



Les douleurs chroniques

Le mardi 02 octobre 2018
Salle Rabelais - MONTPELLIER



Ouverture de la journée

- **Mr le Dr Frédéric BERNARD**
Président du CLUD - CHU de Montpellier
- **Mme Brigitte FRANZI**
DCGS – Vice Présidente du CLUD - CHU de Montpellier
Représentée par:
- **Mme Marie Hélène REQUENA LAPARRA**
Directrice des Soins – CHU de Montpellier





La douleur : un phénomène objectif et son épreuve subjective

- M. Jean François LAVIGNE, *Philosophe - Montpellier*



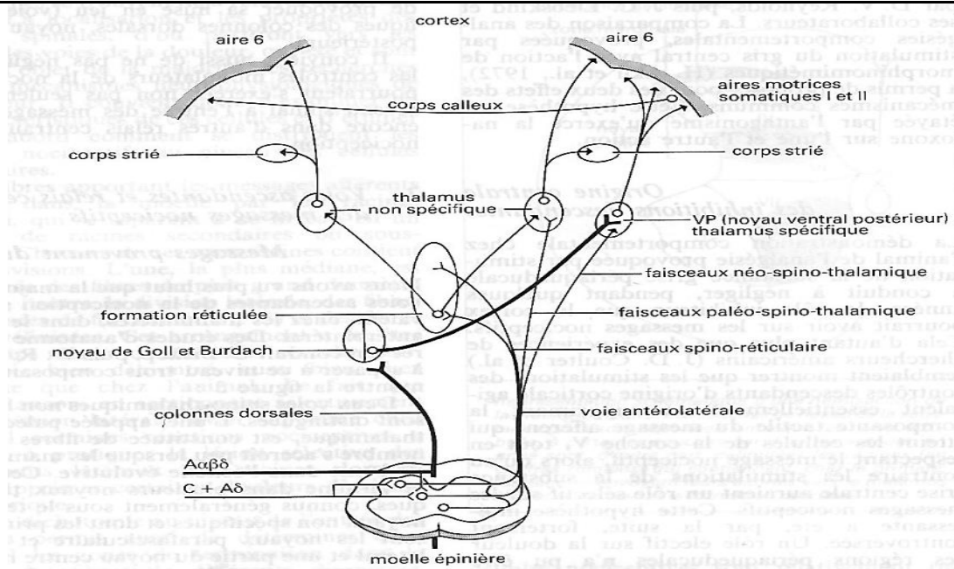
La douleur :

approche objective et
approche phénoménologique

Approche physiologique contemporaine : Denise Albe-Fessard,
Encyclopaedia Universalis, t.7, p. 666, article « Douleur »

« Si les zones mésencéphaliques et thalamiques qui reçoivent les influx nociceptifs sont multiples, elles peuvent cependant être regroupées chez le primate en deux ensembles :

- le système latéral comprenant le faisceau néo-spino-thalamique et ses terminaisons dans le noyau ventral postérieur (V.P.) et le groupe postérieur;
- le système médian, comprenant les relais bulbo-mésencéphaliques et les noyaux de projection dans le thalamus médian des afférences paléo-spinothalamiques relayées et non relayées. (...) /



Représentation schématique des voies ascendantes qui relient la moelle au thalamus puis au cortex. En bas, une coupe de moelle est représentée, les afférences atteignant les cellules de la corne dorsale à partir des deux subdivisions des racines (A, fibres myélinisées, C, fibres non myélinisées).

Chez l'homme conscient non anesthésié (dyskinésique, ou douloureux), des stimulations localisées et des lésions ont été pratiquées dans des régions appartenant à ces deux systèmes au cours d'opérations stéréotaxiques. (...)/

Les sensations rapportées par les patients ont été comparées à celles qui ont été obtenues par stimulation de la voie antérolatérale qui, dans la moelle, conduit les afférences nociceptives vers l'un et l'autre système de projection. Cette voie a été stimulée chez des patients conscients souffrant de douleur d'hyperstimulation, au cours d'opérations visant à léser les voies spino-thalamiques et pratiquées par voie transcutanée au niveau spinal haut (2ème vertèbre cervicale).

Le contingent spino-thalamique (néo + paléo), lorsqu'il est stimulé à ce niveau, produit des sensations de douleur et de brûlure

(5 % des cas), de chaud et de froid (94 %) et des paresthésies (1 %) dans des zones périphériques contralatérales bien localisées.

Ces types de sensations ne peuvent se confondre avec les sensations de picotement, d'électricité et d'engourdissement, localisées dans un champ ipsilatéral, qui sont produites par la stimulation des colonnes dorsales (R. Tasker et al., 1981). Les voies spino-thalamiques conduisent donc bien les messages provoquant la douleur, mais aussi et surtout ceux qui donnent lieu aux sensations de température discriminative. »

René DESCARTES (1596 – 1650) *Méditations
métaphysiques*, Sixième méditation (al. 35)

« Je remarque, outre cela, que la nature du corps est telle, qu'aucune de ses parties ne peut être mue par une autre partie un peu éloignée, qu'elle ne le puisse être aussi de la même sorte par chacune des parties qui sont entre deux, quoique cette partie plus éloignée n'agisse point. [...] Et en même façon, quand je ressens de la douleur au pied, la physique m'apprend que ce sentiment se communique par le moyen des nerfs dispersés dans le pied, qui, se trouvant étendus comme des cordes depuis là jusqu'au cerveau, lorsqu'ils sont tirés dans le pied, tirent aussi en même temps l'endroit du cerveau d'où ils viennent et auquel ils aboutissent, et y excitent un certain mouvement, que la nature a institué pour faire sentir de la douleur à l'esprit, comme si cette douleur était dans le pied. (...) /

Mais parce que ces nerfs doivent passer par la jambe, par la cuisse, par les reins, par le dos et par le col, pour s'étendre depuis le pied jusqu'au cerveau, il peut arriver qu'en outre bien que leurs extrémités qui sont dans le pied ne soient point remuées, mais seulement quelques-unes de leurs parties qui passent par les reins ou par le col, cela néanmoins excite les mêmes mouvements dans le cerveau, qui pourraient y être excités par une blessure reçue dans le pied, en suite de quoi il sera nécessaire que l'esprit ressente dans le pied la même douleur que s'il y avait reçu une blessure. Et il faut juger le semblable de toutes les autres perceptions de nos sens. »

Les Passions de l'âme (1648) Art. 34. *Comment l'âme et le corps agissent l'un contre l'autre.*

Concevons donc ici que l'âme a son siège principal dans la petite glande qui est au milieu du cerveau, d'où elle rayonne en tout le reste du corps par l'entremise des esprits, des nerfs et même du sang, qui, participant aux impressions des esprits, les peut porter par les artères en tous les membres ; et nous souvenant de ce qui a été dit ci-dessus de la machine de notre corps, à savoir, que les petits filets de nos nerfs sont tellement distribués en toutes ses parties, qu'à l'occasion des divers mouvements qui y sont excités par les objets sensibles, ils ouvrent diversement les pores du cerveau, ce qui fait que les esprits animaux contenus en ces cavités entrent diversement dans les muscles, au moyen de quoi ils peuvent mouvoir les membres en toutes les diverses façons qu'ils sont capables d'être mus [...] ; (...) /

; ajoutons ici que la petite glande qui est le principal siège de l'âme est tellement suspendue entre les cavités qui contiennent ces esprits qu'elle peut être mue par eux en autant de diverses façons qu'il y a de diversités sensibles dans les objets ; [...] mais qu'elle peut aussi être diversement mue par l'âme, laquelle est de telle nature qu'elle reçoit autant de diverses impressions en elle, c'est-à-dire qu'elle a autant de diverses perceptions, qu'il arrive de divers mouvements en cette glande [...]. »

Maurice MERLEAU-PONTY (1908 – 1961) *Phénoménologie de la perception*, (1945) II, Le monde perçu. 1. Le sentir. Paris, Gallimard, p. 240.

« La pensée objective ignore le sujet de la perception. C'est qu'elle se donne le monde tout fait, comme milieu de tout événement possible, et traite la perception comme l'un de ces événements. Par exemple, le philosophe empiriste considère un sujet X en train de percevoir, et cherche à décrire ce qui se passe : il y a des sensations, qui sont des états ou des manières d'être du sujet et, à ce titre, de véritables choses mentales. Le sujet percevant est le lieu de ces choses, et le philosophe décrit les sensations et leur substrat comme on décrit la faune d'un pays lointain, – sans s'apercevoir qu'il perçoit lui-même, qu'il est sujet percevant et que la perception telle qu'il la vit dément tout ce qu'il dit de la perception en général. (...) /

Car, vue de l'intérieur, la perception ne doit rien à ce que nous savons par ailleurs sur le monde, sur les stimuli tels que les décrit la physique, et sur les organes des sens tels que les décrit la biologie. Elle ne se donne pas d'abord comme un événement dans le monde, auquel on puisse appliquer, par exemple, la catégorie de causalité ; mais comme une re-création ou une re-constitution du monde à chaque moment. Si nous croyons à un passé du monde, au monde physique, aux « stimuli », à l'organisme tel que le représentent nos livres, c'est d'abord parce que nous avons un champ perceptif présent et actuel, une surface de contact avec le monde ou en enracinement perpétuel en lui, [...]. (...) /

Tout le savoir s'installe dans les horizons ouverts par la perception. Il ne peut pas être question de décrire la perception elle-même comme l'un des faits qui se produisent dans le monde, puisque nous ne pouvons jamais effacer dans le tableau du monde cette lacune que nous sommes et par où il vient à exister pour quelqu'un [...]. »

Michel HENRY (1922 – 2002)

Incarnation, Introduction, p. 29 al.3. :

« Vivre veut dire s'éprouver soi-même. L'essence de la vie consiste dans ce pur fait de s'éprouver soi-même, dont se trouve au contraire dépourvu tout ce qui relève de la matière et plus généralement du « monde ». »

C'est moi la vérité, Chap. II, al. 19-22 (*passim*) :

« S'éprouver comme le fait la Vie, c'est jouir de soi. La jouissance ne présuppose aucune différence semblable à celle où prend naissance un monde : c'est une matière phénoménologique homogène, une chair affective monolithique dont la phénoménalité est l'affectivité comme telle. L'auto-révélation de la Vie n'est pas une structure formelle concevable à partir du « hors de soi » et de ses propres structures, celles-ci se trouvant dépassées, surmontées tout en étant conservées dans ce dépassement même. L'auto-révélation de la Vie est sa jouissance, l'auto-jouissance primordiale qui définit l'essence du vivre [...]. »

Incarnation, éditions du Seuil, Paris, 2000. Première partie, § 9, p. 85.

« Dès que la souffrance est là, elle est là tout entière en effet, comme une sorte d'absolu. Pour celui qui souffre, rien ne porte atteinte à sa souffrance. La souffrance n'a ni portes ni fenêtres, aucun espace hors d'elle ou en elle offert à sa fuite. C'est pourquoi elle ne peut non plus fuir en arrière d'elle-même en quelque sorte, ménager derrière elle une dimension de repli, où il lui serait loisible de se retirer, de se soustraire à son être propre et à ce qu'il a d'oppressant. Pas d'échappatoire possible. [...]. »

La souffrance est acculée à soi. Elle n'est pas acculée à soi comme on l'est contre un mur dont une sorte de limite, notre peau, nous sépare encore tandis que la pression sur elle du mur fait d'elle une paroi brûlante. Dans une telle représentation des choses, l'affection dont souffre la souffrance doit être nommée, en toute rigueur, une *hétéro-affection*, l'affection par quelque chose qui, si proche soit-il, est encore autre, en sorte que l' espoir subsiste qu'il s' écarte et que la pression douloureuse cesse. La souffrance n'est pas affectée par autre chose mais par elle-même, elle est une auto-affection en ce sens radical que c'est elle qui est affectée, mais c'est par elle aussi qu'elle l'est. Elle est à la fois l'affectant et l'affecté, ce qui fait souffrir et ce qui souffre indistinctement. C'est la souffrance qui souffre. [...] La souffrance ne sent rien d'autre qu'elle-même. »

9^{ème} journée du CLUD



Trouble somatoforme et douleur

Raphaël Gonon-Demoulian, interne en psychiatrie
Dr Fabrice Lorin, psychiatre

Département Douleur, Psychosomatique, Médecine fonctionnelle
CHU Montpellier

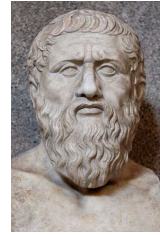




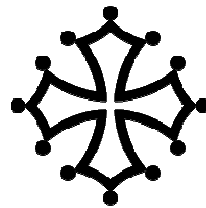
Considérations épistémologiques

La somatisation et la dualité corps-esprit

- Platon : « Le corps est la prison de l'âme »
- Descartes : « Je pense, donc je suis » « L'âme de l'homme est une substance distincte du corps »
- Spinoza : « L'objet de notre esprit est le corps existant, et rien d'autre »



Les cathares



- Dualisme absolu
- Le principe du Bien = l'esprit
- Le principe du Mal = la matière, le corps
- Le créateur de l'Univers = Satan
- Jésus? Un ange dont la vie terrestre fut une illusion
- Les Parfaits: stricte continence alimentaire et sexuelle





Troubles somatoformes

Plan

- 1- Définition
- 2- Epidémiologie
- 3- Facteurs favorisants
- 4- Facteurs précipitants
- 5- Facteurs de chronicisation
- 6- Prise en charge
- 7- Conclusion



Cas clinique

- Patient de 42 ans
- Professeur arts martiaux, séparé, pas d'enfants
- 2006 : entorse de la cheville gauche, accident de sport puis contusion de la jambe gauche, AVP
- 2007 : Douleur chronique irréductible, impotence fonctionnelle majeure, marche avec des cannes => Bilan clinique, radiologique (RX- IRM) négatif, EMG négatif
- Extension du trouble : la douleur du membre inférieur gauche remonte au genou puis au moyen fessier et à l'ensemble du rachis lombaire
- Reprise du travail à 50% comme instructeur de fitness / Litige avec l'employeur
- Consommation d'opiacés à visée antalgique





Cas clinique



- Multiples consultations spécialisées de 2007-2010
- 2010 : Neurostimulation épidurale en région glutéale
- 2011 : Fracture de la clavicule gauche (contexte d'agression) : ostéosynthèse
- 2012: hématome et surinfection au niveau du boîtier
- 2013: réimplantation du neurostimulateur en région glutéale
- Reprise des opiacés, consommation de BZD, THC, marche avec des cannes
- Bilan expertise neuro/rhumato/psy en 2015 : pas d'explication somatique à l'intensité des douleurs et au degré d'impotence fonctionnelle



Cas clinique

Conclusion diagnostique :

- Syndrome douloureux somatoforme persistant
- Dépendance aux opiacés, BZD, cannabis
- Trouble mixte de la personnalité : narcissique, dyssocial



1- Définition

CIM-10 : F45

Les troubles somatoformes sont caractérisés par des **symptômes physiques** associés à des **demandes d'investigation médicales**

Symptômes **médicalement inexplicés**

Symptômes persistants malgré des **bilans négatifs répétés**

Patient s'oppose à toute hypothèse psychologique pouvant expliquer ses troubles



1- Définition

- Terme «trouble somatoforme» : apparu dans le DSM III (1980)
- A remplacé l'hystérie devenue incorrecte aux yeux de l'APA (American psychiatrist association) : DSM II (1968)
- Suffixe «forme» : «qui ressemble à» en latin → trouble qui *ressemble* à un trouble somatique
- « Somatomorphe » serait plus rigoureux / racines grecques
- Au croisement entre la médecine psychiatrique et la médecine somatique





1- Définition

- En médecine somatique : «symptômes fonctionnels» ou «symptômes médicalement inexpliqués»
- Définition proche (mais pas d'origine psychogène)
- Les somaticiens posent peu le diagnostic de trouble somatoforme, et chaque spécialité à sa propre terminologie :
 - Syndrome du colon irritable
 - Douleur thoracique d'origine non cardiaque
 - Syndrome d'hyperventilation ou spasmophilie
 - Fibromyalgie
 - Burning mouth syndrome



1- Définition

Diagnostic différentiel

- Troubles psychosomatiques : trouble somatique, avec *lésion retrouvée*, dont la dimension psychologique est prévalente dans sa survenue et dans son évolution *Ex : asthme, psoriasis*
- Troubles factices : pathomimie, simulation, syndrome de Munchausen





1- Définition

Place de la douleur au sein des troubles somatoformes

DSM IV-R

- Trouble conversion
- Trouble somatisation ++
- Trouble somatoforme indifférencié ++
- Trouble douloureux +++
- Hypochondrie +
- Syndrome : peur d'une dysmorphie corporelle
- Trouble somatoforme non spécifié



CIM 10 (F 45)

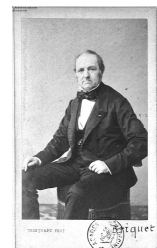
- Somatisation
- Trouble somatoforme indifférencié
- Trouble hypochondriaque (incluant la dysmorphophobie)
- Dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme
- Syndrome douloureux somatoforme persistant
- Autres troubles somatoformes



1- Définition

Trouble somatisation : la douleur est un des symptômes du trouble

- 1857 : descriptions cliniques minutieuses de Briquet (Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie) → «Syndrome de Briquet» (école américaine de Saint-Louis)
- Syndrome polysymptomatique constitué de plaintes somatiques multiples, nombreuses et variées, se manifestant pendant de nombreuses années





1- Définition

Trouble somatisation : critères DSM IV

- A-Antécédents de plaintes somatiques multiples, débutant avant l'âge de 30 ans, se manifestant pendant plusieurs années et aboutissant à des demandes de traitement et/ou à une altération significative du fonctionnement social.
- B-Chacun des critères suivants doit avoir été rempli :
 - 1-Quatre symptômes douloureux
 - 2-Deux symptômes gastro-intestinaux
 - 3-Un symptôme sexuel
 - 4-Un symptôme pseudo-neurologique
- C-Un des critères suivants doit être rempli :
 - 1-Aucun des symptômes du critère B ne peut s'expliquer par une affection médicale ou par des effets d'une substance.
 - 2-Quand il existe une relation avec une affection médicale générale, les symptômes ou l'altération du fonctionnement social qui en résultent sont disproportionnés par rapport à ce que laisseraient prévoir les constatations médicales.
- D. Les symptômes ne sont pas produits intentionnellement ou feints (comme dans le trouble factice ou la simulation)



1- Définition

Modèles explicatifs

- Somatisation = défense psychologique
modèle de la conversion hystérique
- Somatisation = amplification somatique de la détresse
Barsky : attention particulière portée aux sensations corporelles
- Somatisation = conséquence du recours au système de santé
Orientation «organique» du système de soins actuel
- Somatisation = «conduite de maladie déviante»
Symptômes ressentis → attribution à une maladie → aide médicale





1- Définition

Trouble douloureux : critères DSM IV

- A : Une douleur dans une ou plusieurs localisations anatomiques est **au centre du tableau clinique**, et cette douleur est d'une intensité suffisante pour justifier un examen clinique
- B : La douleur est à l'origine d'une souffrance clinique significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.
- C : On estime que les facteurs psychologiques jouent un rôle important dans le déclenchement, l'intensité ou la persistance de la douleur
- D : Le symptôme ou le déficit n'est pas produit intentionnellement ou feint (comme dans le trouble factice ou la simulation)
- E : La douleur n'est pas mieux expliquée par un trouble de l'humeur, un trouble anxieux ou un trouble psychotique et ne répond pas aux critères de la dyspareunie.



1- Définition

Critiques de la catégorie « troubles somatoformes »

- recouvrement avec d'autres catégories diagnostiques associant des symptômes somatiques (troubles de l'humeur, troubles anxieux, ...)
- manque de compréhension physiopathologique de certains symptômes somatiques
- absence d'études épidémiologiques en psychiatrie car manque de contours définis
- favorise la confusion – divergences d'opinions



1- Définition

DSM 5 (2013) : Somatic Symptom Disorder = SSD

- On supprime : trouble ~~somatoforme~~, trouble ~~somatization~~, ~~hypochondrie~~, trouble ~~douloureux~~, trouble ~~de conversion~~

Critère SSD : **trouble à symptomatologie somatique**

- présence de symptômes somatiques
- soit : causant détresse significative
- soit : entraînant une perturbation significative du fonctionnement de la vie quotidienne
- via des pensées, sentiments et comportements relatifs à ces symptômes, excessifs et disproportionnés
- Symptômes présents depuis au moins 6 mois



1- Définition

DSM 5 : Somatic Symptom Disorder = SSD

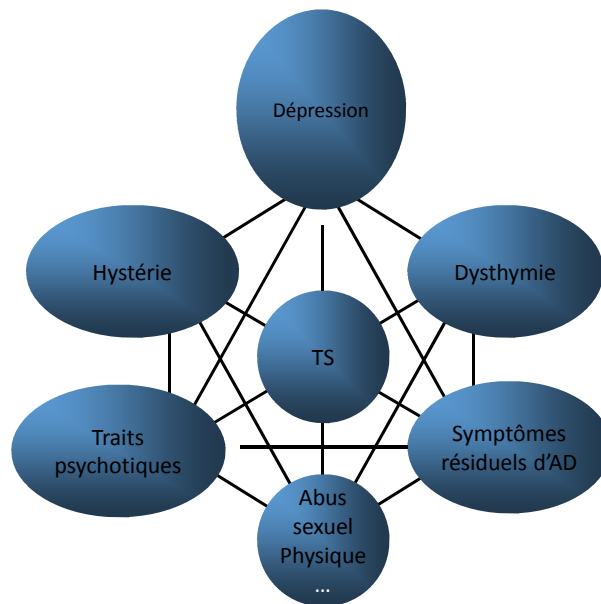
- Langage commun entre médecins
- Favorise l'approche globale
- Remplace le symptôme somatique au cœur du trouble

Limites du DSM :

- Médicalisation excessive de la souffrance
- Relative inefficacité de traitements pharmacologiques
- Pathologisation croissante des difficultés psychologiques
- Sous-estimation des facteurs psycho-sociaux : pauvreté, chômage ...



Un carrefour



FM et troubles psychotiques n=300 (2005-2008) MMPI 2

- Age moyen 48 ans, avec 70 % de femmes. 15% présentent un profil de personnalité normal, 85% ont des troubles de la personnalité.
- Sur les 300 patients: 66% expriment au moins une échelle de la classe des psychoses voire deux.
- Céphalées : 59% des patients, expriment au moins une échelle psychotique voire deux.
- Dorsalgies : 72% des patients, expriment au moins une échelle psychotique voire deux.
- Fibromyalgies : 79% des patients, expriment au moins une échelle psychotique voire deux.
- Autres pathologies douloureuses chroniques : 60% des patients, expriment au moins une échelle psychotique voire deux.



2- Epidémiologie

- Prévalence: 0,5-0,6% de la population
- Femmes > hommes (10:1)
- Association fréquente avec des diagnostics psychiatriques:
 1. Episode dépressif caractérisé : 54,6%
 2. Trouble anxieux généralisé : 31,1%
 3. Trouble phobique : 31,1%



2- Epidémiologie

Prévalence

- Prévalence en médecine générale : **16.1%** (1) De Wall et al, British Journal of Psychiatry 2004
- Prévalence en service de neurologie : **34.9%** (2) Fink et al, Psychosomatics 2004
- Prévalence en algologie?





2- Epidémiologie

Economie de la santé

- les patients souffrants d'un TS coûteraient 50 % plus cher qu'une population contrôle (par ex : 90 % de la population fera une lombalgie, seul 10% passe à la chronicité et représente 90% des coûts = 1.5 milliard €)
- coûts indirects : aide sociale, logement, AAH, invalidité professionnelle...



3- Facteurs favorisants

- Enfance: attention exagérée des parents aux symptômes de l' enfant
- Exposition durant l'enfance à la souffrance d'un membre de la famille (maladie grave)
- Apprentissage: être malade → plus d'attention et/ou éviter les conflits (bénéfices secondaires)
- ATCD de maltraitances ou d'abus sexuel dans l'enfance
- Troubles de la personnalité (dépendance, sentiments d'infériorité, déni des conflits, tendance à la globalisation et au catastrophisme).
- Alexithymie : incapacité à lire ses émotions
- Alexisomie : incapacité à mettre en relation l'effet des émotions sur le corps
- Alexihistorie : incapacité à relier l'histoire personnelle et le trouble somatoforme

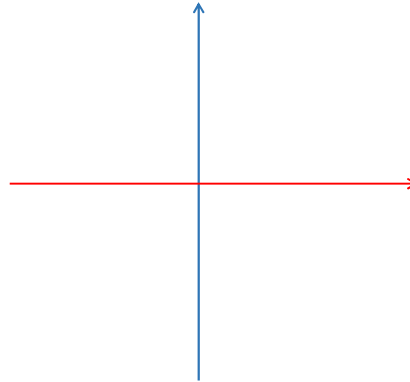




Passé et présent Syntonie et diachronie

synchronie

diachronie



4- Facteurs précipitants

- Situation de stress
- Deuils itératifs : la *quantité* est le plus pathogénique que la *qualité*
- Notion de perte :
 - emploi
 - déménagement
 - départ enfant
 - émigration
 - faillite d'idéal politique...





5- Facteurs de chronicisation

- Réponse de système de soins : réponse biomédicale univoque
- Multiplication des examens et des consultations spécialisées
- Tourisme médical, nomadisme à travers les Centre anti-douleur de France...



6- Prise en charge

- Ne pas contester la «légitimité» de la plainte
- Prise en charge médicale et psychosociale simultanées
- RDV réguliers, renforcer l'alliance thérapeutique (même si contre-transfert négatif fréquent)
- Bonne anamnèse et examen clinique à chaque visite médicale
- Donner un nom à la maladie, rassurer
- Demande d'examens complémentaires bien réfléchie
- Chercher une dépendance médicamenteuse : morphiniques, benzodiazépines



9ème journée du CLUD



9ème journée du CLUD





6- Prise en charge

- Termes jugés insultants par les patients (Stone et al. BMJ 2002)
 - « dans la tête » 93%
 - « hystérique » 52%
 - « psychosomatique » 42%
 - « médicalement inexplicable » 35%
 - « fonctionnel » 12%




6- Prise en charge

- Recours au psychiatre : présenté comme une aide diagnostique supplémentaire et un soutien, plutôt qu'un relais définitif
- Prise en charge pluridisciplinaire :
 - Intérêt d'une lettre au MG avec diagnostic, d'une prise en charge hospitalière avec approche intégrative*
- Objectifs modestes : diminution des symptômes, et du retentissement psychosocial, plutôt que guérison complète



6- Prise en charge

- Traitement médicamenteux : Antidépresseurs (ISRS, ISRN, tricycliques)
- Déconseiller les benzodiazépines et les opiacés
- Psychothérapie : Thérapie cognitivo-comportementale, mindfulness
- Hypnoanalgésie  (M. Gebelin)
- Thérapies corporelles, sophrologie, acupuncture
- Réadaptation à l'effort, activité physique adaptée
- Art-Thérapies : musique, peinture...
- Stimulation cérébrale : rTMS, tDCS



6- Prise en charge

Thérapie cognitive et comportementale :

- Travail sur la dimension de ressenti subjectif du patient (ex: douleur)
- Travail sur la dimension cognitive : amplification somatique et défaut d'attribution
- Travail sur la dimension comportementale : demande de soins
- Travail sur les facteurs déclenchants, prédisposants, renforçateurs, et d'entretien du trouble : souvent mieux accepté par le patient car abstraction de l'origine psychogène du trouble



6- Prise en charge

Difficultés de la prise en charge

- Comment répondre aux rationalisations et aux zones d'ombres de la médecine ?
- Maladie de Lyme : Lyme-mania, plaintes pour non assistance à personne en danger, accusation de négationnisme
- Disease mongering, fake maladies, rumeurs
- Comment expliquer l'absence de lésion organique et la nature fonctionnelle ?
- Comment empêcher les explorations médicales ?



Les tatares



Djalâl ad-Dîn Rûmî

- Mystique soufie
- La maîtrise du corps contribue à la lutte contre soi et à la réalisation spirituelle
- Les exploits ascétiques sont remplacés par un savoir-vivre qui sanctifie les actes de la vie quotidienne



7- Conclusion

- La somatisation est un problème important de part sa prévalence, les coûts engendrés, l'invalidité psycho-sociale et professionnelle
- Prise en charge médicale difficile (capacité à accueillir la souffrance du patient, à gérer sa propre incertitude, voir son impuissance)
- Éviter « vous n'avez rien sur le plan somatique » et « c'est tout dans la tête »



7- Conclusion

- Place importante de la douleur
- Aspect subjectif de la douleur + absence de lésion organique retrouvée
→ «douleur somatoforme» difficilement saisissable
- Notion de trouble somatoforme pertinente mais application clinique difficile, tant sur le plan diagnostique que thérapeutique
- Critique des définitions trop restrictives, mais aussi peut être à l'origine d'une approche trop dualistique (corps/psyché)
- Le diagnostic de trouble somatoforme devrait au contraire permettre d'intégrer les éléments somatiques, psychiques et environnementaux, afin qu'une prise en charge globale puisse être mise en place



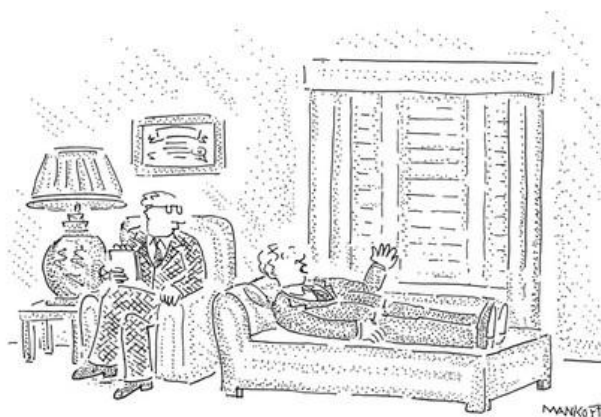


7- Conclusion

- La psychiatrie est la médecine fonctionnelle type par opposition avec la neurologie médecine lésionnelle
- L'imagerie commence à montrer aussi des anomalies structurelles dans les maladies psychiatriques
- Les TS pourront montrer des anomalies de **structure** quand l'imagerie et l'informatique permettront un affinement de l'analyse?
=> IRM fonctionnelle / électrostimulation



- **Merci de votre attention !**



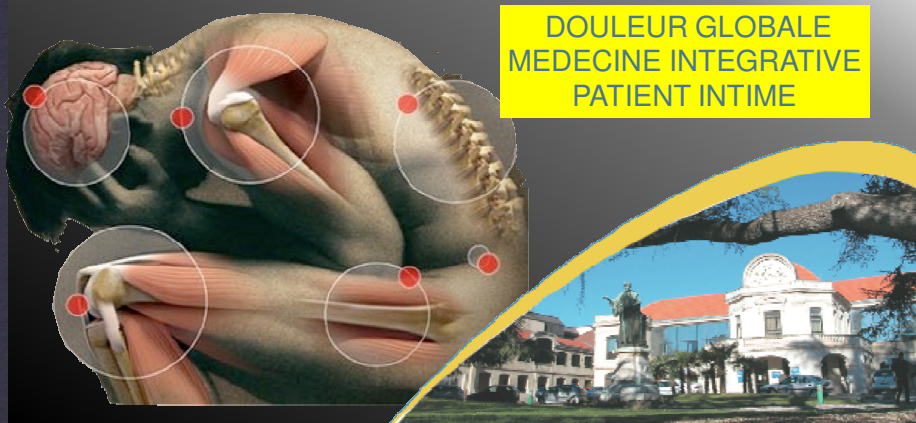
« Si vous traitez mon hypochondrie , je n'aurais plus aucun hobbie »

9^{ème} journée du CLUD



Douleur globale, médecine intégrative, patient intime






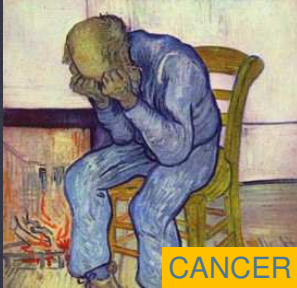
- **Dr Patrick GINIES**, PH – *Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur - CHU de Montpellier*



Département douleur, psychosomatique ,
maladie fonctionnelle

CHU MONTPELLIER – POLE MEDECIN

Dr Patrick GINIES

 <p>RACHIS</p>	 <p>CEPHALLEES</p>	 <p>ALGOGERIATRIE</p>
 <p>FIBRO</p>	 <p>POST CHIR</p>	 <p>CANCER</p>

Le patient douloureux rebelle
Fibromyalgie, cancer, céphalée, migraine, accident, chirurgie...

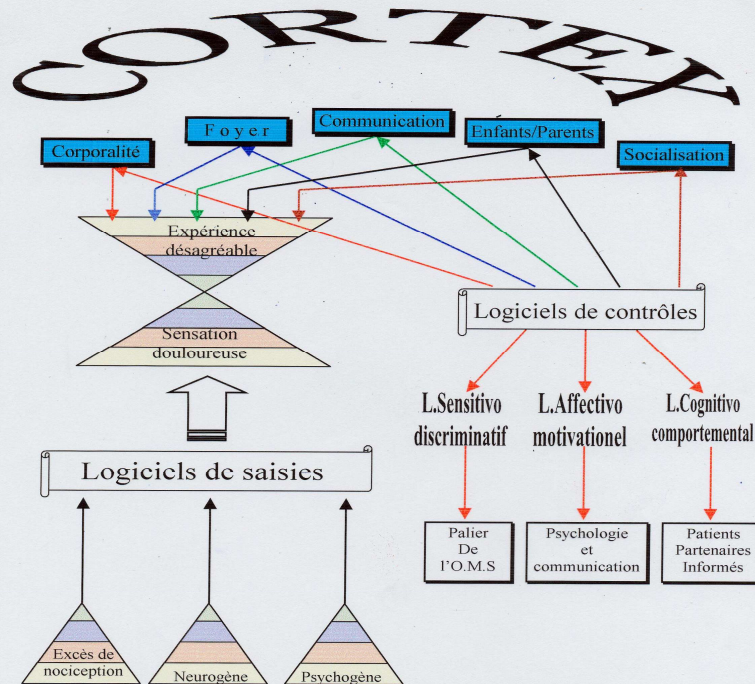


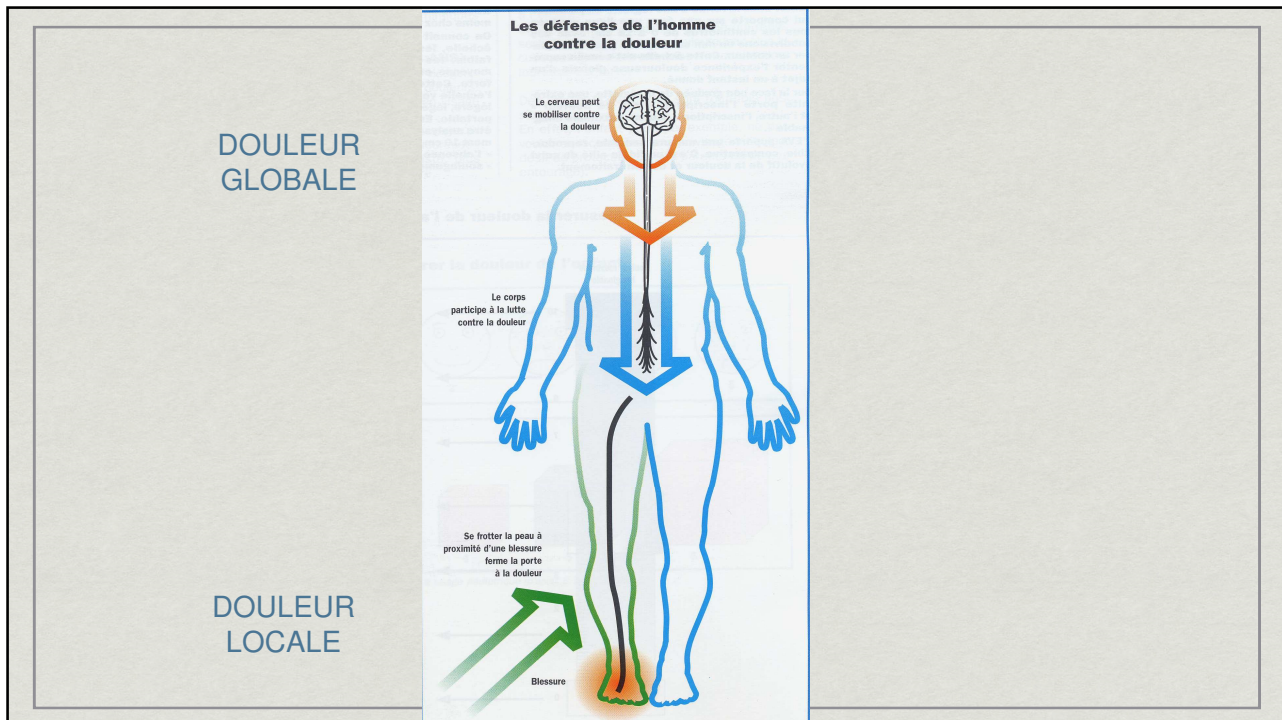
DOULEUR GLOBALE AIGUE OU CHRONIQUE REBELLE AUX TRAITEMENTS

- DUREE : Douleur rebelle un cri dans un monde sourd.
- ETENDUE : douleur multidimensionnelle bio psycho social dans un monde muet.
- INCONNUE du patient, du soignant, des tutelles. tous aveugle!
- COUTEUSE , zéro médicaments nouveaux, échec de l'EBM ; Prévalence (2004) :30%
 - femmes : 35 % et hommes : 29 %
 - augmentation après 65 ans (et éléteurs de TRUMP) populisme de l'inconscient



DL CHRONIQUE:17% en Europe qui CONSULTENT





3 causes de douleur : sachez les reconnaître

- La douleur NOCICEPTIVE (la chair abimée)



- La douleur NEUROGENE (nerf abimé)



- La douleur PSYCHO FONCTIONNELLE
(psychisme altéré)



POUR LA DL CHRONIQUE:les centres dl.

- * ECONOMIE
- * SOULAGER L'ENTOURAGE
- * Valider la douleur, la plainte , la demande ,le besoin .
- * Expliquer les MECANISMES et les polydiagnostics EDUCATION thérap.
- * Comprendre leur SYSTEME D'EXPLOITATION ET SES APPLIS (androïde, apple, linux / virus, bug, cheval de Troies. Recurrence contre Résilience)
- * Ré engager la communication pour un nouveau "contrat de confiance"



«SANS COMMUNICATION,
PAS DE GUÉRISON»

OUTILS THÉRAPEUTIQUES attentif => serviable => curatif

Outils pharmacologiques :

- *antalgiques*
- *Antidépresseurs*
- *neuroleptiques*
- *Antiépileptiques*
- *Topiques , blocs*

Outils non pharmacologiques



ECOUTE & RECONNAISSANCE DE LA DOULEUR

NEUROSTIMULATION TRANSCUTANEE

HYPNOSE

CONSEILS HYGIENO-DIETETIQUES

PSYCHOTHERAPIE

MESSAGES

MÉSOTHÉRIE PERFUSION

ANTALKIT

GÈRE DE LA DOULEUR Hydrott

acupuncture

Outils non pharmacologiques: CS infirmière + regard pluridisciplinaire

« LA DOULEUR AIGUE
ALARME
LA DOULEUR CHRONIQUE
DESARME »

LA LE TEMPS JOUE AVEC L'ESPACE

D'où l'heure

L'évaluation :

- Douleur Nociceptive / Neurogène / composante Fonctionnelle psy-soc
- La solution: **sémantique de la définition IASP**
- .. douleur... expérience... .. désagréable...(affectif)
- ...lésion... ...réelle... ... potentielle... (discriminatif)
- ...décrite... ... termes... ... évoquant... (cognitif)

PATIENTS et SOIGNANTS

- La douleur prime , éblouissement
- La douleur réprime , aveuglement
- La douleur déprime , découragement
- La douleur s'imprime , renoncement
- La douleur exprime, violemment
- La douleur s'exprime, maladroitement
- La douleur opprime , l'intime

ALLOSTASIE plutôt que HOMEOSTASIE

D'où A VIE plainte / addiction / conversivité

se former à la communication

- elle est dépendante du cognitif , de l'affectif et du vecteur utilisé par les protagonistes
- Il faut rappeler souvent son importance tant elle est oubliée du patient et du médecin
- elle est nourrie par un interrogatoire et un examen Hippocratique !
- Elle induit l'enrichissement sémantique du patient et du soignant (**synesthésie**)

L'évaluation: dernier temps diagnostic , premier temps thérapeutique

- Former à la **relation médicale** pour optimiser le temps de la Consultation
- Le but : reformatage du **schéma corporel du patient** par le temps de l'examen grâce à la description quantifiée et qualifiée de la Douleur
- Ex: combien de douleur ? 7/10 =
combien de soulagement? 3/4
- Ex :**ANTALKIT** et **DN4** objectiver le subjectif de la PLAINTÉ entre PATIENT et MEDECIN
- car « nommer c'est soulager » R .BARTES

Parler la langue du douloureux vocabulaire grammaire
accent



- *PEDAGOGIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE
- *REPROGRAMMATION SENSITIVO-DISCRIMINATIVE
- *GESTION AFFECTIVO-MOTIVATIONNELLE





Échec de la
COMMUNICATION

=

Échec du
TRAITEMENT

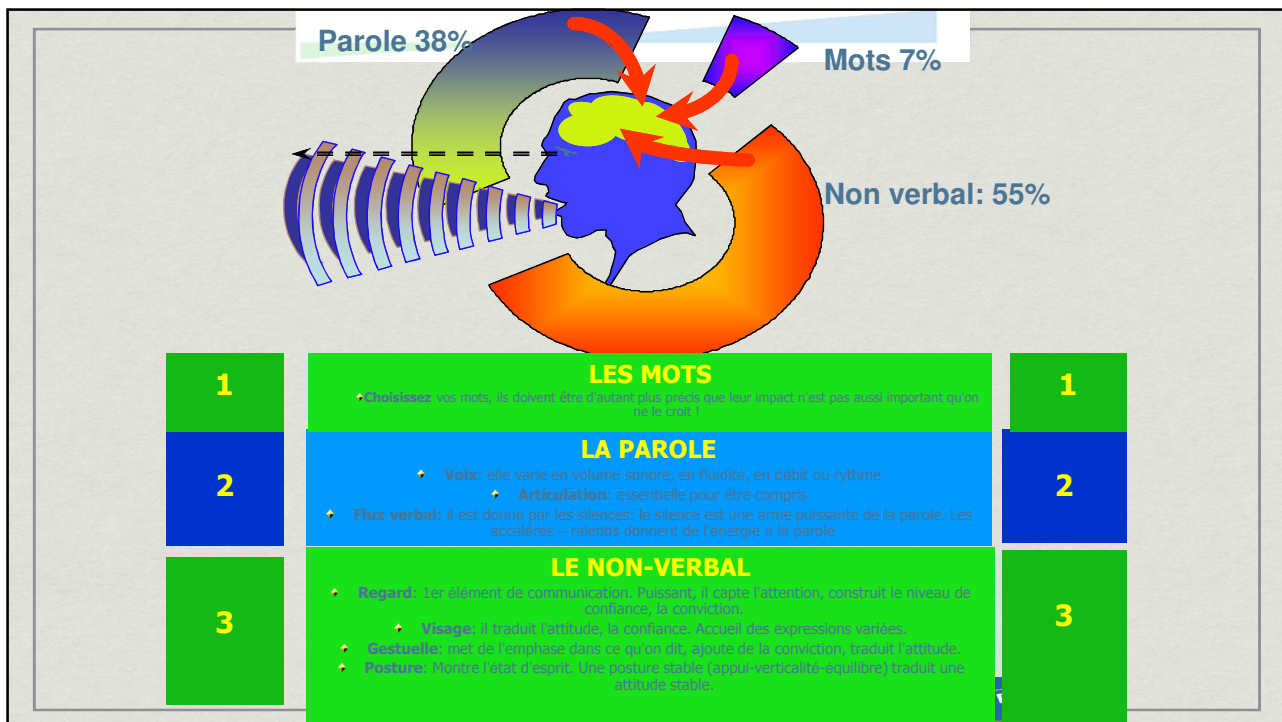
communiquer d'inconscient à inconscient

Entre ce que je pense
Ce que je veux vous dire
Ce que je crois vous dire
Ce que je dis

Ce que vous voulez entendre
Ce que vous entendez

Ce que vous croyez comprendre
Ce que vous voulez comprendre
Ce que vous comprenez vraiment ...

**Il y a au moins 9 possibilités...
de ne pas vraiment se comprendre ...**



1 Les socio algo pathes

- En avance sur les 35 heures
- Ils sont les sentinelles des excès de la mondialisation
- Si on les force ils s'excluent et perturbent
- Des groupes, des familles, des sociopathes
- Revenu de Solidarité Active, PIB
- De l'acceptation :ils nous font vivre !
- A la délation: collaboration avec les tutelles et experts!
- La maladie sociale est interdite donc maladie médicale ou psychiatrique

USA versus MSA



© Can Stock Photo - csp9754397



2 Les psycho algo pathes

- les roses blanches (depressifs)
lourd passé en partie géré
- les Munchausen (états limites)
lourd passé pas géré
- les sans excuses (conversifs)
passé léger mal géré



3 Les somato algopathes

Maçon 25 ans

Platrier 15 ans

Caissière 10 ans

Infirmière 15 ans

Chef rayon gde distrib 5 ans

comment former les DRH

- Douleur - Révolte - Humiliation



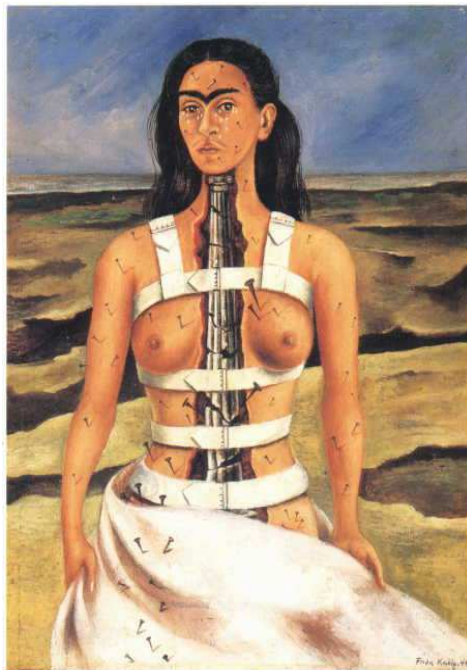
PATIENT INTIME

Une douleur (souffrance) mal traitée "s'installe et prend ses aises" , envahissant l'individu dans son quotidien « URBI ET ORBI »

Le patient n'est pas là que pour guérir , il est là pour exprimer que les soins présents compensent le manque de soins du passé.

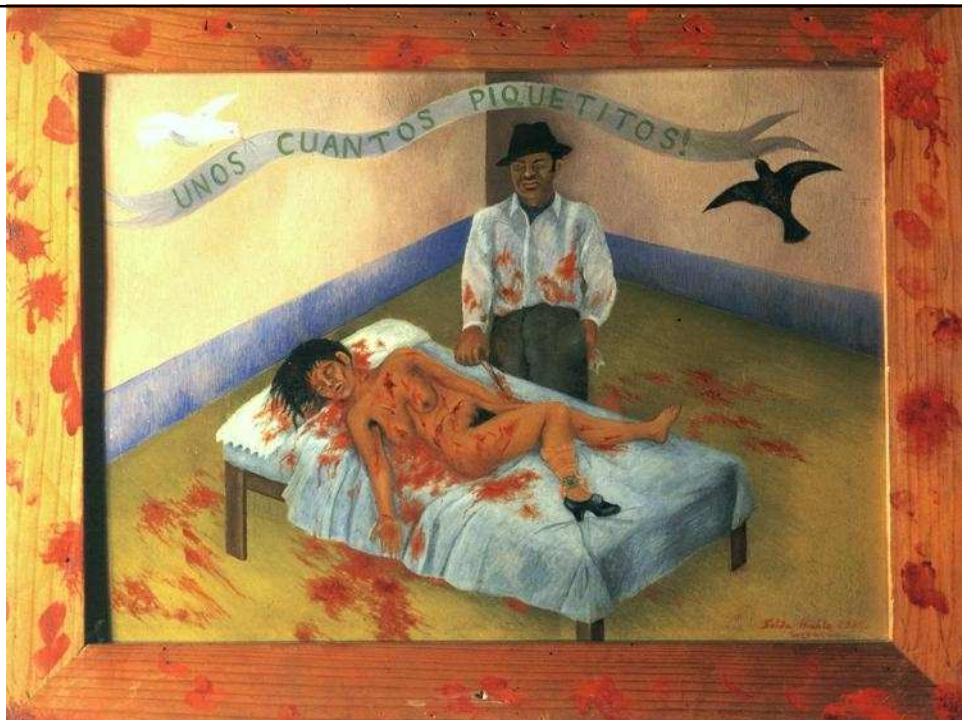
C'est du maintien au domicile corporel pour éviter le sans domicile psycho social

***Un détail autour des épisodes de douleur souffrance suffit pour dérégler la résilience du système de gestion de la dl
Car ce détail provoque un rappel d'un épisode de douleur souffrance archaïque géré par ce meme détail (exemple)***





« espérant
maintenir infirme »



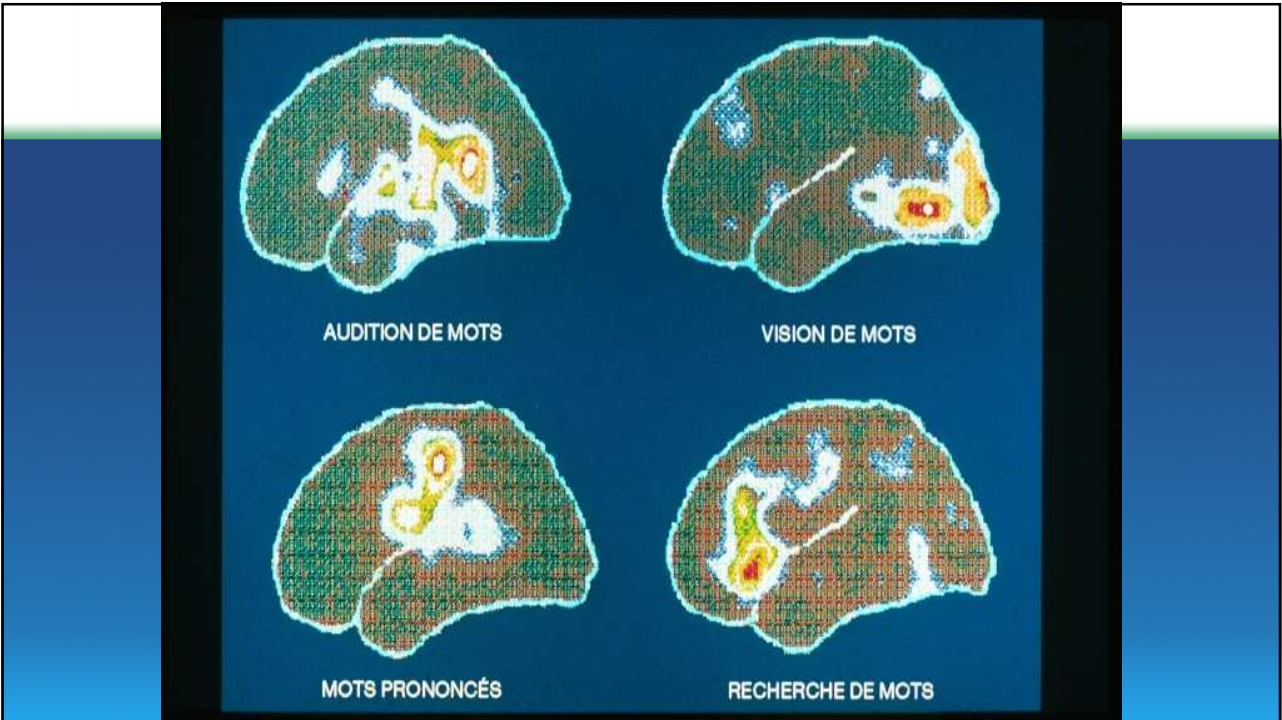
L'avenir:la médecine integrative

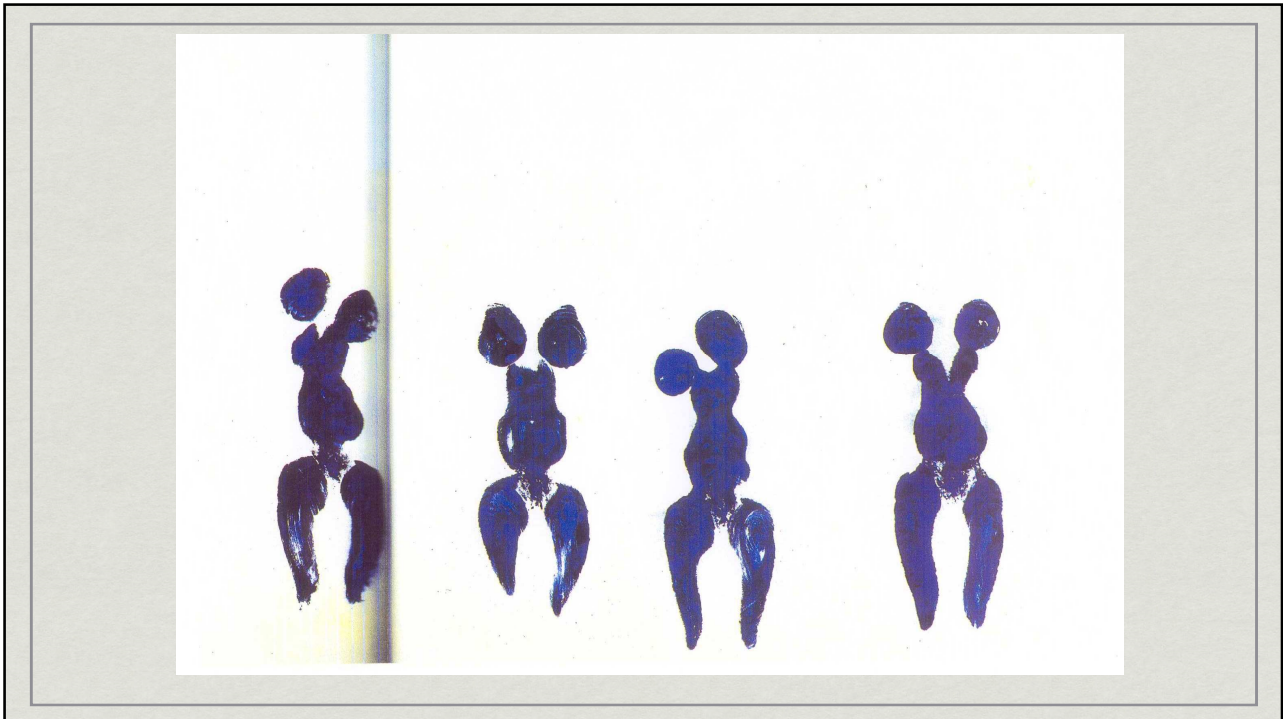
- C'est vous, vos patients, vos correspondants
- Programme de formation à la communication Bio-psycho sociale
- Expérience de la douleur révèle l'état du Contrôle Inhibiteur Diffus de la Nociception
- DOULEUR aigue : ou quand l'événement écorche la peau
- DOULEUR chronique :ou quand le passé d'enfant colle à la peau
- ANTALGIE : réinventer de la résilience, de la motivation (**reprogrammation du mode de vie**)

La douleur est le
passage à un état de
moindre perfection

Spinoza

Ethique





- **Rapprocher le médecin de l'intimité de la souffrance et du handicap**

- **Préparer une meilleure observance aux conseils de changement**

- **Un échec du traitement c'est l'insuffisance d'imagination dans l'échange**

1 Emmanuel LEVINAS
Par l'interface du visage
l'autre de moi communique avec l'autre de l'autre

2 jacques DERRIDA
cette communication se fait par une déconstruction

Déconstruire sa CS pour déconstruire sa représentation

PLACEBO = JE ME PLAIRAI ET JE LUI PLAIRAI (L'AMOUR)

DOULEUR = je me plains et je le plains (la passion)

Définition de l'amour pour LACAN =
 DONNER QUELQUE CHOSE QUE L'ON A PAS
 A QUELQU'UN QUI N'EN VEUT PAS

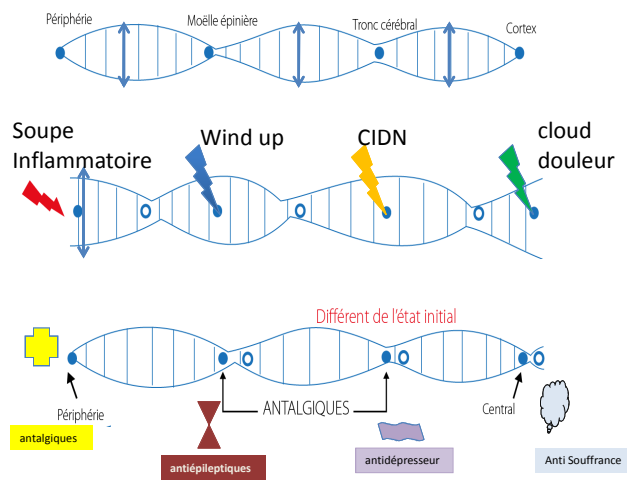
Définition de la Douleur =
chercher quelque chose qui n existe plus chez quelqu'un qui croit le contraire!

- **Fibromyalgie :** Caresser l' injustice
- **Arthrose :** Pincer rouler la solitude
- **Lombosciatique :** décroissance dans la douleur
- **Cervico brachialgie :** Femme séparée vivant en couple
Femme en couple vivant séparée

Voies de la douleur et de son contrôle

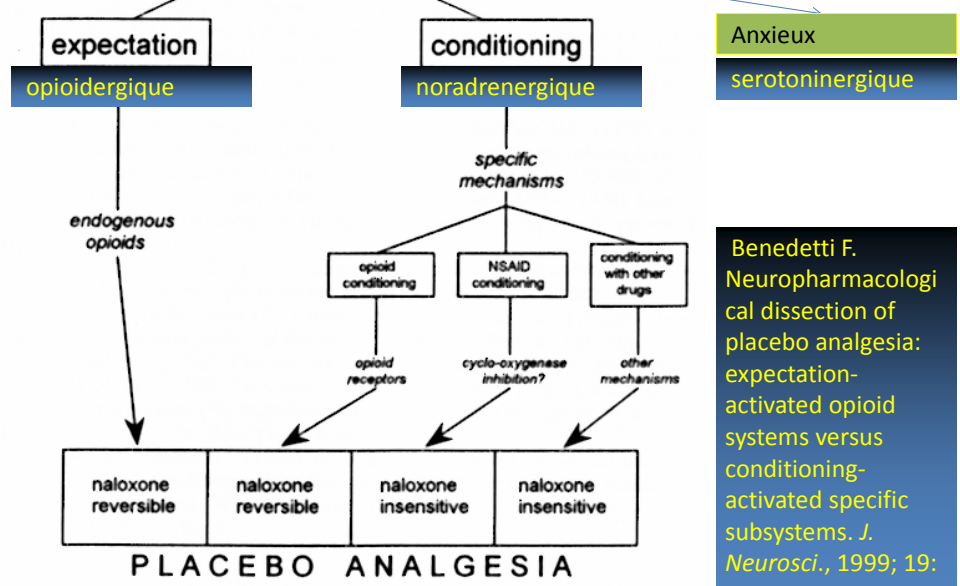
Processus algogène et anti-algogène

- La non-douleur : un équilibre de phase latent
- La douleur : un équilibre déphasé turbulent
- L'antalgie : un rééquilibrage de phase intelligent



Ginies P, Sirot J. Guide pratique de l'antalgie. Analgésie, médicaments, matériels. Edition Sauramps Médical 1999, réédition 2002.

PLACEBO = Auto contrôle cérébral



Le fonctionnement cortical modifie l'efficacité des messages afférents

C est un processus dynamique évolutif avec
Boucle de rétroaction pour moduler le message nociceptif ascendant

**La *sélection de l'information*
est l'une des principales caractéristiques
de la *sensation douloureuse perçue***

Processus automatique et simulateur biologique actif
Donc la perception de la douleur est un processus ACTIF

Tellement actif que beaucoup de
zones cérébrales sont captées
pour cette activité .

(la cognition en est affectée)
la raison est fourvoyée vers toutes
les analyses négatives,
l'imaginaire est appauvri .

SOUFFRIR PASSE
AVOIR SOUFFERT NE PASSE
JAMAIS

Léon BLOY

Il me semble que la plus part de
nos douleurs morales viennent
de ce que nous avons pas de
mots pour les décrire

(Il semble que la plus part de nos
douleurs physiques viennent de ce que
nous n'avons trop de mots pour les
décrire)

La douleur est questionnement le plaisir est réponse

Paul VALERY

Références bibliographiques

- * **GINIES P**, *Atlas de la douleur : de la douleur imagée à la prescription commentée*. Edition LEN Médical ; 1999.
- * **GINIES P**, *Approche, évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chronique*. Faculté de médecine Montpellier; 2007.
- * **Haute Autorité de Santé**, *Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient*. Consensus formalisé. Recommandations. Edition HAS ; 2008.
- * GINIES P et col : Education thérapeutique autour du patient douloureux chronique Méditerranée édit 2013.

10 principes clés appliqués au service

1. Prendre du temps pour comprendre le patient douloureux. En relais du MG
2. Etablir la clinique de la douleur :
 - douleur par excès de nociception,
 - douleur neuropathique,
 - douleur psycho fonctionnelle
3. Choisir les méthodes et médicaments par ordre de puissance croissante.
4. Associer les moyens thérapeutiques
5. SEVRAGE médicamenteux car 3/4 d'addiction
5. Bis: Faire le suivi des OBJECTIFS patients CONTRACTUELS PROGRAMMES. Acceptez l'ECHEC

6 PONDERE LES DIAGNOSTICS

7 ON NE SORT PAS VRAIMENT DE LA DOULEUR CHRONIQUE ON S ADAPTE :
3 ans de torture+colère;
3 ans de torture sans colère
3 ans de douleur , si on pose la question

8 éviter les morphiniques (surtout fibro)
les BDZ
La chirurgie et techniques invasives non validées

9 valoriser les délais (220 médecins douleur) et les approches atypiques pour vous

10 Formez vous et déléguez aux infirmières les patients !!

Profil du patient douloureux chronique

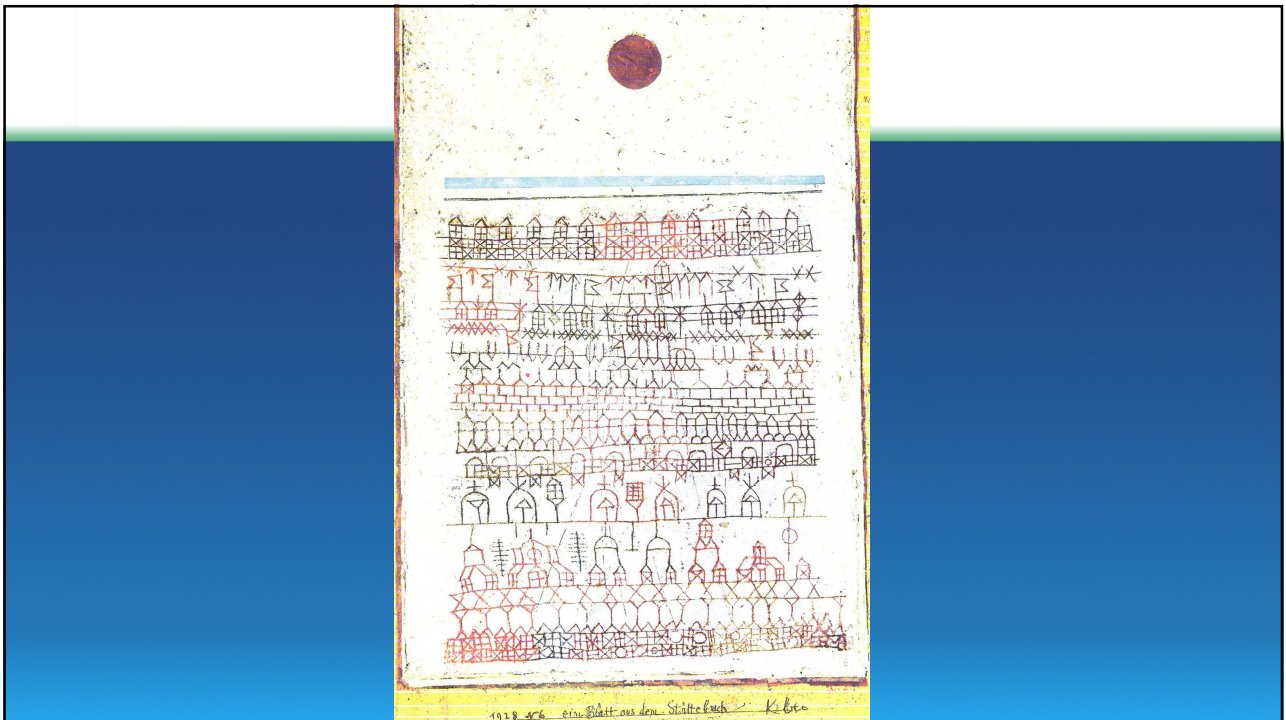
- * Douleur :
 - entraîne une **gêne** dans la vie quotidienne du patient de l'entourage, de la société.
- * Accompagnée :
 - manifestations psychopathologiques
 - demande insistante d'aide=>IATROGENE pharmacologique ou chirurgicale
 - difficulté à communiquer: ma douleur est descriptible ma souffrance est indescriptible

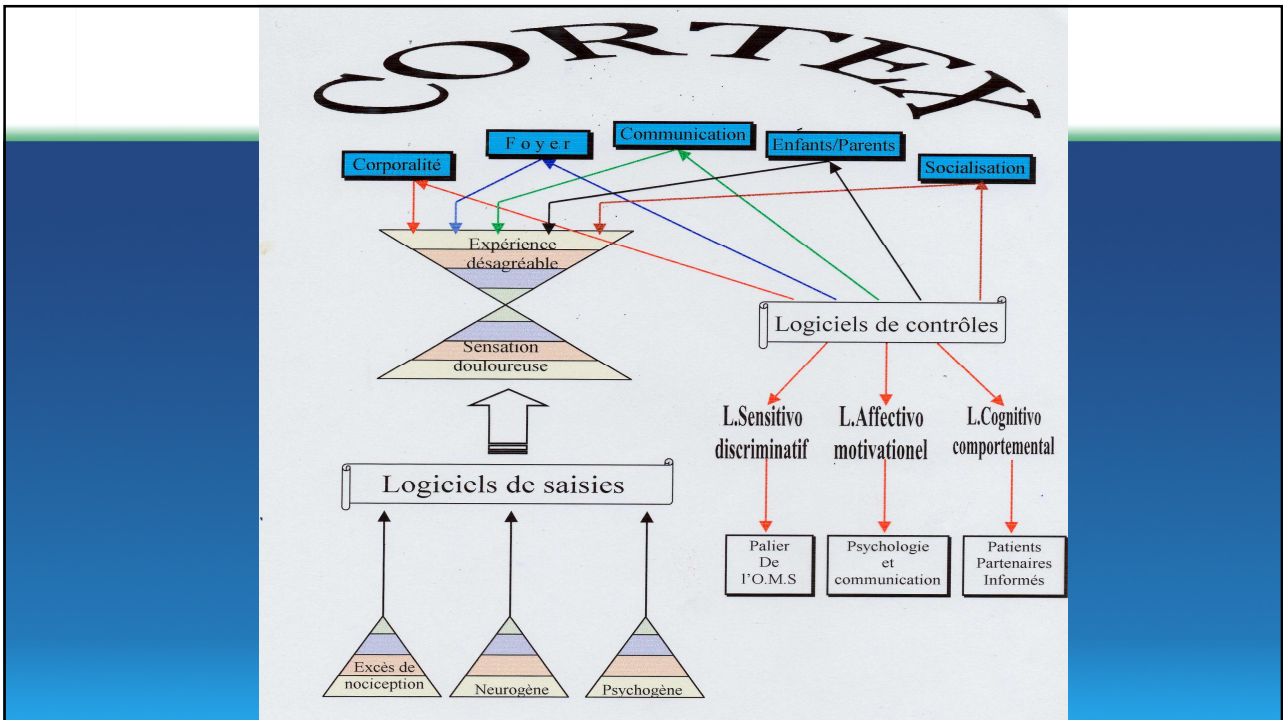
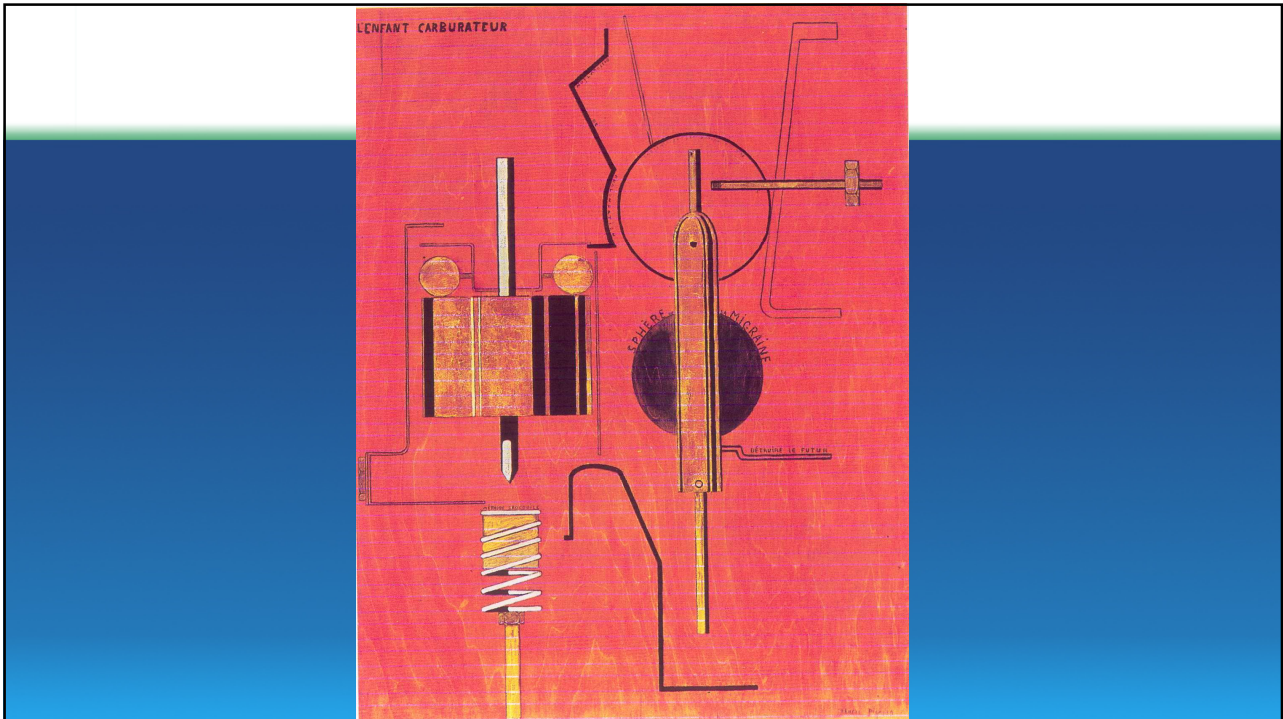


Scandale du tire au flan !

- Il illustre notre mal être au travail « nous les actifs »
- Si on était heureux au travail on serait content de travailler à la place des « fainéants »
- Le taux de HORS JEU = tx chômage + tx de handicapés, ou d'exclus . Il EST CONSTANT
- La maladie sociale est interdite donc maladie médicale ou psychiatrique







Voyelles



A noir, E blanc, I rouge, U vert, O bleu : voyelles,
 Je dirai quelque jour vos naissances latentes ;
 A, noir corset velu des mouches éclatantes
 Qui bombinent autour des puanteurs cruelles,
 Golfes d'ombre ; E, candeur des vapeurs et des tentes,
 Lances des glaciers fiers, rois blancs, frissons d'ombelles ;
 I, pourpres, sang craché, rire des lèvres belles
 Dans la colère ou les ivresses pénitentes ;
 U, cycles, vibrements divins des mers virides,
 Paix des pâtis semés d'animaux, paix des rides
 Que l'alchimie imprime aux grands fronts studieux ;
 O, suprême Clairon plein des strideurs étranges,
 Silences traversés des Mondes et des Anges :
 - O l'Oméga, rayon violet de Ses Yeux ! -

A. Rimbaud

Mon dieu délivrez moi des peines
 physiques, les peines morales je
 m'en charge

Chamfort

Des maux en Algologie
à la neuro linguistique des
mots

D'où l'heure

Et des plaisirs

LA DOULEUR N EST PAS SI
FACILE A CERNER

NOMMER C'EST SOULAGER
DEFINIR C'EST SE TROMPER

Je ne suis né que de ma
douleur

Antonin ARTAUD
Lettre

(Le problème est que la douleur est ontologique)
Il faut écrire « au delà du principe de la douleur »



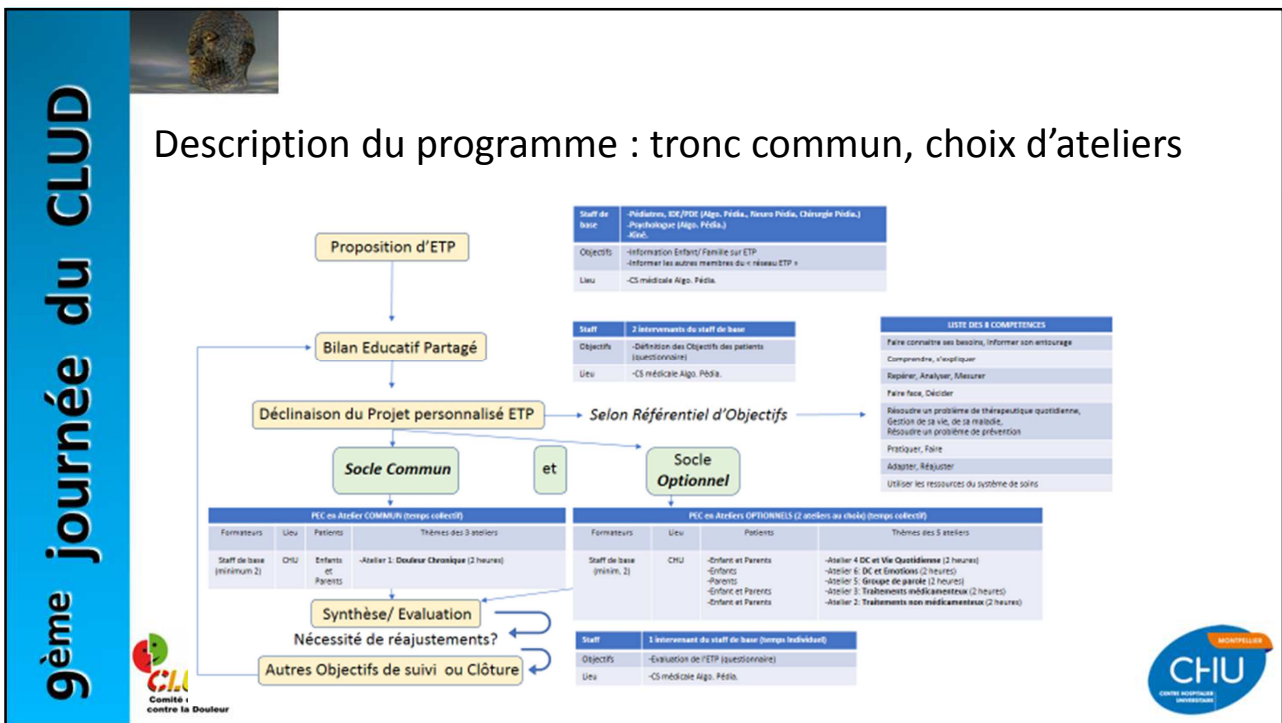
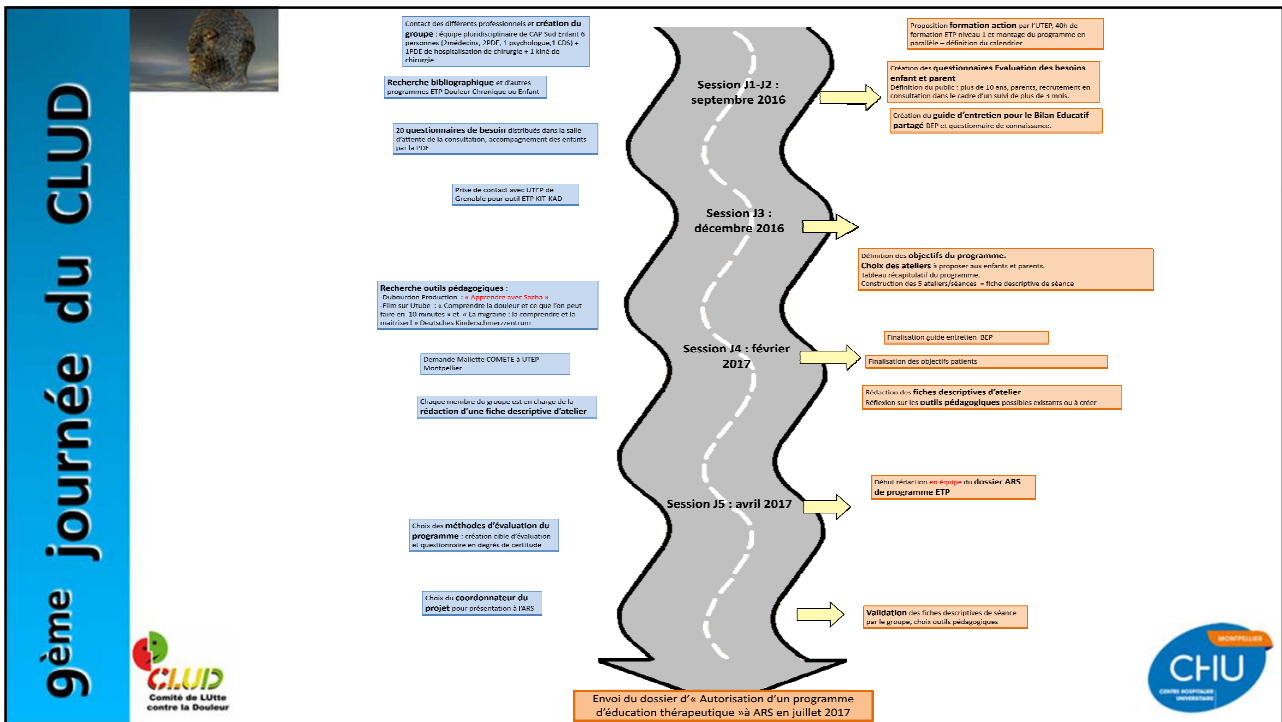
ETP et douleur chronique de l'enfant

Equipe CAP SUD Enfant
Charlotte BEVIS (PDE), Florence GREAUME (Psychologue)
CHU Montpellier



PLAN

- Temps de la formation-action
- Retour d'expérience
- Perspectives





La mise en pratique



La mise en pratique

- Place de chacun (place des parents/enfants), nombre de professionnels par atelier (animateurs, observateur)
- Recrutement des patients : 5 sur 7 propositions, ados filles de 12 à 17 ans
- BEP en individuel (parent et enfant séparément) sur les temps de CS
- Choix des dates : en combien de jours ? Ateliers groupés ?
 - 2 ateliers sur 2 demi-journées : 1 avec les parents, 1 pour les ados seuls



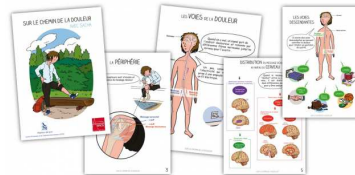


La mise en pratique



Atelier 1 : « Comprendre la douleur chronique »

- Recueil des représentations et des connaissances autour de la douleur chronique. Le support Sacha permet d'introduire une progression dans l'explication
- 3 intervenants, 2 observateurs
- Utilisation plusieurs supports : tableau Velléda, post-it, projecteur, laine....



Atelier 2 : Moyens non médicamenteux

- 2 animateurs et 1 observateur
 - Parents non présents
 - Plusieurs outils : Cartes KIT KAD (kinésithérapie, TENS, psychologue, THC, alcool, etc ...) : pas forcément des thérapies, pour provoquer un échange avec les ados sur ces moyens non médicamenteux (recommandations)
- + post-it et photo souvenir, puis + démo MUSIC CARE (20 min)

Kit-KAD* : fiches
 Livret « accompagner la douleur » UTEP CHU Grenoble





Retour d'expérience des adolescentes

- Echanges en groupe appréciés +++, même si peu d'éléments nouveaux
- Echanges plus faciles entre ados, car plus facile de s'identifier
- Retour des parents : positif, désireux de s'impliquer pour les prochains ateliers (groupe de parole parents)
- Demande d'infos complémentaires sur des techniques non médicamenteuses (et leur mise en pratique).



Retour d'expérience : l'équipe

- BEP : occasion d'un entretien décalé de nos pratiques et de nos places habituelles : ouverture de la parole de manière différente et émergences de nouveaux besoins
- = outil clinique permettant de recueillir des infos différentes avec des patients pourtant connus du service





Retour d'expérience : l'équipe

Atelier 1

Déjà beaucoup de connaissances de la part des familles. Les parents ont laissé la place aux ados pour s'exprimer

- Trop chargé, trop didactique
- Disposition de la salle ne favorisant pas la circulation de la parole (salle de classe)
- Plus d'adultes que d'adolescents (famille + observateurs)

Atelier 2

- Disposition plus intimiste favorisant les échanges entre ados, et le partage de leurs expériences
- Beaucoup d'infos, pas toutes adaptées à l'enfant, et pas forcément de professionnels en rapport avec ces techniques (adresser à qui ? En libéral ?)



Perspectives

- BEP : impact temps et organisationnel, questionnement autour de la qualité d'un entretien téléphonique ?
- Plus systématiser le recrutement : secrétariat
- Proposition plus précoce dans la PEC (patients plus dans le besoin de connaissances)





Perspectives

- Refonte des ateliers : moins de didactique, subdiviser l'atelier 1 en 2 ateliers, inclure la dimension émotionnelle dans les ateliers existants, augmenter les propositions d'ateliers, tenir compte des séances individuelles d'ETP en Consultation
- Regroupement ateliers sur une journée, en vacances scolaires
- Atelier 3 : « Douleur et émotions » : finalement peu investi malgré première validation au BEP : Trop loin dans le temps ? Mois peu propice (Juin)? Trop impliquant ?
- Demande de participation à l'ETP Arthrite Juvénile infantile, atelier « douleur »



Merci de votre attention

Centre
Analgésie
Palliatif
SUD
ENFANT





La douleur chronique en rhumatologie: une relation privilégiée soignants-soignés

La relation soignant-soigné chez la personne douloureuse chronique au travers de l'ETP des programmes destinés aux patients porteurs de rhumatismes inflammatoires et notamment le programme « Bien vivre sa PR »

- Marie Josée FULLEDA, *CDS Rhumatologie;*
- Joy FLORES, *IDE;*
- Rachyda BEN AMAR, *IDE – CHU de Montpellier*
- Mme Anne Marie PAIN, *patiente expert*



Au travers de l'ETP, quelles sont les spécificités de la relation entre le patient et le soignant?

La douleur, le fil conducteur à tous les ateliers...



MJ Fulledda CDS Rhumatologie, Anne Marie Pain patient expert,
Joy Flores IDE, Rachyda Ben Amar IDE





Plan

- Synthèse du programme
- L'atelier douleur
- Pour quels patients?
- La position des soignants
- La parenthèse du patient expert
- Et le résultat....satisfaisant et pour qui?



MJ Fullea CDS Rhumatologie, Anne Marie Pain patient expert,
Joy Flores IDE, Rachyda Ben Amar IDE



Synthèse du programme « Bien vivre sa PR »

Planning prévisionnel éducation thérapeutique du programme « Bien vivre ma PR » pour l'année 2019

1ere journée en hôpital de jour Accueil en salle de cours de rhumatologie niveau -1	Ateliers complémentaires Accueil de 9h à 10h30 en salle d'attente de la rhumatologie HC puis les ateliers ont lieux en salle de cours niveau -1
8h45 Accueil par l'équipe de l'ETP avec boissons	9h-10h15 Aborder la souffrance (psychologue +patient expert)
9h Accueil médecin	10h15-11h30 Bouger au quotidien (patient expert)
10h30-11h45 Comprendre ma maladie (médecin)	11h30-12h45 Gérer ma fatigue
11h45-13h Faire face à la douleur (médecin + infirmier)	Déjeuner libre
13h déjeuner en salle à manger HDJ	13h30-15h Mes droits (patient expert)
14h-15h30 Mieux connaître mes traitements (médecin pharmacien)	15h-15h30 L'auto injection (infirmier(e))
15h30-17h Le mouvement dans la PR (kiné-ergo)	15h30-17h Les biothérapies (médecin)
17h-17h15 synthèse (équipe ETP)	



MJ Fullea CDS Rhumatologie, Anne Marie Pain patient expert,
Joy Flores IDE, Rachyda Ben Amar IDE





L'atelier douleur

- **Objectifs:** savoir évaluer la douleur, savoir faire appel à des personnes ressources, savoir calmer la douleur à l'aide de techniques médicamenteuses et non médicamenteuses, acquérir et mobiliser des connaissances. Nous abordons tous les types de douleurs (physiques, psychiques et psychosociales).
- **Mots clés:** participation orale et interactions, convivialité, sans jugement ni préjugés, échange, respect, soutien...
- **En pratique:** Atelier collectif, avec un médecin, une infirmière, la cadre de santé, les patients et la patiente experte.



© Can Stock Photo



MJ Fullea CDS Rhumatologie, Anne Marie Pain patient expert,
Joy Flores IDE, Rachyda Ben Amar IDE



Pour quels patients?

- Pour TOUS (patients, entourages),
- A tout moment (découverte ou ancienneté de la pathologie),
- Dans tout secteur hospitalier (HC, HS, HJ, consultation), associations, médecins traitants, rhumatologues de ville
- **Avantages, pour nous soignants, de l'hospitalisation complète:** relation privilégiée de la perception du quotidien, des moments douloureux, de l'état psychologique, du comportement du patient, de l'isolement social, abord pluridisciplinaire de la proposition à l'ETP



MJ Fullea CDS Rhumatologie, Anne Marie Pain patient expert,
Joy Flores IDE, Rachyda Ben Amar IDE





Témoignages du CDS: mon rôle; mon implication

- L'importance de la compréhension du parcours et du vécu douloureux du patient

Ce que je peux faire:

- Proposer l'ETP
- Former les équipes, y inclure l'ensemble des soignants
- Démystifier l'approche
- Favoriser le partenariat
- Travailler en équipe sur la perception commune du patient par rapport à la douleur
- Participation active de tous les acteurs, à l'ensemble du cycle éducatif

Les bonus:

- La reconnaissance des patients
- La montée en compétences du personnel soignant



MJ Fullea CDS Rhumatologie, Anne Marie Pain patient expert,
Joy Flores IDE, Rachyda Ben Amar IDE



Témoignage des IDE

Perception et ressentis lors des BEP:

- Choix du moment: calme, ne pas être dérangée
- Choix de l'installation
- « état des lieux »: 1^{ère} étape vers relation privilégiée
- Temps de la confiance, intimité, partage du vécu
- Meilleure compréhension du patient, de son vécu, de son comportement
- Prise de conscience de la part du patient



MJ Fullea CDS Rhumatologie, Anne Marie Pain patient expert,
Joy Flores IDE, Rachyda Ben Amar IDE





Le vécu du « tour de table »:

- Paroles de malades, violence des propos
- Difficulté d'entendre la souffrance en tant que soignant
- Contraste réel entre tour de table et reste de la journée
- Certains patients ne se livrent pas de suite, ça vient au fur et à mesure des confidences des autres
- Douleurs différentes chez chacun, pourtant des similitudes...
- Patients « rassurés »
- Impression d'être « de trop » dans ce moment de confidences entre patients



MJ Fullea CDS Rhumatologie, Anne Marie Pain patient expert,
Joy Flores IDE, Rachyda Ben Amar IDE



L'animation de l'atelier:

- Crainte, en tant que jeune diplômée, de moins bien connaître la pathologie que le patient lui-même
- Apport de la théorie par les soignants, de la pratique par les patients
- Retransmission à d'autres patients, même hors ETP
- Apprentissage mutuel
- Thème « douleur » présent au sein de tous les ateliers



MJ Fullea CDS Rhumatologie, Anne Marie Pain patient expert,
Joy Flores IDE, Rachyda Ben Amar IDE



9ème journée du CLUD



L'évaluation de fin de session:

- Reconnaissance du patient
- Satisfaction en tant que soignant
- Sensation d'efficacité
- Curiosité professionnelle
- Différence flagrante entre BEP et fin de cycle



MJ Fullea CDS Rhumatologie, Anne Marie Pain patient expert,
Joy Flores IDE, Rachyda Ben Amar IDE



9ème journée du CLUD



Ce qui change après l'ETP :

- Meilleure compréhension du patient, de sa douleur, de son quotidien
- Possibilité de redéployer les connaissances acquises à d'autres patients
- Amélioration de la prise en charge
- Satisfaction en tant que soignant



MJ Fullea CDS Rhumatologie, Anne Marie Pain patient expert,
Joy Flores IDE, Rachyda Ben Amar IDE





Témoignage du PATIENT expert



MJ Fullea CDS Rhumatologie, Anne Marie Pain patient expert,
Joy Flores IDE, Rachyda Ben Amar IDE



Qui est mieux placé qu'un PATIENT expert pour intervenir dans un atelier douleur?

- Même sans parler, on se comprend entre patients
- C'est tellement compliqué d'expliquer ou évaluer sa douleur.
- On a des ressentis, des appréciations tellement éloignés des uns des autres.



MJ Fullea CDS Rhumatologie, Anne Marie Pain patient expert,
Joy Flores IDE, Rachyda Ben Amar IDE





Comment vivre avec sa douleur?

- Un fond de douleurs permanent toujours présent mais pas violent
- Une crise fulgurante où bouger le petit orteil devient un problème
- L'inquiétude de savoir quand la douleur va se déclencher, se calmer, le temps qu'elle va durer
- A quel moment doit-on prendre quelque chose?



MJ Fullea CDS Rhumatologie, Anne Marie Pain patient expert,
Joy Flores IDE, Rachyda Ben Amar IDE



En ETP, j'entends tout cela et bien plus encore...



- Je suis là dans une empathie totale, je partage leurs émotions
- Je les incite à en parler simplement, se libérer, mettre des mots sur cette douleur
- Je leur dis que la douleur est juste un signal du corps pour prévenir, qu'il faut savoir l'écouter



MJ Fullea CDS Rhumatologie, Anne Marie Pain patient expert,
Joy Flores IDE, Rachyda Ben Amar IDE



9ème journée du CLUD



- Je laisse les professionnels de santé parler des traitements
 - Je réagis devant des croyances établies ,ou un savoir erroné ou pour encourager à la prise de parole
- « Parler de sa douleur c'est faire preuve de faiblesse »
- « Il faut accepter c'est comme cela »
- « La douleur reflète un regain de la maladie et je préfère l'ignorer »
- « Supporter en silence et s'isoler »



MJ Fullea CDS Rhumatologie, Anne Marie Pain patient expert,
Joy Flores IDE, Rachyda Ben Amar IDE



9ème journée du CLUD



Selon moi, L'ETP est là pour démystifier ces situations.

- Exprimer ce que l'on ressent est essentiel pour préserver l'équilibre de la famille, du couple, rassurer les enfants
- Je signale que les professionnels de santé ne sont pas devins, ils ne peuvent pas s'imaginer ce que l'on ressent si on ne dit rien
- Je cite souvent les centres anti douleurs pour une prise en charge global avec des méthodes complémentaires.



MJ Fullea CDS Rhumatologie, Anne Marie Pain patient expert,
Joy Flores IDE, Rachyda Ben Amar IDE





Bilan satisfaisant, pour qui?

- Confiance mutuelle
- Abord différent
- Perception différente
- Favorisation des échanges entre patients
- « Barrières qui tombent »
- Ambiance « de réserve » vers la convivialité
- Expression de la satisfaction des patients (orales, sourires, remerciements)



MJ Fullea CDS Rhumatologie, Anne Marie Pain patient expert,
Joy Flores IDE, Rachyda Ben Amar IDE



En synthèse ...



MJ Fullea CDS Rhumatologie, Anne Marie Pain patient expert,
Joy Flores IDE, Rachyda Ben Amar IDE





Merci pour votre attention



MJ Fullea CDS Rhumatologie, Anne Marie Pain patient expert,
Joy Flores IDE, Rachyda Ben Amar IDE



La place des thérapies complémentaires

- **Stéphanie HUART**, AS Onco hématologie - CHU de Montpellier
- **Magali GEBELIN**, IDE – CETD - CHU de Montpellier





HYPNO-ANALGESIE

Département Douleur
Psychosomatique et Maladies
Fonctionnelles

Magali Gébelin, IDE



Le processus hypnotique est

Un état de conscience et
d'attention modifiées
par rapport aux états de
veille et de sommeil

activité cérébrale spécifique
avec modulation des régions
cérébrales impliquées dans
l'attention, la perception et la
mémoire.





Nombreuses sont les définitions et les théories de l'Hypnose : selon M.H Erickson, D. Araoz, L. Chertok, F.Roustang, M.E Faymonville

- **L'hypnose** ou **processus hypnotique** correspond à un **état particulier de conscience modifiée** qui fait intervenir l'attention, l'imagination et la mémoire du sujet.
- C'est un **processus actif** au cours duquel, par idéo-dynamisme, une suggestion ou une idée est présentée par l'accompagnateur et déclenche une activité mentale intense, alors que le patient est en état d'absorption; il est également à la fois **acteur et observateur**.
- C'est une **expérience subjective** par excellence qui nécessite motivation, attention et confiance mutuelle.
- Elle est rendue possible grâce à la neuroplasticité.



L'académie nationale de médecine reconnaît l'hypnose médicale comme une **thérapie complémentaire** des thérapeutiques conventionnelles (rapport du 05/03/2013)

Elle peut être proposée dans le cadre d'un **protocole de soins** en complément des autres traitements.





HYPNOSE : **outil efficace** contre diverses douleurs

Douleur aiguë :

- Accompagnement d'un soin technique
- Technique d'hypno-analgésie et d'hypno-sédation

Douleur chronique :

- Gestion douleur physique
- Gestion de la souffrance morale associée à la maladie chronique
- Gestion du stress
- Augmentation du seuil de perception des douleurs (consommation d'antalgique diminuée et meilleure efficacité des antalgiques prescrits)



En pratique :

L'hypnose conversationnelle en pratique de soins :

- **Détourner l'attention** du patient douloureux chronique
- **D'installer du confort** autour d'un geste technique
- D'entrer en **communication différente** avec le patient
- **D'évaluer la réalité** dans laquelle il est, **ce jour ci**, ce moment là



L'hypnose conversationnelle lors d'un soin relationnel, en entretien motivationnel, dans le cadre de l'ETP

- d'accompagner le patient à se projeter, se mobiliser, à se reconnecter à ses propres ressources.



L'hypnose informelle, conversationnelle permet

- d'enrichir la consultation ou l'entretien
- outil potentialisateur d'autres techniques

Communication hypnotique=
Observation et Synchronisation/Ajustement





L'hypnose formelle au département Douleur

- prescription médicale
- incluse dans une démarche éducative,
- d'une modification du traitement médicamenteux,
- d'un suivi psychothérapeutique,
- de soins non médicamenteux (NSTC, relaxation, musicothérapie).



Chaque suivi d'hypnoalgésie comporte 5 séances avec :

- Une **réévaluation** de la douleur chronique sur les dimensions physiques, émotionnelles, sociales, le sommeil et l'activité physique.
- Les attentes du patient avec un **objectif réalisable** autour de sa douleur.
- Favoriser la remise en mouvement physique et psychologique, par l'apprentissage de l'**autohypnose**.





L'autohypnose

- Une **stratégie thérapeutique** est initiée au départ par le professionnel de santé.
- Le patient apprend à **s'auto-induire** pour retrouver l'état hypnotique et favoriser ses processus de guérison.
- Un **apprentissage**
- Un **entraînement**
- Une **dynamique** dans la prise en soin thérapeutique.
- Thérapie active et **autonomisante**.
- Outil
- Ressource



Quelques séances :

- Recherche ou création d'un espace de sécurité, d'un souvenir agréable, mise en place d'une **safe place**
- **Focalisation, Ancrage** sur la respiration pour favoriser l'antalgie, la détente
- **Réification** = travailler avec les caractéristiques de la douleur, la représenter, la chosifier afin de mieux la gérer
- Utilisation de l'hypnose pour favoriser la **relaxation** en individuel ou en groupe.



La **sensibilité individuelle** à la technique hypnotique est **variable**.

Tout le monde est hypnotisable (processus naturel) mais tout le monde n'a pas la même sensibilité aux suggestions.

Contre-indications : psychoses non équilibrées



F. Roustand « avec l'hypnose, c'est la centration sur le sentir, au détriment de la pensée et de la parole »

J.P. Lenoir « il existe des hypnoses ... l'hypnose est une co-création »

Être formée à l'hypnose, dans la prise en charge des douleurs chroniques permet d'avoir un lien thérapeutique particulier, une singularité dans une rencontre patient-soignant sans cesse renouvelée.





Merci pour votre Attention !



Clôture de la journée

- Dr Frédéric BERNARD, *Président du CLUD*
- Marie Hélène REQUENA LAPARRA, *Directrice des Soins*