



Elisabeth ERDOCIAN, Cadre de Santé
Service d'Hémodialyse – Centre Hospitalier du Val d'Ariège - FOIX



Prise en charge de la douleur en hémodialyse

En 2007, pour une présentation lors d'une formation institutionnelle sur la douleur, nous avons réalisé une enquête sur la douleur et l'influence de celle-ci sur la qualité de vie des patients traités par hémodialyse.

Celle-ci nous avait permis de faire un état des lieux et mettre en place certaines actions pour améliorer la prise en charge, avec notamment des consultations douleur.

En 2012, nous avons effectué une nouvelle enquête, avec l'objectif constant d'améliorer notre prise en charge de la douleur et faire le lien avec la qualité de vie. Ainsi, chaque infirmier a réalisé 4 ou 5 entretiens auprès des patients du centre.

A ce jour, lors de chaque séance, nous prévoyons une évaluation de la douleur lors du branchement et durant la séance.

Nous avons cependant constaté en participant aux critères IPAQSS spécifiques à l'hémodialyse, en 2011 que l'item « douleur » n'apparaissait pas. Toutefois, dans les unités de soins, ce critère est attendu et évalué.

La prise en charge de toute douleur est une priorité au quotidien. Ainsi, nous aborderons dans un premier temps une approche théorique (définitions, types de douleurs, caractéristiques, cadre réglementaire) puis présenterons notre enquête, pour amorcer une réflexion sur les pistes d'améliorations.

Définition

D'après l'IASP (International Association for the Study of Pain) :

« *La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en termes d'une telle lésion* ».

Toute douleur est « vraie » car elle est ressentie, vécue et subjective.

Ainsi, toute douleur doit être « entendue » et prise en considération. Elle est singulière et individuelle, au-delà de certaines caractéristiques (type de douleurs, origines etc.).

l'organisme et évoluant depuis moins de trois mois.

- **La douleur chronique** : au-delà de trois à six mois, la douleur persistante et rebelle aux traitements usuels est dite chronique (la durée et persistance peut avoir des répercussions psychologiques à prendre en considération).

- **La douleur « psychologique »** : elle est difficile à définir. Il ne faut pas la stigmatiser.

« *Peine, parfois associée à une douleur physique, comprenant des commentaires mentaux et des états émotionnels et qui est en lien avec l'histoire de la personne* »¹.

Il s'agit d'une définition faite par un groupe de travail dans une maison de retraite qui met en évidence l'importance de ce qui est exprimé, ressenti, des émotions, le sentiment d'accomplissement et d'utilité.

- **Douleur psychogène** : souvent retrouvé dans la littérature, elle évoque une douleur sans cause somatique (il faut rester prudent car le somatique et psychique sont « intriqués »)

- **Douleurs nociceptives (ou excès de nociception)** : l'origine correspond à une lésion d'une partie du corps, elle peut correspondre à une brûlure, un traumatisme, une inflammation etc.

- **Douleurs neuropathiques (ou neurogènes)** : liées au système nerveux (ex : zona). La douleur se caractérise par des décharges électriques, hypoesthésie, picotement, etc.



Il est prégnant d'identifier la douleur et ne pas la banaliser. Elle peut être un symptôme et également un élément perturbateur et désagréable influençant la qualité de vie. Il faut l'inclure dans une histoire de vie et parfois dans un contexte évolutif.

Types de douleurs

Différents types de douleurs sont décrits. Ils sont principalement liés à la durée et à l'origine.

- **La douleur aiguë** : c'est un symptôme, une sensation déclenchée par le système nerveux pour alerter l'ensemble de

Les composantes

La douleur présente plusieurs composantes qui sont :

- **Sensorielle** : ce que la personne sent (localisation, durée, intensité de la douleur).
- **Emotionnelle** : ce qu'elle ressent : en terme de pénibilité, d'influence sur sa qualité de vie, l'anxiété et la dépression qui peuvent en découler, d'où un des points d'analyse de l'enquête en lien avec cette caractéristique.
- **Cognitive** : peut faire référence à l'éducation, la représentation de la douleur dans la société.
- **Comportementale** : comment la personne réagit (expression verbale ou pas, repli, influences sur son comportement habituel).



Contexte réglementaire et législatif

Plusieurs textes législatifs, de santé publique et professionnels posent le cadre de référence.

Les Plans douleur

De 1998 à 2010, trois plans nationaux de lutte contre la douleur se sont succédés en France.

Le Plan actuel est celui de 2006/2010, le 4^{ème} est attendu prochainement car certains points sont encore à développer.

Les objectifs seront :

- mieux impliquer la médecine de ville dans la prise en charge,
- mieux former et sensibiliser les professionnels de santé,
- informer davantage le public,
- prêter attention aux personnes vulnérables (enfants, handicapées et souffrant de maladies psychiatriques)...

Il traitera également de la douleur de la personne âgée et également du contrôle de la douleur iatrogène.

Charte des patients hospitalisés

Usagers, vos droits
Charte de la personne hospitalisée
Principes généraux

circulaire n° DM05-E1/DGS-SD1B-SD1C-SD4A/2006/00 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée

1. Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est **accessible à tous**, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.
2. Les établissements de santé garantissent la **qualité de l'accueil, des traitements et des soins**. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.
3. L'**information** donnée au patient doit être **accessible et loyale**. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.
4. Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le **consentement libre et éclairé du patient**. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.
5. Un **consentement spécifique** est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.
6. Une personne à qui il est proposé de participer à une **recherche biomédicale** est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. **Son accord est donné par écrit**. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.
7. La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, **quitter à tout moment l'établissement** après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.
8. La **personne hospitalisée est traitée avec égards**. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.
9. Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que la **confidentialité des informations** personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.
10. La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un **accès direct aux informations de santé la concernant**. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.
11. La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du **droit d'être entendue** par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

* Le document intégral de la charte de la personne hospitalisée est accessible sur le site Internet : www.sante.gouv.fr

Il peut être également obtenu gratuitement, sans délai, sur simple demande, auprès du service chargé de l'accueil de l'établissement.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique définit 100 objectifs à atteindre dans les cinq ans, dont 49 concernent des maladies chroniques. Dans ce cadre, des plans ont été mis en place.

L'objectif N°81 préconisé par la loi de santé publique de 2004 est de réduire le retentissement de l'insuffisance rénale chronique sur la qualité de vie des personnes atteintes, en particulier celles qui sont sous dialyse.

Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité des soins reconnaît **le soulagement de la douleur comme un droit fondamental des personnes**.

- Article 3, droit de la personne / Art. L. 1110-5.
- « *Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.* ».

Charte des patients hospitalisés : circulaire du 2 mars 2006 relative aux droits des patients

La dimension douloureuse, physique et psychologique de la prise en charge des personnes hospitalisées, ainsi que le soulagement de leur souffrance, constituent une préoccupation constante de tous les intervenants. Tout établissement doit se doter des moyens propres à organiser la prise en charge de la douleur des personnes qu'il accueille.

Principales étiologies de douleurs en hémodialyse

- Articulaires,
- Neuropathies,
- Vasculaires,
- Liées aux antécédents : diabète artérite,
- Liées à l'IRCT (insuffisance rénale chronique terminale) : ostéoarticulaires, hyperparathyroïdie 2nd amylose,
- Cutané, prurit,
- Digestives,
- Liée à la population âgée.

Nous retrouvons également des douleurs psychiques à inclure dans une singularité et une histoire de vie.

Ainsi, apparaissent également des douleurs :

- **Liées à la peur de mourir** : cela est en lien avec la perte réelle d'un organe vital qui ne fonctionne plus. Cette réalité induit des incertitudes, des attentes, une dépendance, voir un isolement social, familial.
- **Liées à la perte** : d'une fonction qui a pour conséquences : la nécessité de suppléance : technique, administratives.
- **Liées à la Dépendance.**
- **Liées aux répercussions pour la Famille** : l'organisation familiale doit se faire autour de la dialyse pouvant entraîner une surprotection, une culpabilité.

Dominique Cupa, Professeur de psychopathologie et directrice de l'Unité de psychonephrologie de l'AURA, a participé à la réalisation de psychologie en néphrologie « qui rassemble des textes concernant des recherches sur la souffrance psychique, sur les appréhensions et les craintes, ainsi que sur la qualité de vie des patients dialysés ou transplantés³ ». L'auteur précise qu'il faut accepter dans le corps des organes non fonctionnels, d'où un deuil de la fonction rénale. Il existe également une relation de dépendance, une perte de maîtrise et une certaine passivité. Ces différents éléments peuvent induire des réactions ou comportements nouveaux des personnes avec ce traitement de suppléance.

Au-delà de cette approche théorique, comment assurer une prise en charge efficiente de la douleur, au quotidien ?

Nous avons donc souhaité réaliser des entretiens auprès des patients du centre pour mieux comprendre ce qu'ils vivent et l'influence aussi sur la qualité de vie pour ensuite proposer des axes d'amélioration.

Pour une personne ne parlant pas très bien le français, nous avons fait appel à un traducteur.

La population accueillie :

56 patients adultes par semaine en moyenne, composés des « habitués » (chronique), nouveaux (2 à 3 par mois), les patients de réanimation, les aigus, les replis (des UAD pour transfusion, examens, problème de voies d'abord, hospitalisations etc.) et les vacanciers.

9 ont moins de 60 ans et 18 ont plus de 80 ans sur une étude faite sur les 51 patients en Janvier 2012.

Il n'y a pas de chiffres significatifs concernant le sexe des patients (1/2). Les femmes sont par contre plus âgées.

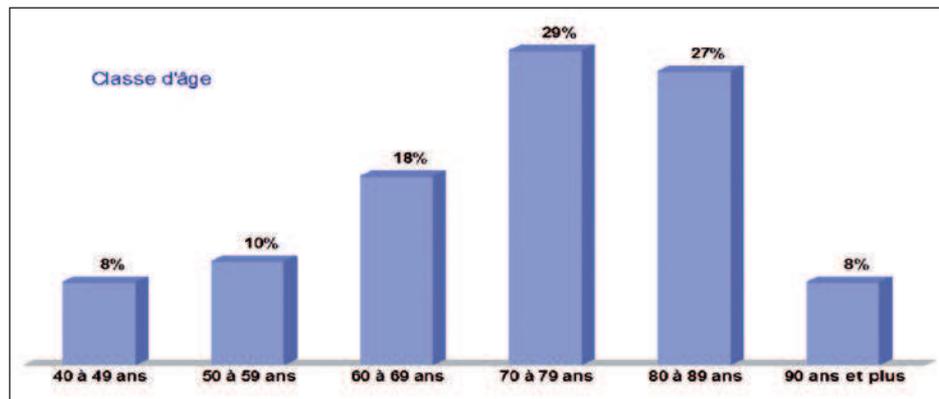
35% sont porteurs de cathéters de type Canaud. (1/3 des patients).

Nous avons fait en janvier 2012 une évaluation de l'autonomie des patients qui montrent des différences selon les équipes avec notamment le mardi après midi une équipe plus dépendante.

Beaucoup de patients, bien qu'autonome pour se déplacer et se peser, présente des difficultés pour se comprimer. (cela correspond pour la plupart au score de moins de 15 / le nombre 12 désigne une totale autonomie) Les patients se comprimant sont très peu nombreux (toutefois certains seraient en capacités, l'utilisation des bracelets de compression est parfois systématisée).

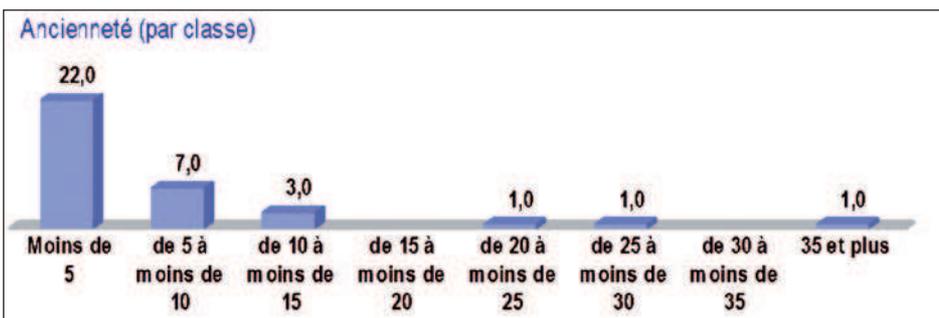
1/3 nécessite de l'aide pour se peser (nous ne possédons pas de lits balances).

A ce jour, il n'existe pas d'outils pour



Seulement 6 patients ont plus de 10 ans d'ancienneté. La moitié des patients vient depuis moins de 5 ans.

mesurer la charge de travail en hémodialyse et nous sommes soumis aux textes (soit 1 IDE pour 4 et une AS pour 8).

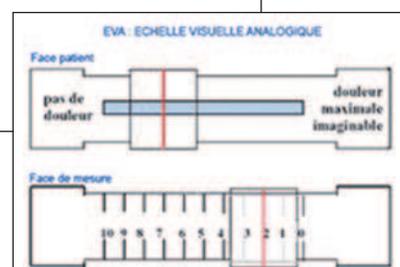
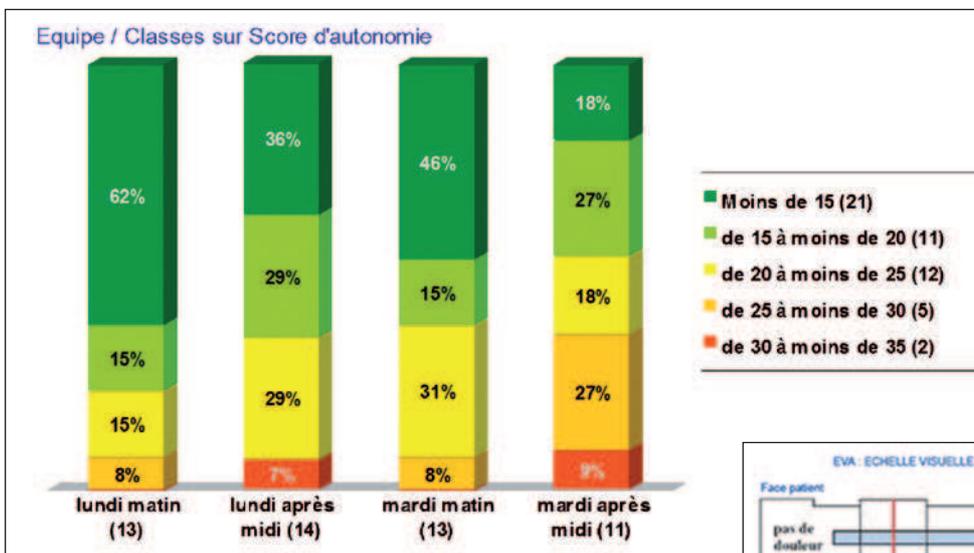
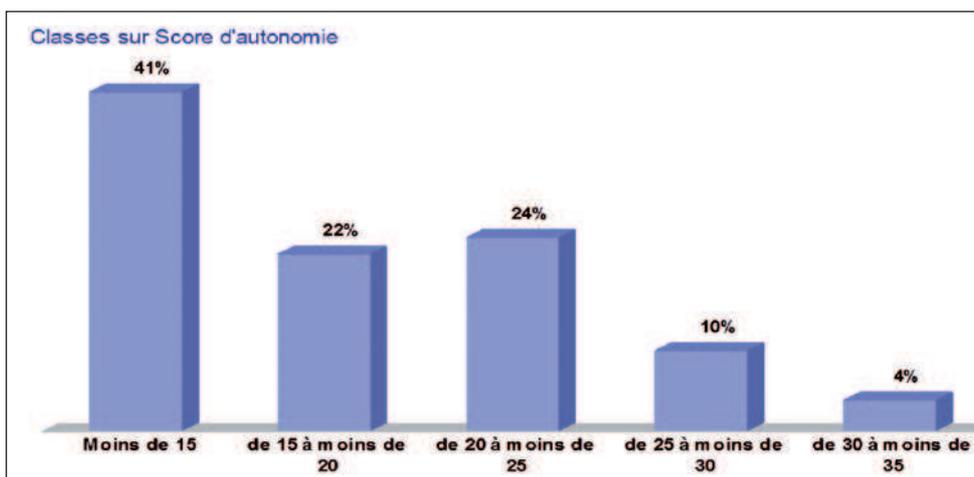


Cela ne tient pas compte des évolutions de la population accueillie. Il est important, dans le cadre de l'enquête, de présenter les patients du centre.

60% des patients présentent une dépendance et une aide pour les gestes de la vie courante.

Sexe du patient			
	Effectifs		Fréquence
homme	25		49%
femme	26		51%
Total	51		100%

Équipe			
	Effectifs		Fréquence
lundi matin	13		25%
lundi après midi	14		27%
mardi matin	13		25%
mardi après midi	11		22%
Total	51		100%



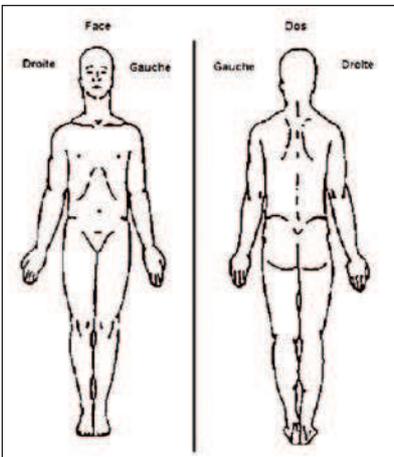
Evaluation de la douleur

Elle se fait pendant la séance : au branchement et durant la séance.

Méthode de l'enquête

Nous avons réalisé une enquête auprès de 42 personnes qui ont voulu et pu y participer, (représentatif car cela correspond à plus de 80% des patients). Nous avons utilisé pour l'entretien une grille (à partir de celle de 2007 complétée avec l'enquête sur l'anxiété et dépression) elle s'appuie sur des éléments validés comme le schéma corporel de la douleur et l'échelle HADS (évaluation de la douleur et aspect émotif) :

Schéma corporel de la douleur



La moitié des patients ont présenté des douleurs entre les 2 séances. Cela était important pour nous de pouvoir l'identifier pour comprendre le quotidien et l'influence sur la qualité de vie au-delà de leur présence le temps de la séance.

Les causes décrites pour les douleurs entre les séances :

Chaque personne, si elle avait présenté une douleur entre les 2 séances, a noté sur le schéma le lieu (nous n'avons pas utilisé le S de superficiel ou P de profond qui est un élément complémentaire de cet outil), faisant apparaître les

origines suivantes :

- Douleurs osseuses et articulaires qui peuvent avoir plusieurs localisations (épaules, genoux, colonne vertébrale).
- Douleurs vasculaires ou circulatoires, impatiences, crampes.
- Voies d'abord : 3. Il nous faudra revoir ce point car il est un des éléments de surveillance des voies d'abord (était-ce lié à un hématome ?).

L'influence des douleurs sur les activités et retentissement de la douleur sur le comportement quotidien :

13 patients sur 42 évoquent une influence sur l'humeur avec une cotation à 5.

La capacité à marcher est altérée par une gêne certaine et des chiffres élevés. Ce critère semble facilement évaluable. 23 ont décrit une gêne supérieure à 5 allant jusqu'à 10. On retrouve des chiffres similaires concernant l'influence sur les activités ou travail.

Concernant l'influence de la douleur sur la relation avec les autres, seulement 5 patients expriment une gêne avec une cotation à 5.

La douleur n'influencerait pas la relation aux autres ? il semble que cela soit difficile à exprimer.

L'impact de la douleur sur soi est une chose mais pouvoir reconnaître une influence sur sa relation aux autres est plus difficile.

Gout de vivre :

Nous notons plus d'expressions qu'en 2007 où beaucoup n'avaient pas répondu ou non mis en évidence cet impact sur le gout de vivre. En 2012, 12 verbalisent une influence négative sur le gout de vivre.

De manière générale, la douleur interagit sur les activités et la marche, ce qui est un handicap et une problématique au quotidien pouvant engendrer une perte d'autonomie et un risque de chute.

Comme nous l'avons vu en 2007, l'influence sur l'humeur ou la relation aux autres semble plus complexe. Est-elle vraiment non significative ?

Il est souvent complexe de décrire la douleur, nous nous sommes inspirés du QDSA (Questionnaire Douleur Saint-Antoine) qui est un questionnaire d'adjectifs qui a été traduit du Mac Gill Pain Questionnaire. Il permet une évaluation sensorielle (quantitative et qualitative).

Toutefois, le test a montré que cela était long et difficile pour certains, donc nous avons utilisé certains mots et laissé la possibilité d'utiliser un mot personnel.

Autres : énervante pour 4, angoissante pour 3, brulure pour 3, lourdeur pour 3.

13 personnes ont répondu « insupportable », ce qui démontre le besoin de réévaluer individuellement la douleur pour adapter le traitement ou faire appel selon le cas à un spécialiste. La notion d'insupportable montre une intensité et un niveau élevé de douleur.

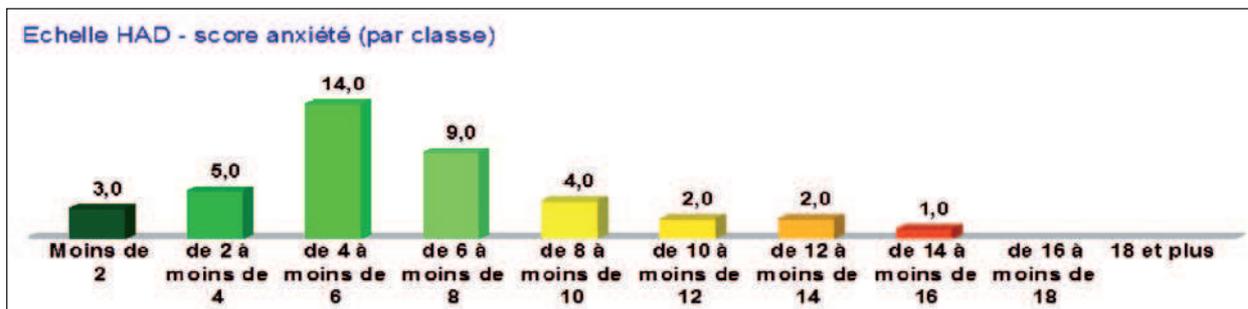
Anxiété et dépression

Nous avons rajouté cette fois-ci une échelle du retentissement émotionnel pour nous permettre d'identifier selon les scores, des signes d'Anxiété et de dépressions.

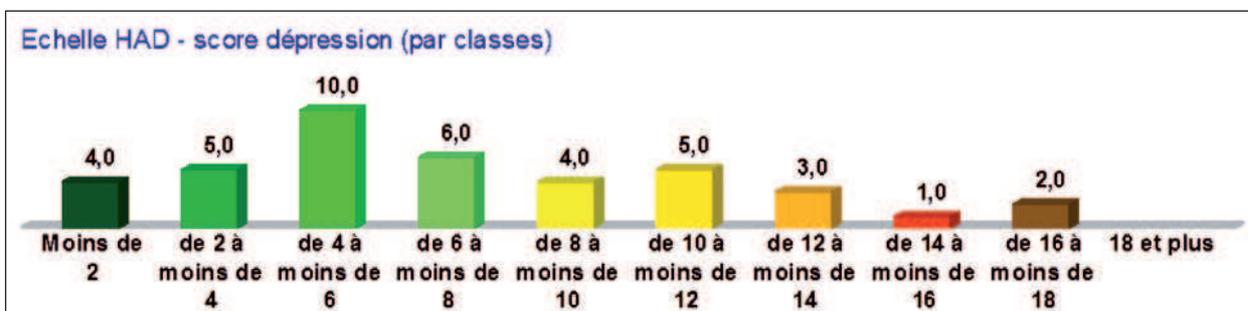
4- Qualificatifs de la douleur

	Effectifs	
élancement	15	15,0
autre	15	15,0
insupportable	13	13,0
tiraillement	9	9,0
déprimante	8	8,0
épuisante	5	5,0
Total / répondants	30	

Nous avons utilisé l'échelle HAD (hospital anxiety and depression scale).
L'enquête a mis en exergue des éléments en faveur de dépression de façon significative (11 patients).
Cette échelle donne des signes d'alertes.



En vert : les résultats ne sont pas significatifs et ne sont pas en faveur d'une anxiété.
Score de 8 à 10 : 4 patients ont de signes limites et 5 présentent de l'anxiété, au vu du score élevé.



En vert : 23 n'auraient pas de signes de dépression, en jaune clair, 4 seraient limites et 11 présenteraient des signes de dépression.

La ponction

2/3 des patients utilisent un produit anesthésique avant la ponction. La moitié signale que la ponction n'est pas douloureuse. Elle reste cependant douloureuse pour 12 patients qui disent également l'appréhender. La ponction étant répétitive et nécessaire à chaque séance est pour ces personnes une étape importante à ne pas banaliser.

2 patients ont signalé une allergie et un ne l'ayant jamais utilisé ne souhaite pas commencer.

Une personne aurait aimé que cela soit mis dans le service, ce qui peut signifier une difficulté de le réaliser à domicile.

Concernant la voie d'abord type cathéter de Canaud, il n'est pas décrit de douleur sauf pour une dame qui appréhende toute mobilisation et soins qui sont douloureux pour elle (elle ne présente pas de signes d'infection mais cette sensibilité et douleur est omniprésente lors des différents soins sur le cathéter.

Evaluation de la douleur le jour de l'enquête pendant la séance :

Les douleurs se trouvent dans les membres inférieurs (jambes, mollets, crampes) et sont aussi articulaires

La position couchée est source de mal au dos, d'impatiences, elle est pénible du fait de l'inactivité et provoque aussi une douleur morale. Nous avons fait des essais de sièges pour remplacer certains lits, qui n'avaient pas été concluants.

13 patients disent avoir bénéficié de consultations spécialistes et consultations douleur. Toutefois, il s'agissait souvent de rhumatologues.

6-8 Qu'est-ce qui est le plus douloureux en hémodialyse ?

	Occurre...
Les crampes	8
4h couché dans le lit	6
L'attente	4
La durée de la séance	4
venir en dialyse	4
La douleur morale	3
La douleur	2
Venir 3 fois par semaine	2
La chute de TA la fin de la dialyse	2
Les déplacements	2
Rentrer tard à la maison	1
La ponction	1
Le ventre	1
la désinfection du cathéter	1
contrainte du temps de dialyse	1
Le froid	1
La prise de TA fréquente	1
Total / occurrences	44

6-7 Remarques sur la position couchée

	Occurre...
Mal au dos	2
Préfère la position demi assis	2
la durée	2
Douleur morale	1
Inactivité	1
Perte de la vue	1
position couchée pénible	1
Impatience aux jambes	1
rester si longtemps allongé	1
n'arrive pas à rester sur le côté droit, n'arrive pas à bouger.	1
Total / occurrences	13

La consultation douleur est à développer. Le dossier préalable est complexe et long à remplir mais nos médecins n'hésitent pas le prescrire selon les situations.

La question volontairement globale de ce qui est le plus douloureux en hémodialyse laisse transparaître la douleur morale, d'être là, de venir et du temps en hémodialyse.

Des douleurs physiques liée à l'insuffisance rénale, à l'âge sont présentes mais pour certains ce qui est invalidant et problématique reste la nécessité de ce traitement. Certains n'ont pas accepté et verbalisent que c'est la présence de leur famille qui les fait avancer. En effet, certaines personnes ont perdu leur travail, leur rôle au sein de leur familles. Ils fondent alors beaucoup d'espoir dans la greffe.

Certains, plus âgés, trouvent une ambiance familiale aidante en hémodialyse. Ils se sentent « attendus », ce qui permet de mieux intégrer le traitement au quotidien.

7-1 prenez-vous des antalgiques actuellement ?

	Effectifs
oui	28
non	11
Total	39

Les antalgiques

Plus de la moitié des patients prennent un traitement antalgique. Une grande majorité utilisent des antalgiques de pallier 1. 4 utilisent des morphiniques.

7-1 Quels sont les antalgiques que vous prenez actuellement ?

	Occure...
dafalgan	12
Doliprane	6
Ixprim	3
Durogésic	2
Lamaline	2
acupan	1
Advil	1
Cortancyl	1
Efferalgan	1
patch	1
Spasfon	1
Actiskénan	1
vogalène	1
Total / occurrences	33

Conclusion

Vivre avec une maladie chronique et un traitement de suppléance a un réel impact sur la qualité de vie du fait de sa lourdeur et complexité. L'apparition de douleur aiguë, chronique, psychologique dans ce contexte déjà difficile est encore un évènement supplémentaire d'où l'importance de bien l'identifier pour mieux le traiter.

Certains professionnels de santé qui accueillent les patients hémodialysés ne savent pas ce qui peut être prescrits. Le médecin traitant peut parfois se trouver dans cette situation. Il est donc important de travailler en collaboration. Les néphrologues font appel aussi à des spécialistes et dirigent les patients vers les consultations douleur, si besoin.

Ces entretiens sont avant tout un moyen de communication et un moment privilégié où la parole est donnée aux patients, favorisant l'expression, les non-dits, les doutes et questions également au-delà de la douleur physique. La douleur morale est très présente. De ce fait, le rôle de la psychologue prend tout son sens et nous travaillons à mieux l'intégrer au quotidien, en redéfinissant ses missions auprès de l'équipe soignante et des patients.

Nous renouvellerons cette enquête en retravaillant la grille dans une volonté de toujours améliorer la prise en charge de la douleur.

Pour le confort, nous envisageons d'autres achats de matériel comme les coussins à billes et l'intervention d'autres professionnels pour une approche un peu différente des soins dits classiques tel que la réflexologie...

Il était important de pouvoir réaliser des entretiens et une enquête sur ce sujet prioritaire. Nous devons poursuivre au quotidien en poursuivant nos évaluations lors des séances avec une cotation. Dans cet esprit, nous pourrions poursuivre avec une étude sur la qualité de vie de façon plus globale.

Pistes de réflexion

- **Psychologue** : « trouver sa place » et définir son rôle. A ce jour, elle intervient ponctuellement mais ne fait pas vraiment partie de l'équipe. Il existe un travail à faire sur les représentations de l'équipe et des patients. La configuration de la salle est aussi un frein à un entretien individuel et confidentiel mais une présence systématique pourrait peut-être aider son intégration et la collaboration pluridisciplinaire. Nous pensons solliciter aussi d'autres collègues pour partager les expériences et pratiques.

- **Favoriser l'expression et le vécu** : recueil de témoignages (voir livre raconte-moi la dialyse et autre projet de l'unité, projet d'atelier d'écriture etc.) écouter et entendre.

- **Aide aussi pour l'équipe** dans certaines situations de soins et notamment la prise en charge de personnes en fin de vie. Nous avons sollicité l'équipe des soins palliatifs.

- **Utilisation de coussins à bille pour l'installation.**

- **Réflexologue** : nous envisageons de faire intervenir une IDE qui s'est formée à la réflexologie. Il est recherché, par cette approche atypique, un moyen complémentaire pour faire face à la douleur et à la complexité et lourdeur du traitement.

- **Hypnose** : un des patients a réalisé des séances pour l'aider à mieux appréhender l'hémodialyse. Sur l'établissement, des membres de la consultation douleurs sont formés (pourront être ressources).

- **Sophrologie** : il est possible de travailler sur l'image corporelle et les sensations et sur la douleur.

- **Réflexions sur le meopa®** : « gaz hilarant » pour mieux appréhender certains gestes traumatiques (pose d'un cathéter fémoral), réflexions sur les fleurs de Bach à étudier.

- **Améliorer le quotidien** en hémodialyse, la qualité de vie pour mieux accepter et vivre avec l'hémodialyse.

- **Pédalier** : cet appareil pourra favoriser l'amélioration de la circulation, travailler au niveau musculaire. Cela peut aider à diminuer certaines douleurs.

Bibliographie

1. <http://www.bellerive.ch/la-douleur/douleur-psychique> 21 avril 2012
2. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf, 14 avril 2012
3. *Psychologie en néphrologie. Sous la direction de D.CUPA..2002. EDK. 160 pages*