles présentes dans les EBM (Cf. Annexe 1).



## II. Au quotidien

### 1. Dans le tableau de bord d'Osiris :

The screenshot displays the Osiris dashboard interface. At the top, there are filters for 'Patients rattachés' (set to 'Tous') and a date range for the 'Plan de Soins Intensif Matin' (from 6h to 13h on 02/08/2017). The main table is titled 'Tableau de bord du mercredi 02 août 2017 de 00h00 à 23h59'. The table has columns for 'Nom', 'A faire', 'Alerte', and 'Constantes/Cara'. A red box highlights a specific icon in the 'A faire' column for a patient. A callout box points to this icon with the text 'Ouvrir une transmission ciblée pour le patient souhaité.'

Nom	A faire	Alerte	Constantes/Cara
[Patient Name]	[Icon]	[Icon]	80 111 - 86 36.6° 66.00kg
[Patient Name]	[Icon]	[Icon]	66 116 - 75 36.8° 71.50kg
[Patient Name]	[Icon]	[Icon]	76 99 - 76 36.6° 63.00kg
[Patient Name]	[Icon]	[Icon]	73 86 - 69 36.1° 84.00kg
[Patient Name]	[Icon]	[Icon]	96 107 - 79 36.1° 48.00kg
[Patient Name]	[Icon]	[Icon]	51 82 - 65 36.7° 110.00kg
[Patient Name]	[Icon]	[Icon]	51 150 - 88 36.0° 78.00kg
[Patient Name]	[Icon]	[Icon]	64 114 - 85 36.5° 78.00kg
[Patient Name]	[Icon]	[Icon]	56 120 - 70 36.4° 100.00kg
[Patient Name]	[Icon]	[Icon]	93 110 - 60 37.1° 67.00kg
[Patient Name]	[Icon]	[Icon]	98 111 - 81 36.4° 69.00kg
[Patient Name]	[Icon]	[Icon]	98 110 - 70 36.2° 64.00kg
[Patient Name]	[Icon]	[Icon]	71 115 - 74 36.1° 68.00kg
[Patient Name]	[Icon]	[Icon]	49 119 - 75 36.0° 72.30kg
[Patient Name]	[Icon]	[Icon]	69 109 - 79 36.3° 67.00kg
[Patient Name]	[Icon]	[Icon]	66 108 - 58 36.7° 70.00kg



## 2. La fenêtre suivante apparaît :

Tableau de bord du mercredi 02 août 2017 de 00h00 à 23h59

Nom : [ ] ( ans) - Chambre : [ ]

**Transmissions ciblées -** ( ans)

**EVITER LES DANGERS** 28/07/2017 19:57

**DONNEES** Vu l'arrivée tardive du patient, son traitement clozapine sera à revoir avec le psychiatre du service la semaine prochaine, étant donné que Mr [ ] n'est pas dans le seul thérapeutique (cf. résultat bilan sanguin clozapinémie).

**ACTIONS**

**RESULTATS**

**REPOS - SOMMEIL - Réveil précoce** 29/07/2017 05:39

**DONNEES** Mr [ ] est dans les couloirs dès 5h30

**ACTIONS** inviter à retourner se coucher

**RESULTATS**

- FIN -

Cliquer ici.

STOP

Tableau de bord du mercredi 02 août 2017 de 00h00 à 23h59

Nom : [ ] ( ans)

**Transmissions ciblées pour [ ]** né le [ ] ( ans)

**Transmission**

Instruction ☐ Validé : 0 jours Hors patient ☐ Hors famille ☐ Confidentielle ☐

**Chapitre : [ ]** **Cible : [ ]** **Aide au ciblage**

**Données**

**ACTIONS**

**Résultats** ☐ Résultat définitif

Cliquer sur « Chapitre ».

### 3. La fenêtre suivante apparaît :

Tableau de bord du mercredi 02 août 2017 de 00h00 à 23h59

Modèle de plan pour la validation des soins : Plan de Soins Infirmiers Matin de 6 h à 13 h (02/08/2017 00:00 - 02/08/2017 13:00)

Paramétrage par spécialité

Patients rattachés : Tous

A faire : Alerte : Constantes/Cara

Nom

Transmissions ciblées pour : Transmission

Liste des chapitres

- AGIR SELON SES CROYANCES ET SES VALEURS
- ALIMENTATION - NUTRITION
- AUTRE
- COGNITION - PERCEPTION
- COMPORTEMENT
- CONNAISSANCES
- DYNAMIQUE FAMILIALE
- ELIMINATION
- ÉVITER LES DANGERS**
- HYGIENE CORPORELLE ET VESTIMENTAIRE
- MOBILITE
- PREDICTION CAPACITE A COMMUNIQUER
- REPOS - SOMMEIL
- RESPIRATION
- S'occuper en vue de se réaliser
- SENTIMENT DE SECURITE

Recherche

✓ ✗

✓ ✗

Valider

Cliquer sur « éviter les dangers ».

80	111 - 86	36.6°	66.00kg	
66	116 - 75	36.8°	71.50kg	
76	99 - 76	36.6°	63.00kg	
73	86 - 69	36.1°	84.00kg	
96	107 - 79	36.1°	48.00kg	
51	82 - 65	36.7°	110.00kg	
51	150 - 88	36.0°	78.00kg	
64	114 - 85	36.5°	78.00kg	
56	120 - 70	36.4°	100.00kg	
93	110 - 60	37.1°	67.00kg	
98	111 - 81	36.4°	69.00kg	
98	110 - 70	36.2°	64.00kg	
71	115 - 74	36.1°	68.00kg	
49	119 - 75	36.0°	72.30kg	
69	109 - 79	36.3°	67.00kg	
66	108 - 58	36.7°	70.00kg	

4. Vous êtes donc en train de faire une transmission ciblée pour le chapitre « éviter les dangers ».

Tableau de bord du mercredi 02 août 2017 de 00h00 à 23h59

Transmission ciblée pour [Mr] né le [ ] (ans)

Chapitre: EVITER LES DANGERS

Cible:

Cliquer sur « cible ».

	80	66	76	73	96	51	51	64	56	93	98	98	71	49	69	66
	111 - 86	116 - 75	99 - 76	86 - 69	107 - 79	82 - 65	150 - 88	114 - 85	120 - 70	110 - 60	111 - 81	110 - 70	115 - 74	119 - 75	109 - 79	108 - 58
	36.6"	36.8"	36.6"	36.1"	36.1"	36.7"	36.0"	36.5"	36.4"	37.1"	36.4"	36.2"	36.1"	36.0"	36.3"	36.7"
	66.00kg	71.50kg	63.00kg	84.00kg	48.00kg	110.00kg	78.00kg	78.00kg	100.00kg	67.00kg	69.00kg	64.00kg	68.00kg	72.30kg	67.00kg	70.00kg

Liste des cibles pour "EVITER LES DANGERS"

- Altération de l'état cutané
- Bradycardie
- Crampes musculaires
- Déshydratation
- Douleur**
- Hypertension
- Hypotension
- Hypothermie
- Idees noires
- Idees suicidaires
- Malaire
- Plaies
- Risque d'auto-agressivité
- Risque d'hétéro-agressivité
- Risque de chute
- Risque de fugue
- Syndrôme de sevrage
- Tachycardie
- Tentative de suicide

Recherche

Valider.

## 5. Remplir les champs « Données », « Actions » et « Résultats »

Tableau de bord du mercredi 02 août 2017 de 00h00 à 23h59

Modèle de plan pour la validation des soins : Plan de Soins Infirmiers Matin de 6 h à 13 h (02/08/2017 00h00 - 02/08/2017 13h59)

Paramétrage par spécialité

Patients rattachés : Tous

Séjour Préadmission

Nom : [ ] né le : [ ] ( ans)

Transmissions ciblées pour [ ]

Chapitre : EVITER LES DANGERS Cible : Douleur Aide au ciblage

Données

Actions

Résultats

Transmission Instruction Validité : 0 jours Hors patient Hors famille Confidentielle

✓ ✗ ?

	A faire	Alerte	Constantes/Cara
80	111 - 86	36.6°	66.00kg
66	116 - 75	36.8°	71.50kg
76	99 - 76	36.6°	63.00kg
73	86 - 69	36.1°	84.00kg
96	107 - 79	36.1°	48.00kg
51	82 - 65	36.7°	110.00kg
51	150 - 88	36.0°	78.00kg
64	114 - 85	36.5°	78.00kg
56	120 - 70	36.4°	100.00kg
93	110 - 60	37.1°	67.00kg
98	111 - 81	36.4°	69.00kg
98	110 - 70	36.2°	64.00kg
71	115 - 74	36.1°	68.00kg
49	119 - 75	36.0°	72.30kg
69	109 - 79	36.3°	67.00kg
66	108 - 58	36.7°	70.00kg

[illegible]

[illegible]



