

11^{ème} journée du CLUD



11^{ème} journée du CLUD

Douleur et vulnérabilité dans la relation de soins

11^{ème} journée du CLUD



mars 2021

La douleur & la souffrance des patients vulnérables

Une consultation dédiée douleur chronique & précarité sociale :
concilier humanité, altérité, santé publique et économie de santé

Pr. **Éric VIEL, M.D., PhD. (H.D.R.)**
 Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur
 Centre Hospitalier Régional Universitaire Caremeau

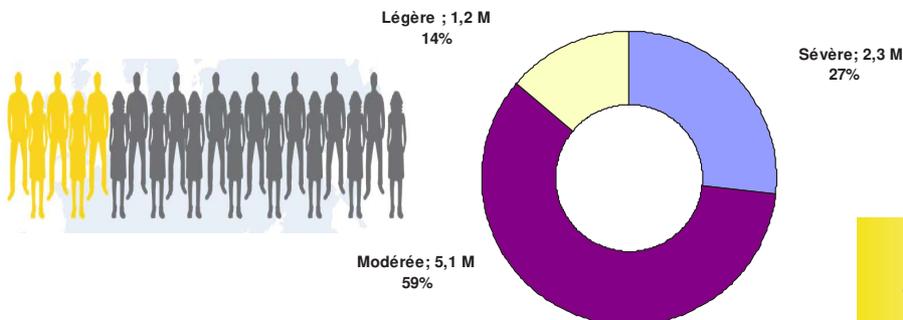


Prévalence et sévérité de la douleur chronique en France
 Données recueillies via internet

N = 15,051 interviews

N = 2,614 (17 %) ont présenté une douleur au cours du mois écoulé*.

Patients ayant présenté une douleur
 au cours du mois écoulé (France) : intensité de la douleur



Environ
10 Millions
 de personnes
 concernées

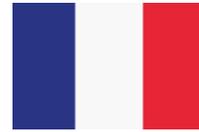
Consumer Health Sciences. National Health and Wellness Survey (NHWS). in: Douleurs 2013
 * Ont été exclus: douleurs d'origine dentaire, migraines, dysménorrhées et céphalées.



Points de rupture : le vécu des patients- Résultats de l'enquête Héroïc Santé

Pr Serge PERROT, Hôpital Cochin, Paris
Catherine SEBIRE, Association Francophone pour Vaincre les Douleurs

Symposium déjeuner-débat
Jeudi 28 novembre 2019
De 12h15 à 13h45

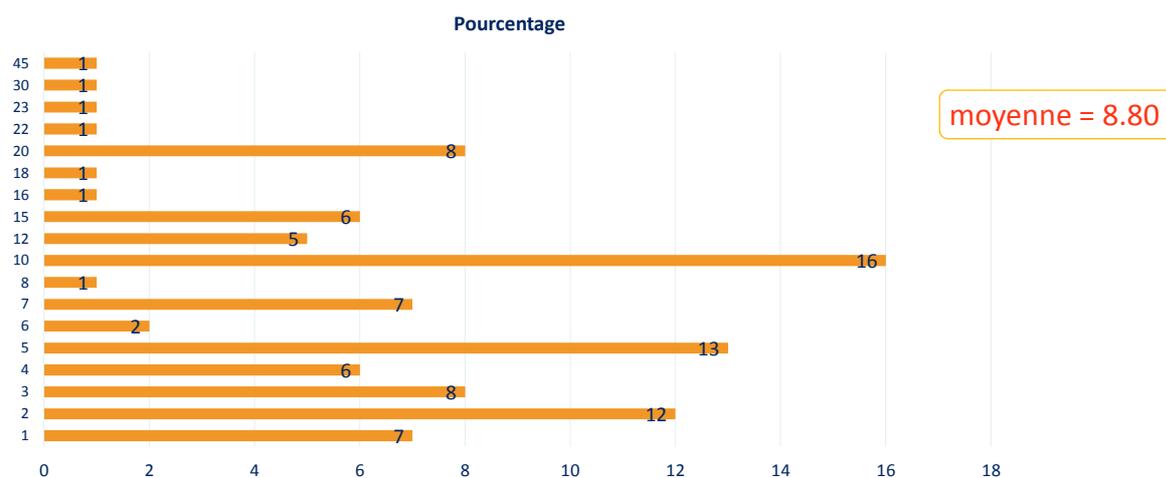


Enquête proposée par les Structures Douleurs Chroniques des HdF :
23 SDC dans les HDF, 12 participants
Enquête proposée aux patients par les professionnels de santé
Enquête en ligne de novembre 2018 à janvier 2019

416 répondants, soit **12%** des patients vus sur la période



Nombre d'années depuis le début de la douleur chronique

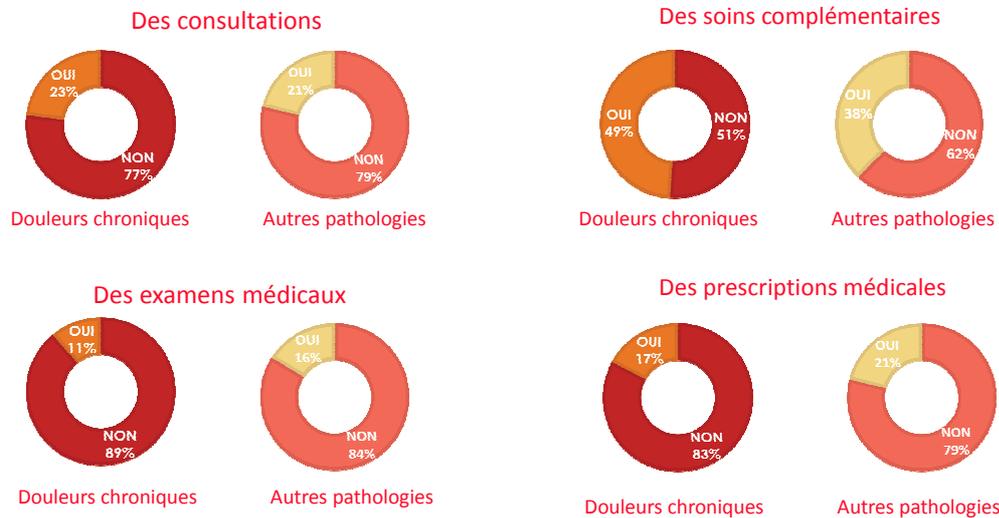


Q30

Résultats préliminaires, données non publiées. Présentation réalisée sous la responsabilité de l'orateur



50% des patients douloureux chroniques renoncent à des soins complémentaires pour raisons financières

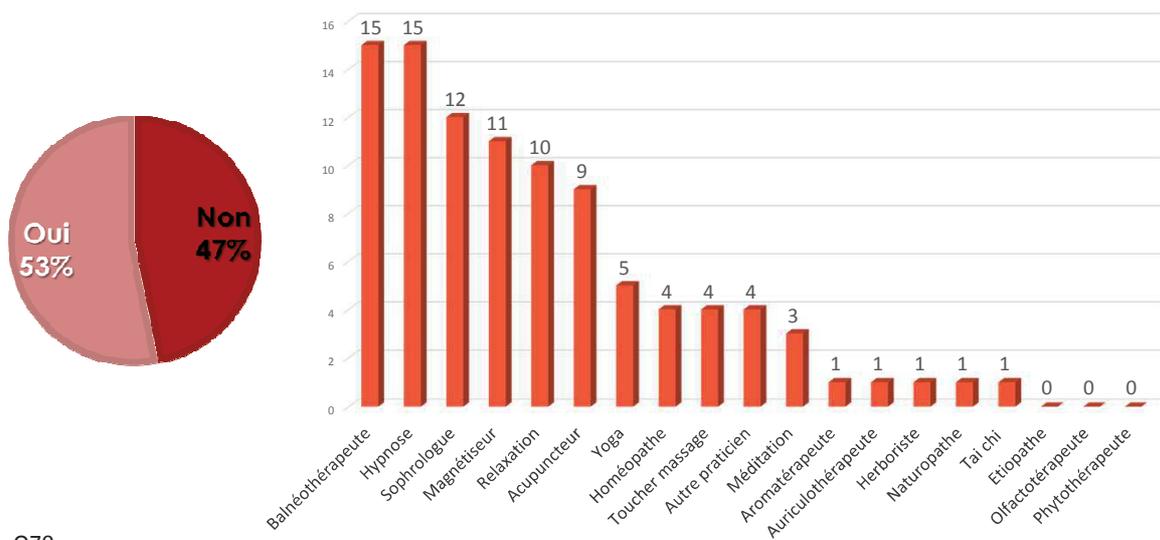


Q88, Q89

Résultats préliminaires, données non publiées. Présentation réalisée sous la responsabilité de l'orateur



la moitié des patients ont consultés un ou des praticien(s) d'approche complémentaire



Q70

Résultats préliminaires, données non publiées. Présentation réalisée sous la responsabilité de l'orateur



Schmerz. 2018 Apr;32(2):144-152. [Article in German]

Pain and poverty

D Feierabend, J Walter, R Kalff, R Reichart



Background: Poverty is an important problem in Germany. The health effects of poverty can lead to a higher risk of disease and the arising of chronic affections. On the other hand chronic illness may support the development and continuance of poverty. The context of chronic pain and poverty has not been analyzed so far.

Objectives: We investigated the correlation between chronic pain and poverty.

Materials and methods: In a prospective manner we interviewed 20 patients with pain syndromes during our consultation hour regarding their household income. Further, data from the German Federal Statistical Office were analyzed with respect to the correlation between the incidence of a chronic pain diagnosis and household income.

Results: At 1546 €, the average household income of the patients studied was below the poverty level. The analyzed data showed that women suffered from chronic pain more often than men did and also had a lower income. Another economic inequality was found between Eastern and Western Germany. There was a statistically significant correlation between income and the incidence of the diagnostic codes for chronic pain (R52.1, 2, 9) for men.

Conclusion: Our investigation showed the correlation between chronic pain and poverty. A commitment and cooperation of German medical associations and federal politics is necessary to overcome this sociopolitical issue.



Health Policy Review

Pain Physician 2017; 20:111-138 • ISSN 1533-3159



A Critical Analysis of Obamacare: Affordable Care or Insurance for Many and Coverage for Few?

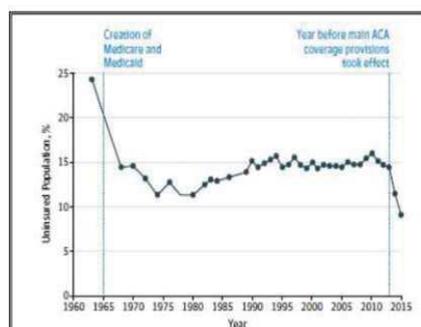
Laxmaiah Manchikanti, MD¹, Standiford Helm II, MD², Ramsin M. Benyamin, MD³, and Joshua A. Hirsch, MD⁴

From: ¹Pain Management Center of Paducah, Paducah, KY, and University of Louisville, Louisville, KY; ²The Helm Center for Pain Management, Laguna Woods, CA; ³Millennium Pain Center, Bloomington, IL; and University of Illinois, Urbana-Champaign, IL; and ⁴Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School, Boston, MA.

The Affordable Care Act (ACA), of 2010, or Obamacare, was the most monumental change in US health care policy since the passage of Medicaid and Medicare in 1965. Since its enactment, numerous claims have been made on both sides of the aisle regarding the ACA's success or failure; these views often colored by political persuasion.

The ACA had 3 primary goals: increasing the number of the insured, improving the quality of care, and reducing the costs of health care. One point often lost in the discussion is the distinction between affordability and access. Health insurance is a financial mechanism for paying for health care, while access refers to the process of actually obtaining that health care. The ACA has widened the gap between providing patients the mechanism of paying for healthcare and actually receiving it.

The ACA is credited to have increased the number of insured, while some believe that the



Data are derived from the National Health Interview Survey and, for years prior to 1982, supplementary information from other survey sources and administrative records. The methods used to construct a comparable series spanning the entire period build on those in Cohen et al (56) and Cohen (57) and are described in detail in Council of Economic Advisers 2014 (58). For years 1989 and later, data are annual. For prior years, data are generally but not always biannual. ACA indicates Affordable Care Act.

Fig. 3. Percentage of individuals in the United States without health insurance, 1963 - 2015.

Functional limitation and chronic diseases are associated with food insecurity among U.S. adults

Brittany J Venci, Seung-Yeon Lee

Ann Epidemiol. 2018 Mar;28(3):182-188.

Department of Rehabilitation, Exercise, and Nutrition Sciences, University of Cincinnati,





MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2018 Sep 14; 67(36): 1001-1006.

Prevalence of Chronic Pain and High-Impact Chronic Pain Among Adults — United States, 2016

James Dahlhamer, PhD,^{1,2,3} Jacqueline Lucas, MPH,¹ Carla Zelaya, PhD,¹ Richard Nahin, PhD,² Sean Mackey, MD, PhD,³ Lynn DeBar, PhD,⁴ Robert Kerns, PhD,⁵ Michael Von Korff, ScD,⁴ Linda Porter, PhD,⁶ and Charles Helmick, MD⁷

Chronic pain, one of the most common reasons adults seek medical care (1), has been linked to restrictions in mobility and daily activities (2,3), dependence on opioids (4), anxiety and depression (2), and poor perceived health or reduced quality of life (2,3). Population-based estimates of chronic pain among U.S. adults range from 11% to 40% (5), with considerable population subgroup variation. As a result, the 2016 National Pain Strategy called for more precise prevalence estimates of chronic pain and high-impact chronic pain (i.e., chronic pain that frequently limits life or work activities) to reliably establish the prevalence of chronic pain and aid in the development and implementation of population-wide pain interventions (5). National estimates of high-impact chronic pain can help differentiate persons with limitations in major life domains, including work, social, recreational, and self-care activities from those who maintain normal life activities despite chronic pain, providing a better understanding of the population in need of pain services. To estimate the prevalence of chronic pain and high-impact chronic pain in the United States, CDC analyzed 2016 National Health Interview Survey (NHIS) data. An estimated 20.4% (50.0 million) of U.S. adults had chronic pain and 8.0% of U.S. adults (19.6 million) had high-impact chronic pain, with higher prevalences of both chronic pain and high-impact chronic pain reported among women, older adults, previously but not currently employed adults, adults living in poverty, adults with public health insurance, and rural residents. These findings could be used to target pain management interventions.



Pain Medicine 2014; 15: 1508-1521

Associations of Socioeconomic Position and Pain Prevalence in the United States: Findings from the National Health and Nutrition Examination Survey

Jody L. Riskowski, PhD
Caledonian University, Glasgow, UK

Background. Pain is a significant burden within the U.S. adult population, but little is known regarding epidemiology of pain, particularly with respect to race, ethnicity, and socioeconomic position (SEP).

Methods. With data from the population-based 2003–2004 National Health and Nutrition Examination Survey, prevalence of acute (<3 months) and chronic (≥3 months) pain was evaluated, including subgroup analyses of race, ethnicity, and SEP, with SEP defined by the poverty-to-income ratio, a ratio derived from the federal poverty level, accounting for household income and number of household members.

Results. Prevalence of acute pain was 12.2% (95% confidence interval: 11.2–13.3%). Non-Hispanic black as well as Hispanic and Mexican-American individuals had higher rates of acute pain than non-Hispanic white people, and a higher prevalence was noted in those with higher SEP. Chronic pain prevalence was 15.6% (13.4–17.7%), with non-Hispanic white people having a higher prevalence than those in other racial and ethnic groups.

Conclusion. Trends of chronic pain by SEP were opposite of acute pain as those in the highest SEP group tended to have less chronic pain than those in lower SEP groups. These findings suggest that SEP, in addition to race and ethnicity, may play a role in the development of pain as well as its treatment and management.

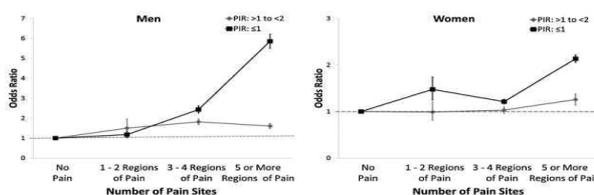


Figure 3 Multinomial regression of number of chronic pain regional sites by gender and socioeconomic position (SEP), using the surrogate of poverty-to-income ratio (PIR) level.

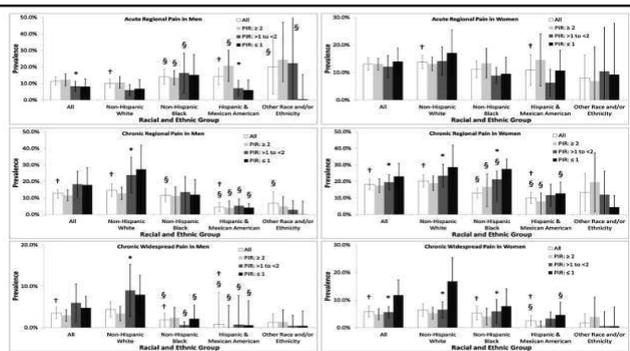


Figure 1 Prevalence rates and 95% confidence intervals of chronic regional pain and chronic widespread pain by age groups and poverty-to-income ratio (PIR), separated by gender. Data of the crude and adjusted models are presented in the supplemental material (Supporting Information Table S2). * denotes P value for trend within race and ethnic category by SEP, which is $P \leq 0.05$; † denotes P value between men and women within race and ethnic category, which is $P \leq 0.05$; § denotes P value for χ^2 between SEP categories within the racial and ethnic group, which is $P \leq 0.05$ (referent is the SEP of non-Hispanic white men or women). Note the y-axes between men and women in acute regional pain and chronic widespread pain are different.



At the intersection of ethnicity/race and poverty: knee pain and physical function

J Racial Ethn Health Disparities. 2019 Dec; 6(6): 1131–1143.

[Kathryn A. Thompson](#), [Ellen L. Terry](#), [Kimberly T. Sibille](#), [Ethan W. Gossett](#), [Erin N. Ross](#), [Emily J. Bartley](#), [Toni L. Glover](#), [Ivana A. Vaughn](#), [Josue S. Cardoso](#), [Adriana Sotolongo](#), [Roland Staud](#), [Laura B. Hughes](#), [Jeffrey C. Edberg](#), [David T. Redden](#), [Laurence A. Bradley](#), [Roger B. Fillingim](#), [Burel R. Goodin](#).



Background:

Knee osteoarthritis (OA) disproportionately affects racial and ethnic minorities. non-Hispanic Blacks (NHB) report a higher prevalence and severity of knee OA symptoms than their non-Hispanic White (NHW) counterparts. The role of poverty in explaining this disparity remains unclear.

Results:

Findings revealed 120 individuals living above the poverty line (49% NHB, 77% NHW) and 71 individuals living below the poverty line (51% NHB, 23% NHW). Adjusted multivariable models revealed significant ethnic/race by poverty status interactions for knee pain ($p = .036$) and physical function ($p = .032$) on the WOMAC, as well as physical function on the SPPB ($p = .042$). Post-hoc contrasts generally revealed that NHW adults living above the poverty line experienced the least severe knee pain and best physical function, while NHB adults living below the poverty line experienced the most severe knee pain and poorest physical function.

Conclusions:

Results of the present study add to the literature by emphasizing the importance of considering poverty and/or other indicators of socioeconomic status in studies examining ethnic/racial disparities in pain and physical function.



PLoS ONE 14(5): e0215148
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215148>

RESEARCH ARTICLE

An ethnography of chronic pain management in primary care: The social organization of physicians' work in the midst of the opioid crisis

[Fiona Webster](#)^{1*}, [Kathleen Rice](#)², [Joel Katz](#)^{3,4}, [Onil Bhattacharyya](#)^{5,6}, [Craig Dale](#)⁷, [Ross Upshur](#)⁸

1 Arthur and Sonia Labatt Family School of Nursing, Faculty of Health Sciences, Western University, London, ON, Canada, **2** Department of Family Medicine, McGill University, Montreal, QC, Canada, **3** Department of Psychology, York University, Toronto, ON, Canada, **4** Department of Anesthesia and Pain Management, Toronto General Hospital, Toronto, ON, Canada, **5** Department of Family and Community Medicine, University of Toronto, Toronto, ON, Canada, **6** Women's College Research Institute, Toronto, ON, Canada, **7** Lawrence S. Bloomberg Faculty of Nursing, University of Toronto, Toronto, ON, Canada, **8** Clinical Public Health, Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto, Toronto, ON, Canada

This study reports on physicians' experiences with chronic pain management. For over a decade prescription opioids have been a primary treatment for chronic pain in North America. However, the current opioid epidemic has complicated long-standing practices for chronic pain management which historically involved prescribing pain medication. Caring for patients with chronic pain occurs within a context in which a growing proportion of patients suffer from chronic rather than acute conditions alongside rising social inequities.

In this paper we suggest that aspects of poverty, such as those described in the example above, are a ubiquitous feature of primary care provision, and this is likely intensifying as a growing proportion of patients suffer from chronic rather than acute conditions alongside rising social inequity. This was regularly documented in care providers' narratives, and was confirmed observational fieldnotes such as "the patient is quiet, morose, and unstylishly dressed in drab clothing, with holes in one shoe. Rather than a winter coat he had on three layers of sweatshirts under a light jacket. (...) The family physician asks him about his housing situation, recalling that at his last appointment the patient was concerned about losing his apartment"

L'article 6 de la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 ("Informatique et libertés") interdit en effet de principe la collecte de données individuelles relatives à la race, l'opinion politique, philosophique ou religieuse : « Il est interdit de traiter des données à caractère personnel qui révèlent la prétendue origine raciale ou l'origine ethnique, les opinions politiques, les convictions religieuses ou philosophiques ...[...] »



Methods

Our team undertook an ethnographic approach known as institutional ethnography in the province of Ontario, Canada in order to explore the social organization of chronic pain management from the standpoint of primary care physicians. This paper reports on a subset of this study data, specifically interviews with 19 primary care clinicians and 8 nurses supplemented by 40 hours of observations. The clinicians in our sample were largely primary care physicians and nurses working in urban, rural and Northern settings.

Findings

In their reflections on providing care for patients with chronic pain, many providers describe being most challenged by the work involved in helping patients who also struggled with poverty, mental health and addiction. These frustrations were often complicated by concerns that they could lose their license for inappropriate prescribing, thus shifting their work from providing treatment and care to policing their patients for malingering and opioid abuse.

While the association between wealth and health has long been recognized, solutions for this are increasingly being sought through medicine, and in this process are frequently recast as medical problems—such as an opioid crisis—rather than as issues of public health. In addition, while opioid tapering is recommended as the antidote to this problem, and while sanctions are levied against physicians who over-prescribe, there are currently few alternative therapies available that are affordable for many patients. We would argue that this represents a medicalization of poverty that diverts attention and resources from social services and education and toward clinical treatment where physicians are poorly situated to manage the situation. The provision of stronger supports, rather than potential sanction, would offer much needed assistance to those physicians dealing with the crisis of growing inequity on the front lines. In addition, if physicians are to taper or stop prescribing opioids for their patients, there must be fully funded alternatives for them to offer. Without this funding in place, the current regulations and guidelines risk estranging physicians from the very patients who most need their care and will contribute to both patient suffering and threaten physician well-being in the future.



The relationship of sociodemographic and psychological variables with chronic pain variables in a low-income population

Pain. 2017 Sep;158(9):1687-1696

Andrea K Newman ¹, Benjamin P Van Dyke, Calia A Torres, Jacob W Baxter, Joshua C Eyer, Shweta Kapoor, Beverly E Thorn

^aDepartment of Psychology, The University of Alabama, Tuscaloosa, AL, USA ^bCapstone College of Nursing, The University of Alabama, Tuscaloosa, AL, USA ^cDepartment of Psychiatry and Behavioral Sciences, The University of Texas Health Science Center at Houston, Houston, TX,

Chronic pain is a pervasive condition that is complicated by economic, educational, and racial disparities. This study analyzes key factors associated with chronic pain within an understudied and underserved population. The sample is characterized by a triple disparity with respect to income, education/literacy, and racial barriers that substantially increase the vulnerability to the negative consequences of chronic pain.



Results: Results suggested that race/ethnicity, having received an opioid prescription in the year prior to treatment onset, and higher depressive symptoms were associated with increased HCU for chronic pain conditions.

Anesth Analg. 2016 Sep;123(3):739-48.

A Systematic Review and Meta-Analysis of the Global Burden of Chronic Pain Without Clear Etiology in Low- and Middle-Income Countries: Trends in Heterogeneous Data and a Proposal for New Assessment Methods

Tracy Jackson ¹, Sarah Thomas, Victoria Stabile, Matthew Shotwell, Xue Han, Kelly McQueen

From the Vanderbilt University, Nashville, Tennessee.

Health Care Utilization for Chronic Pain in Low-Income Settings

Pain Med. 2018 Dec 1;19(12):2387-2397

Andrea K Newman, Shweta Kapoor, Beverly E Thorn

Chronic pain is a serious health problem with high rates of health care utilization (HCU). Many patients become stymied in a perpetual cycle of unsuccessful attempts to find relief from suffering through frequent health care visits. Especially within low-income populations, the burdens of health care services are especially unpleasant due to significant financial costs, barriers to transportation, and high levels of stress. This study aimed to examine factors associated with HCU for chronic pain in low-income settings.



Arch Phys Med Rehabil. 2017 Nov; 98(11): 2111-2117.

Less Exercise and More Drugs: How a Low Income Population Manages Chronic Pain

Barbara J. Turner, MD, MSEd,^{1,2} Natalia Rodriguez, MPH,² Melissa A. Valerio, PhD, MPH,^{2,3} Yuanyuan Liang, PhD,^{2,4} Paula Winkler, ME,^{2,5} and Lisa Jackson, MS⁶

To evaluate chronic pain management in a multistate, low income, Hispanic population and to examine predictors of exercising and prescription pain medication (PPM) use.

Online survey administered to a representative sample of Hispanic adults in June 2015



To our knowledge, this is the first study to demonstrate a higher likelihood of using prescription pain medications for chronic pain among low income Hispanics. These results are consistent with a study reporting that continuing to receive opioid analgesics long-term after major surgery was significantly more likely for low income groups. In addition, among Medicare enrollees nationally, those who were lower income or living in a lower-educational area were significantly more likely to receive long-term prescription opioids.

Likewise, a qualitative study of low income Hispanics with chronic pain found that they received little support or education from health care providers about this condition. In these circumstances, it may be that prescribing a pain medication, be it an opioid or another drug such as prescription strength non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAID), would be the most expeditious approach for clinicians, especially if there are few available alternative resources for pain management.



Results

Most participants reported using PPM (58%) and exercise (54%) to manage pain. Compared with annual household incomes >\$75,000, adjusted odds ratios [AORs] for exercising were: 0.20 for <\$10,000 (P=0.12); 0.40 for \$10,000-34,999 (P=0.22), and 0.15 for \$35,000-74,999 (P=0.015). Conversely, AORs for PPM were over four-fold higher for lower income groups as follows: 14.2, 4.79, and 4.85 respectively (all P<0.065). PPM users rated importance of accessing a gym to manage pain lower (P=0.01) while exercisers rated feasibility of gym access to manage pain higher (P=0.001).

Conclusions

In a Hispanic population-based sample with chronic pain, lower income groups tended to exercise less but use PPM more. Barriers to gym access and use may play a role in these disparities.





Exploring the experience of chronic pain among female Survival Sex Workers: a qualitative study

BMC Fam Pract. 2015; 16: 182

Caroline Allen¹, Alka Murphy¹, Sheri Kiselbach¹, Stephanie VandenBerg^{3*} and Ellen Wiebe²

Background: The prevalence of self-identified chronic pain in Canadian adults is approximately one in five people. Marginalization and addictions have been shown to complicate chronic pain in vulnerable populations. This study aimed to understand the experience of chronic pain among female Survival Sex Workers in Vancouver's downtown eastside (DTES).

Methods: This study used an exploratory qualitative analysis with in-depth, semi-structured interviews. Members of PACE Society who self-identified as a current or former Survival Sex Worker and who had a chronic pain experience known to PACE support workers were invited to participate. Interviews were conducted, audio recorded and transcribed. The investigators met to read the transcripts and discuss emerging themes. The process continued until no new themes were observed.

Results: Participants ranged in age from 42 to 56 years old and all self-identified as females and Survival Sex Workers. Eleven of thirteen interviews were analyzed for themes. Drug use for pain management, both prescribed and illicit, was the most important theme. Poverty, the need to continue working and the lack of stable housing were barriers to adequately addressing the source of chronic pain. Participants felt judged for living in the downtown eastside, being a drug user and/or being Aboriginal and only two participants had been referred to a pain specialist. All participants were involved in support networks made up of other Sex Workers and all spoke of a sense of community and survival.

Conclusions: Our study emphasizes the complex nature of chronic pain and addictions among a uniquely marginalized population. The study is unique in that it contributes the perspectives of a traditionally "hard-to-reach" population and demonstrates that Sex Workers should not only participate in but should lead development and implementation of research and programs for managing chronic pain in the setting of addiction.



Pain Med. 2019 Aug 1;20(8):1528-1533

Relationship Between Opioid Analgesic Prescription and Unemployment in Patients Seeking Acupuncture for Chronic Pain in Urban Primary Care

Elizabeth Chuang¹, Eric N Gil¹, Qi Gao², Benjamin Kligler³, M Diane McKee¹

Objective: The widespread use of opioid analgesics to treat chronic nonmalignant pain has contributed to the ongoing epidemic of opioid-related morbidity and mortality. Previous studies have also demonstrated a relationship between opioid analgesic use and unemployment due to disability. These studies have been limited to mainly white European and North American populations. The objective of this study is to explore the relationship between opioid analgesic use for chronic nonmalignant pain in an urban, mainly black and Hispanic, low-income population.

Subjects: Adults with chronic neck, back, or osteoarthritis pain participating in an acupuncture trial were included.

Results: Opioid analgesic use was associated with three times the odds of unemployment due to disability while controlling for potential confounders, including depression, pain severity, pain interference, global physical and mental functioning, and demographic characteristics.

Chronic pain management strategies used by low-income overweight Latinos

Chronic Illn. 2013 Jun;9(2):133-44.

Dana N Rutledge¹, Patricia J Cantero, Jeanette E Ruiz



Race, care seeking, and utilization for chronic back and neck pain: population perspectives

Timothy S Carey¹, Janet K Freburger, G Mark Holmes, Anne Jackman, Stefanie Knauer, Andrea Wallace, Jane Darter

J Pain. 2010 Apr;11(4):343-50

We analyzed a statewide survey of individuals with chronic back and neck pain to determine whether prevalence and care use varied by patient race or ethnicity. We conducted a telephone survey of a random sample of 5,357 North Carolina households in 2006. Adults with chronic (>3 months duration or >24 episodes of pain per year), impairing back or neck pain were identified and were asked to complete a survey about their health and care utilization. 837 respondents (620 white, 183 black, 34 Latino) reported chronic back or neck pain. Whites and blacks had similar rates of chronic back pain. Back pain prevalence was lower in Latinos (10.4% [9.3-11.6] vs 6.3% [3.8-8.8]), likely due to their younger age; and the prevalence of chronic, disabling neck pain was lower in blacks (2.5% [1.9-3.1] vs 1.1% [0.4-1.9]). Blacks had higher pain scores in the previous 3 months (5.2 vs 5.9 P < .05), and higher Roland disability scores (0-23 point scale): 14.2 vs 16.8, P < .05. Care seeking was similar among races (83% white, 85% black, 72% Latino). Use of opioids was also similar between races, at 49% for whites, 52% for blacks, and trended lower at 35% for Latinos. We found few racial/ethnic differences in care seeking, treatment use, and use of narcotics for the treatment of chronic back and neck pain.





Burden of disability due to musculoskeletal (MSK) disorders

Lyn March ^a, Emma U.R. Smith ^a, Damian G. Hoy ^b, Marita J. Cross ^a, Lidia Sanchez-Riera ^{a, c}, Fiona Blyth ^d, Rachelle Buchbinder ^e, Theo Vos ^{b, f}, Anthony D. Woolf ^{g, h}

Summary of the increase in the burden (no. of years lived with disabilities YLDs) of MSK disorders in developing countries and in developed countries, from 1990 to 2010.

	Global			Developing countries			Developed countries		
	1990	2010	% increase	1990	2010	% increase	1990	2010	% increase
Musculoskeletal disorders	113,956,000	166,277,000	46%	74,445,000	118,998,000	60%	39,511,000	47,279,000	20%
Low back pain	56,384,000	80,667,000	43%	37,244,000	58,417,000	57%	19,140,000	22,250,000	16%
Neck pain	23,107,000	32,651,000	41%	15,692,000	24,045,000	53%	7,415,000	8,606,000	16%
Osteoarthritis	10,455,000	17,148,000	64%	6,876,000	12,421,000	81%	3,579,000	4,727,000	32%
Rheumatoid arthritis	3,338,000	4,819,000	44%	1,831,000	2,956,000	61%	1,507,000	1,863,000	24%
Gout		76,000	114,000	27,000	46,000	70%	49,000	68,000	39%
Other MSK	46,511,000	52,770,000	13%	35,134,000	39,811,000	13%	11,377,000	12,959,000	14%

Low back pain disability years increased by 57% in developing countries and 16% in developed countries from 1990 to 2010

"The developed world become rich before it became old, but the developing countries are becoming old before they have ever become rich" A.Kalache



"Even my sister says I'm acting like a crazy to get a check": Race, gender, and moral boundary-work in women's claims of disabling chronic pain

Jane Pryma

Soc Sci Med. 2017 May;181:66-73

Recent research examines how women claim chronic pain in response to gendered moral discourses. However, extant research does not explore how race shapes the moral boundary-work performed by women suffering from disabling chronic pain. Through the qualitative analysis of twenty-four semi-structured interviews with women fibromyalgia sufferers conducted between October 2014 and August 2016 in the U.S.A., I demonstrate how women with fibromyalgia claim chronic pain by doing moral boundary-work, referencing gendered and racialized moral discourses that structure how claims of chronic pain as disability are and are not read as legitimate by doctors, disability bureaucrats and personal networks. Extending Hansen et al.'s work on stigma and the "pathologization of poverty," I suggest that, per my sample, the different moral discourses deployed in white and Black women's claims of chronic pain can be explained by the racialized and gendered boundaries of citizenship that structure U.S. welfare and disability politics. Finally, I argue for intersectionality's relevance to research on moral boundary-work and the medicalization of poverty.



Care interrupted: Poverty, in-migration, and primary care in rural resource towns

Kathleen Rice ¹, Fiona Webster ²

Soc Sci Med. 2017 Oct;191:77-83.

¹ Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto, Canada.

² Institute for Health Policy, Management and Evaluation, Dalla Lana School of Public Health,

Pain Manag Nurs. 2015 Apr;16(2):96-104.



The influence of chronic pain on the daily lives of underprivileged South Africans

Martjie de Villiers ¹, Johanna Elizabeth Maree ², Corrien van Belkum ¹

Adelaide Tambo School of Nursing Science, Tshwane University of Technology, Pretoria, South Africa.



COVID-19 : LA CRISE FAIT BASCULER DES MILLIERS DE PERSONNES DANS LA PRÉCARITÉ

croix-rouge française



LA PRÉCARITÉ ET L'ISOLEMENT, FACTEURS AGGRAVANTS DES DOULEURS CHRONIQUES ?

02 septembre 2020

PETITS FRÈRES
DES PAUVRES



Non à l'isolement de nos aînés



La précarité aggrave les douleurs chroniques



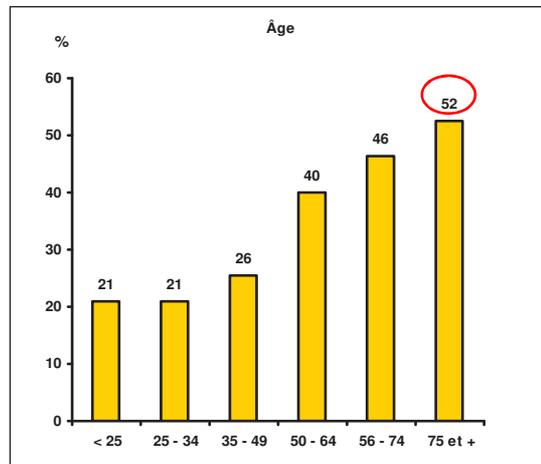
Beaucoup de personnes âgées en situation de précarité souffrent de polyopathologies, responsables de douleurs chroniques. © mmmhock/Shutterstock

Pour les Petits Frères des Pauvres, il était important de faire participer les personnes âgées en situation de précarité à cette étude : « Les personnes que nous accompagnons cumulent à la fois les pathologies qui sont liées à la précarité et aussi les maladies liées au vieillissement et à la dégénérescence du corps », décrit Marie-Thérèse Borges Tavares, responsable du pôle santé de l'équipe de l'accompagnement vers le logement de Paris Saint-Maur (11e).

"Chaque société a sa conception morale du devoir, chaque âge a la sienne correspondant à son sens moral" → quelle réponse ?



Prévalence de la douleur chronique en fonction de l'âge



En France, après 75 ans une personne sur 2 souffre de douleur chronique (durée > 3 mois)

Bouhassira et al. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. Pain, 2008.



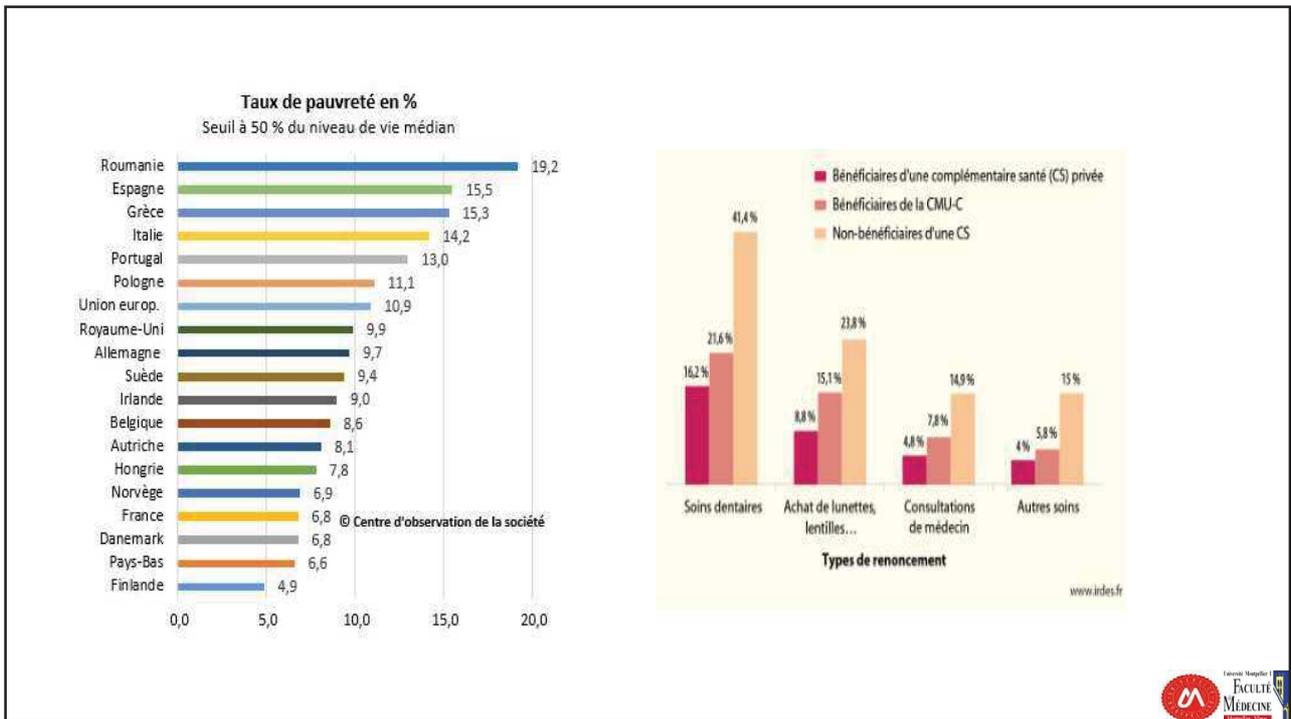
Pauvreté et inégalités en France

La pauvreté par département



Inégalités de revenus par régions





Le nombre de bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS a continué à croître en 2019

apm news DÉBÊCHE - Vendredi 25 septembre 2020 - 12:40

Les bénéficiaires de la **CMU-C** étaient, tous régimes confondus, 5,85 millions au 31 octobre 2019, soit 4,3% c plus qu'en octobre 2018,

STRATÉGIE NATIONALE DE PRÉVENTION ET DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ

La France, pays de la reproduction de la pauvreté

Malgré les efforts menés, la France demeure le pays dans lequel la reproduction de la pauvreté est la plus forte, avec des publics plus particulièrement touchés, comme les familles monoparentales dont le taux de pauvreté a fortement progressé.

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
Liberté, Égalité, Fraternité

Figure 5 - Efficacité CMU-C, densité des bénéficiaires par rapport à la population

Répartition métropole				en milliers			
Couleur	Pourcentage population	Nombre Dpts	Efficacité	Nombre Dpts	Efficacité	Pourcent. Efficacité	
>= 3,2% < 5,5%		19	482	9,2%			
>= 5,5% < 6,8%		19	689	13,2%			
>= 6,8% < 7,6%		19	846	16,2%			
>= 7,6% < 8,8%		20	1 134	21,7%			
>= 8,8% <= 16,7%		20	2 071	39,7%			
		96	5 221	100,0%			

Répartition DOM				en milliers			
Couleur	Pourcentage population	Nombre Dpts	Efficacité	Pourcent. Efficacité			
>= 20,3% <= 37,4%		4	595	100%			

Lecture : estimation à fin octobre 2019
 ©Champ : France métropole, Mayotte ; NAF : Code de Commerce, Commerce, Commerce - Distribution
 www.irdes.fr





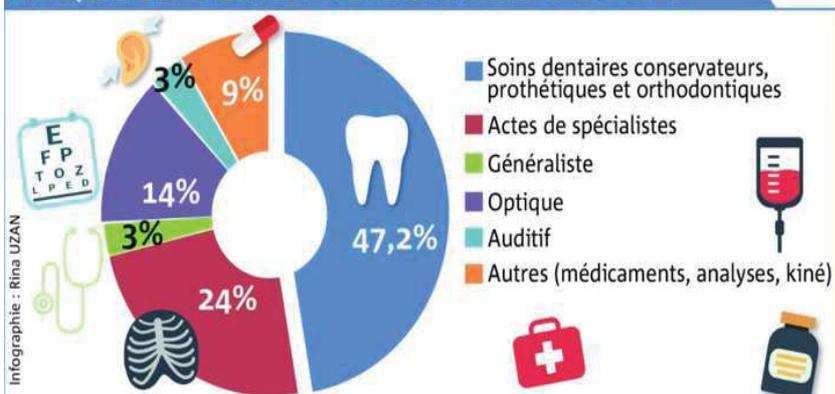
En France, l'un des pays les plus riches du monde, de plus en plus de personnes renoncent aux soins. Globalement, en 2012*, 26 % d'entre elles déclaraient avoir renoncé à au moins un soin pour raisons financières. Les soins que l'on sacrifie sont d'abord les soins dentaires (18 %), d'optique (10 %), puis les consultations médicales (5 %). Le renoncement aux soins pour raisons financières touche principalement les étudiants, les femmes et les seniors, catégories en général plus précarisées, mais les classes moyennes et supérieures ne sont plus épargnées, et la plupart des familles doivent choisir entre les soins. Seuls 20 % des Français, les plus aisés, continuent à se soigner à la hauteur de leurs besoins.

* Enquête sur la santé et la protection sociale (Eps) de l'Irdes (Institut de recherche et documentation en économie de la santé).

LA FRACTURE SANITAIRE SE CREUSE : 10 MILLIONS DE FRANÇAIS RENONCENT À SE SOIGNER



À QUELS SOINS RENONCEZ-VOUS ?



Infographie : Rina UZAN



Le taux de renoncement des assurés questionnés dans le Var s'élève à **25%**.

Du 2 mai 2018 au 2 septembre 2019 : **1 612** assurés ont bénéficié de **6 212** actions d'accompagnement et ont pu réaliser leurs soins. Ils ont été aidés dans leurs démarches de santé et administratives.

Source CPAM

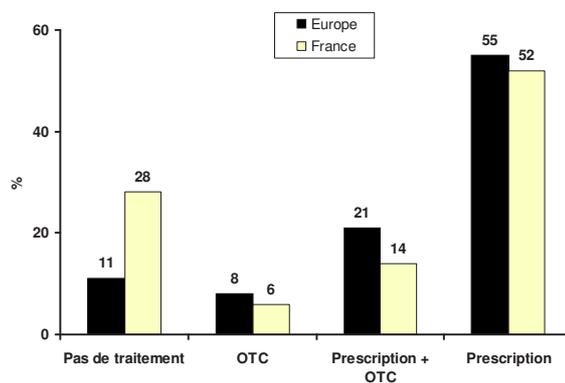




Sévérité de la douleur et traitements antalgiques en Europe et en France

> Patients souffrant d'une douleur chronique cancer d'intensité ≥ 5

Proportion de patients recevant un traitement antalgique



28 % des patients en France ne reçoivent pas de traitements antalgiques vs 11 % en Europe.

Conclusion

31% des patients rapportent que leur douleur est si intense qu'ils ne pourraient pas en supporter une plus forte.



40% des patients rapportent que leur douleur n'est pas suffisamment soulagée.

64% des patients prenant des traitements antalgiques considèrent que leur douleur n'est pas toujours contrôlée.



Projet citoyen Précarité - Douleur

Bases de réflexion :

- 20% de la population souffre de douleurs chroniques (source : France / Union Européenne)
 - Les SDC (structures douleur chronique: consultations, centres) sont très peu nombreuses
 - Taux de renoncement aux soins
 - Difficultés d'accès aux soins
 - Précarisation de la société / laissés pour compte / vulnérabilité :
 - travailleurs pauvres
 - retraités modestes
 - familles monoparentales
 - personnes isolées, malades
 - chômeurs longue durée, bénéficiaires du RSA
 - sans domicile fixe
 - migrants (CRA, attente de régularisation, barrages linguistiques)
 - sorties de prison
- .../...
- Douleur et vulnérabilité sociale : prévalence en CETD, facteurs de risque empêchant PEC CETD (PRECAPAIN Clermont-Ferrand, en cours)



L'accès à la santé des publics vulnérables Cadre réglementaire

- Loi 98-657 du 29 juillet 1998 en faveur de la lutte contre l'exclusion
- Code de la santé publique : articles L.6112-1, L.6112-3, L.6112-6
- Arrêté du 23 mars 2007 relatif aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (application article D.162-8 du code de la sécurité sociale)
- Circulaire N°DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013

HÔPITAL CITOYEN / SANTE pour TOUS / PASS



Permanences d'Accès aux Soins de Santé du Languedoc-Roussillon

Restitution des résultats de la mission d'évaluation



ARS – DRJSCS LR



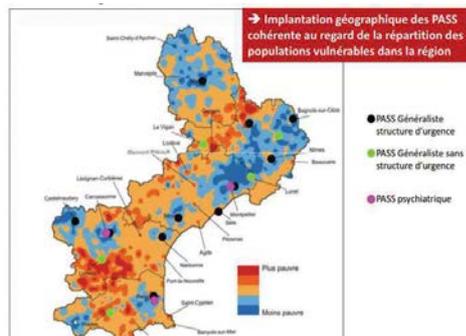
1

PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins



Contexte de la mission d'évaluation

- Circulaire n° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 : référentiel national des PASS + enquête nationale sur les PASS, à partir de l'année 2012 (contrôle de cohérence par l'ARS des données fournies attendus)
 - En Languedoc-Roussillon, écarts importants dans les fonctionnements, les organisations, les activités des différentes PASS, souvent éloignés du respect du cadre du cahier des charges, et des financements ne répondant plus à la réalité.
 - Éléments insuffisants pour contrôler la cohérence des données fournies
- Evaluation sur site des 19 PASS de la région, conjointement menée par la DOSA et la DSPE, et associant les DT et la DRJSCS, liées par convention



Définition du patient PASS (référentiel national de juin 2013) :

- patient en situation de précarité qui a besoin de soins externes et qui ne peut y accéder :
 - en raison de l'absence d'une couverture sociale ou de son incomplétude ;
 - pour d'autres raisons d'ordre social : patient désocialisé, ayant des difficultés à s'orienter, devant être accompagné dans son parcours de soins



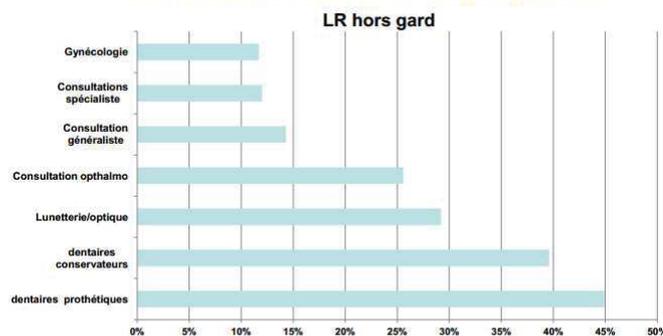
Une expérience de démarche identification des difficultés d'accès aux soins



- Une évaluation départementale menée dans le Gard de novembre 2013 à septembre 2014
- Une évaluation régionale (hors département du Gard), avec soutien de la CNAMTS, qui a débuté le 9 mars 2015

	Gard 2013/2014	Région LR 2015
Régimes	Taux de renoncement	
Général	30,5%	36,3%
RSI	25,7%	20,9%
MSA	42,5%	22,2%

Des besoins de soins non satisfaits similaires



Le même « classement » s'observe dans le Gard s'agissant des besoins de soins non satisfaits



Le renonçant serait une personne :

- Perdue dans les démarches administratives
- Pas soutenue financièrement par des proches
- Pas ou peu guidée/conseillée par les professionnels du sanitaire ou du social
- Souvent dans un état d'anxiété ou de dépression



Plate-Forme d'Intervention
Départementale pour l'Accès
aux Soins et à la Santé

Création de la Plate-Forme d'Intervention Départementale d'Accès aux Soins et à la santé (PFIDASS)



Les principes de fonctionnement

↳ 1ere étape : la détection

Des professionnels détecteurs de terrain repèrent des situations de renoncement aux soins qu'ils ne peuvent eux-mêmes résoudre en totalité, et saisissent, **avec le consentement du renonçant**, la PFIDASS qui prend ensuite le relai dans l'accompagnement de l'assuré vers la réalisation effective des soins.

↳ 2eme étape : l'accompagnement

La PFIDASS réalise un bilan des droits/santé et, en fonction de la situation, peut :

- Accompagner à la réalisation des soins
 - attribuer et/ou expliquer les droits (droits de base à l'Assurance Maladie, CMUC, ACS)
 - aider aux choix d'une complémentaire santé adaptée
 - proposer des aides de l'action sociale
 - élaborer des plans d'aides financières associant d'autres partenaires
 - orienter vers le professionnel de santé le plus adapté
- Accompagner dans le « bon parcours de santé » (phase 2) : prise de rdv au CES, vérification du dépistage des cancers, vérification des EBD pour les enfants...

L'accompagnement de l'assuré peut être très rapide (le temps d'un coup de téléphone) comme assez long (plusieurs mois et plusieurs contacts quand il faut faire participer d'autres partenaires au financement des soins).



PRAPS LR
2012-2017

Précarité & Vulnérabilité

19,6% population sous le seuil de pauvreté
9,6% bénéficiaires CMU (vs.6.4%) (2^{ème} région métropolitaine)
Taux de chômage > 14%
11,7% population / minima sociaux (vs.7,1%)

Ouvrir les droits aux soins
Faciliter l'accès aux soins
Coordonner partenaires institutionnels
Contrats de ville, contrats locaux de santé
Impliquer les élus

Parmi les préconisations : prendre en charge la douleur chez les publics vulnérables

- Créer une consultation dédiée
- Informer les professionnels de santé
- Associer les partenaires potentiels
- Revisiter labellisation des lieux ressources
- Sensibiliser CLuD
- PASS : quelles consultations ?

participants : CRSA, Assurance-Maladie, Administration Pénitentiaire, Education Nationale, Administration Sanitaire & Sociale, DTPJJ, DRJSCS
auditionnés : Croix-Rouge Française, CPAM du Gard, Médecins du Monde, association ADAGES, association Envie





PACTE POUR LA SANTÉ GLOBALE DES PLUS VULNÉRABLES

RAPPORT 2016

PARTOUT OÙ VOUS AVEZ BESOIN DE NOUS

« L'avenir n'est interdit à personne », c'est dans bien d'autres circonstances que Léon Gambetta avait prononcé ces mots. Pourtant, ils résonnent particulièrement bien avec notre propos : **faire en sorte que la santé, ce bien commun, soit mis à la portée de chacun.** Nos actions sont tournées vers cet objectif de « santé pour tous » avec ce qu'il porte d'utopie comme d'espérance.

Partenariat Croix-Rouge Française

Chaque jour, les équipes de la Croix-Rouge française agissent aux côtés des plus fragiles, laissés pour compte d'une société consumériste où la solidarité ne semble plus faire recette. Salariés et bénévoles assistent ainsi à la détresse quotidienne de celles et ceux qui ne parviennent plus à satisfaire leurs besoins essentiels – se nourrir, se vêtir, se loger, se chauffer... Or on le sait, la précarité, quel que soit son visage, est toujours synonyme de difficultés, voire de renoncement d'accès aux soins.

Dans ce contexte alarmant, les inégalités sociales qui se creusent, le désengagement progressif de l'Etat et les nombreux freins d'accès à la santé, qu'ils soient économiques, géographiques ou psychologiques, nous confrontent à des défis de taille.

Aujourd'hui, notre rôle et nos responsabilités sont plus importants que jamais. Nous devons nous remettre en question, aller encore plus loin dans l'efficacité et la cohérence des réponses que nous proposons à ceux qui ont besoin de nous.

Face à l'urgence de la situation, la Croix-Rouge française intensifie ses efforts. À ce titre notamment, elle a d'ores et déjà adopté une nouvelle stratégie pour privilégier le lien social et la proximité, aller vers les bénéficiaires en développant des dispositifs mobiles, mettre l'innovation au cœur de ses pratiques, diversifier les modalités d'accompagnement en s'adaptant aux spécificités de chaque territoire. Autant de moyens que nous allons mettre en œuvre pour faire de chaque action Croix-Rouge une porte d'entrée vers l'accès à la santé.

Mais il est évident que nous ne parviendrons pas à concrétiser cette ambition seuls : il nous faut travailler en partenariat avec l'ensemble des acteurs concernés – pouvoirs publics, structures de santé, associations, entreprises... – et relever ce défi de façon collective.

À travers ce rapport, nous avons voulu témoigner, alerter, proposer des pistes de réflexion car, nous en sommes convaincus, cette situation n'est pas une fatalité ! En abordant chaque personne avec bienveillance, dans la singularité de son parcours de vie, en lui proposant un accompagnement global et adapté à ses besoins, nous permettrons aux personnes vulnérables de (re)devenir autonomes et actrices de leur propre santé.

Il y a près de 160 ans, sur un champ de bataille, Henry Dunant posait l'acte fondateur de ce qui allait devenir le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. En décidant, avec l'aide de volontaires, d'aller porter secours aux soldats blessés sans distinction de camp, il érigeait l'humanité et l'impartialité en principes suprêmes. Des idéaux humanistes dont se revendique plus que jamais la Croix-Rouge française, qui entend porter haut et fort sa vision d'une société solidaire et citoyenne !

Professeur Jean-Jacques Eledjam
Président de la Croix-Rouge française

La Croix-Rouge française, un acteur de santé témoin de toutes les formes de vulnérabilité



Partenariat Croix-Rouge Française

- AcSS : Accueil Santé Social → consultations médicales gratuites + accueil social
→ organisation existante + large expérience de terrain
- Connaissance des freins d'accès à la santé :
 - * difficultés financières
 - * isolement, enfermement dans difficultés de toutes sortes
- Convaincre ces personnes de consulter (réticences difficultés administratives, mal-être en cabinet de ville, en institutions, recours ultime structures d'urgence)

- Enquête AcSS 2015:



50% sans domicile stable
70% hommes (47 ans)
60% sans emploi
80% socialement isolés
79% score EPICES > 50/100 (indicateur individuel précarité)

59% renoncement soins généralistes (vs.3% population générale)
65% renoncement soins dentaires (vs.10%)
57% sans couverture médicale (90% des français sont affiliés Ass.Maladie)
80% socialement isolés
Vision de leur propre santé : 27,7% bonne santé, 39,8% moyenne, 32,6% mauvaise/très mauvaise

> Accueillir, écouter et orienter vers les acteurs pertinents



Projet citoyen Précarité - Douleur

Public Health Nutrition: page 1 of 5

doi:10.1017/S1368980020003493

Action

Réduire des inégalités sociales et améliorer l'équité face aux soins
En proposant des consultations « douleurs » spécifiquement destinées aux publics en grande fragilité ou vulnérabilité ne fréquentant pas le CHU ; par exemple le samedi matin, au CHI

- Grands précaires coupés des soins, vulnérabilité sociale ou financière
- Précarité des personnes n'ont pas de droits ouverts ex. anciens détenus, les migrants...
- Sont aussi concernées de nombreuses personnes âgées ou des personnes avec des ressources modiques, voire sans ressource.

Submitted 8 May 2020; Final revision received 27 August 2020; Accepted 4 September 2020



Poverty and food insecurity may increase as the threat of COVID-19 spreads

Marcos Pereira^{1,*} and Ana Marluca Oliveira²

¹Institute of Collective Health, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brazil. ²School of Nutrition, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brazil

Abstract

This article discusses the relationship between both poverty and food insecurity (FI) and the COVID-19 pandemic, as well as presenting possible strategies and actions for increasing social protection in the fight against these conditions in the current epidemiological context, especially for low-income countries. This is a narrative review concerning COVID-19, poverty, and food and nutritional insecurity. The COVID-19 pandemic may increase poverty and FI levels, resulting from the absence of or weak political, economic and social interventions to maintain jobs, as well as compromised food production and distribution chains and reduced access to healthy foods in different countries around the world, especially the poorest ones, where social and economic inequality was already historically high; the pandemic heightens and uncovers the vulnerability of poor populations. Public policies focused on guaranteeing the human right to adequate food must be improved and implemented for populations in contexts of poverty with the aim of providing food security.

: régional
ntion et aux
s plus
ARS avec 2/3
is personnes
composé de la
représentants

tif car le CETD
i prévention
e laisser

at avec la Croix Rouge, car l'ONG
onsultations en travaillant avec
itif est déjà actif.
consultations de « spécialités »,
téralistes. En ceci le CHU serait
il



Projet citoyen Précarité - Douleur

En pratique : Le CETD pilotera l'action au sein du CHU

Actions à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs

- Parcours patients à définir
- Prise de RV pour la consultation (temps secrétariat, temps infirmier, temps médecin)
- Groupe de travail Croix rouge pour organiser la venue, voire le déplacement des personnes,
- repérage au sein du CHU, accueil

- Groupe Travail à mettre en place : CHU, ville (CCAS), métropole, Croix Rouge, ARS (PRAPS), CAM
partage du projet et des objectifs sur la base diagnostique

- Impliquer des personnels infirmiers du service ; cadre de soins, direction des soins
- Impliquer personnel administratif : secrétariat

- Proposition à présenter en CME, Directoire....

**Projet citoyen Précarité - Douleur****En conclusion:**

- Projet innovant & démarche citoyenne
- Projet pilote
- Première nationale en terme de prise en charge de la douleur
- Exemplarité
- A peu de frais
- Solidarité
- Mission de l'hôpital public

.../...





La douleur des soignants

Mme Céline JUBINE, Psychologue Clinicienne
CHU Montpellier

La douleur des soignants

Psychologue Clinicienne
Service de Santé au Travail
Cécile JUBINE

Psychologue à la Santé au Travail

- Une des fonctions essentielles du métier de psychologue est de garantir la prise en compte de la vie psychique de ce que vit le SUJET, que ce soit un patient ou un agent de l'institution.
- La mise en place de psychologue clinicien en 2016 au service de santé au travail fait écho à la dynamique de la Santé au sens large et non plus uniquement à la Médecine du Travail.
- La douleur peut se dire et s'entendre dans sa globalité et cette complémentarité de l'approche du somatique et du psychique permet de décaler la notion « d'aptitude » à la nécessité « d'accompagnement adapté » pour travailler avec et autour des agents et/ou équipe.

Comment et pourquoi ont-ils créé ce poste?

- Ecouter la souffrance des agents s'inscrit dans un mouvement social
- Fin des années 2000 la politique des Risques Psycho Sociaux (RPS) se déploie entre autres avec les ouvrages de Marie France Hirigoyen.
- 1998 = Le harcèlement Moral
- 2001 = Malaise au Travail
- 2008 = Les nouvelles solitudes
- En parallèle les médias portent à vue la santé psychique mettant en exergue les vagues de suicides des travailleurs chez RENAULT et France Télécom (2006/07 et 2008/09)

En découle un mouvement réglementaire

- La prévention des RPS dans les établissements est réglementée via le premier accord national interpersonnel sur le Stress au Travail en 07/2007 et rendu obligatoire en 04/2009.
- Les facteurs de stress comme l'organisation, le processus de travail, les conditions, l'environnement du travail et la communication.
- En 2010 cet accord est renforcé par l'accord national interpersonnel sur le harcèlement et la violence au travail, il déclare clairement que le harcèlement et la violence sur le lieu de travail ne sont pas tolérés.
- Pour chaque problème identifié une action doit être entreprise pour prévenir, éliminer ou réduire à défaut.

Dans le code du travail

- L'article L.4121-1 rappelle qu'il est incombé à l'employeur d'évaluer les risques, y compris Psychosociaux et de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale de ses salariés.
- Cette obligation générale repose sur une approche globale de la prévention des Risques Professionnels.
- L.4121-2 informe que l'objectif est d'intervenir le plus en amont possible...

- La mise en place du psychologue clinicien vient dire que l'on reconnaît la souffrance et l'institution ouvre à l'entendre... Nous entendons des plaintes qui sont le reflet d'une problématique soit individuelle, soit collective et/ou managériale en fonction de ce diagnostic différentiel nous allons ajuster notre PEC ainsi que les relais possibles.

Les RPS, une porte d'entrée pour dire la douleur des Soignants/Administrateurs

- Les Risques Psychosociaux sont les risques professionnels qui découlent de l'influence du contexte humain, organisationnel, social et technique sur la santé physique et mentale des salariés.
- La complexité des RPS réside dans le fait que de multiples facteurs en sont à l'origine et induit par l'activité elle-même ou générés par l'organisation et les relations de travail.
- Aucun secteur d'activité, ni aucune fonction ne sont épargnés par les RPS, ils ont un impact sur la santé individuelle des agents mais aussi sur la collectivité. Cela peut se manifester entre autre par l'absentéisme, le turnover, problème de discipline...

Il y a des facteurs de risques RPS qui conduisent les agents à nous consulter

- Intensité et temps de travail (Surcharge, objectif irréaliste ou flou, instructions contradictoires, horaires atypiques...)
- Exigence émotionnelle (Tension avec le public...)
- Manque d'autonomie (faible marge de manœuvre, ne pas pouvoir développer ses compétences, ne pas participer aux décisions...)
- Rapports sociaux au travail dégradés (relation conflictuelle avec les collègues et/ou sa hiérarchie...)
- Conflits de valeurs (Ne pas pouvoir faire un travail de qualité...)
- Insécurité de la situation de travail (peur de perdre son travail, contrat de travail précaire...)

Concrètement les Risque psychosociaux

- Les risques psychosociaux (RPS) correspondent à des situations de travail où sont présents, combinés ou non :
- Du stress : déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes de son environnement de travail et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face ;
- Des violences internes commises au sein de l'entreprise par des salariés : harcèlement moral ou sexuel, conflits exacerbés entre des personnes ou entre des équipes ;
- Des violences externes commises sur des salariés par des personnes externes à l'entreprise (insultes, menaces, agressions...).
- Les risques psychosociaux sont souvent imbriqués et peuvent interagir entre eux : ainsi le stress au travail peut favoriser l'apparition de violences entre les salariés qui, à leur tour, augmentent le stress dans l'entreprise.

Conséquences

- L'exposition à ces situations de travail peut avoir des conséquences sur la santé des salariés, notamment en terme de maladies cardio-vasculaires, de troubles musculosquelettiques, de troubles de la concentration, du sommeil, d'irritabilité, de troubles anxio-dépressifs, d'épuisement professionnel, ...
- L'objet « RPS » se laisse difficilement cerner. L'approche des RPS par les différents acteurs de l'hôpital est marquée par une confusion entre ce qui relève des causes et des symptômes, des troubles et des risques, des dimensions individuelles et collectives, des origines professionnelles et personnelles, ainsi que des approches organisationnelles et psychologisantes.

« Clinique dans l'institution, clinique de l'institution »

- Les différents acteurs viennent souvent compenser ce qui a été précédemment mis à mal par l'intensification et la demande de rentabilité.
- On supprime l'essence même de la vie du travail en équipe en supprimant les temps de convivialité symbole de rattachement à ses collègues. On individualise pour être rentable toujours plus mais les frais se portent sur l'humain.
- Nous retrouvons régulièrement deux familles de pathologie du côté psychique mais aussi comportemental : l'isolement, le repli, solitude ou surcharge de fonctionnement psychique, ils évoquent leur irritabilité, une nervosité qui prend le pas et qui éloigne le sujet de son rapport plaisant au travail avec une colère généralisée.

- On va avoir des discours qui tournent autour de leur propre capacité à être efficace au travail, le problème de concentration, des erreurs, oublis répétés qui amène à se sentir moins valables, fiable, performant ou tout simplement interrogeant leur efficacité comme un doute à pouvoir faire leur mission.
- On recueille des discours qui mettent en avant l'impression de manquer de temps en permanence, des difficultés à atteindre leurs objectifs qui sont peut-être éloignés de leurs valeurs, sens, ect..., et une vie de travail qui empiète sur leur vie personnelle...leur disponibilité psychique pour leur famille, leurs loisirs qui s'estompent.
- Régulièrement les sujets nous parlent des boules aux ventres le matin pour se rendre dans leur service, de se renfermer sur elle-même, un sentiment d'être épuisé, souvent accompagné de trouble du sommeil et d'alimentation accompagné ou pas de consommation licite ou illicite

- Notre première réponse clinique sera de ne plus être dans l'isolement, de ne pas être dans le jugement, et d'aider à étayer des réponses psychiques pour le patient. De remettre de l'espace psychique pour élaborer et comprendre avec du recul ce qui s'est installé, il y a de l'intrapsychique mais aussi peut-être des difficultés environnementales, et là de par notre poste (en accord avec le patient pour le respect de la confidentialité), une responsabilité est peut-être informée, alerter le ou les bons interlocuteurs afin d'éviter les phénomènes de répétition dans certains services.

Conclusion

- Le psychologue clinicien a un rôle pour remettre du collectif, de la pensée et aider à prendre du recul par rapport à la situation professionnelle, à regarder sous un autre angle où le sujet pourra retrouver une globalité de sa perception.
- Souvent la problématique est abordée de façon endogène, individuelle en ne regardant pas les causes internes à l'institution.

- Attention à l'excuse où l'on pose un dysfonctionnement sur le Sujet et qui évite de regarder parfois l'organisation du travail avec des caractéristiques précises/objectives afin de rétablir à la source certains dysfonctionnements. C'est le manque du regard systémique qui induit des PEC tournées vers l'intrapsychique !
- Les salariés attendent essentiellement d'avoir le TEMPS – les MOYENS – les EFFECTIFS pour faire correctement et agréablement leur travail mais ces demandes ne coïncident pas avec la commande sociale en général et avec la commande économique.

Merci pour votre attention

Marie Pezé « Nos consultations sont un symptôme pas une réussite. Elles veulent dire que ça ne va pas bien et que le travail n'est plus un lieu d'émancipation et d'accomplissement »



Devient-on vulnérable?

Dr Patrick GINIES, CETD - CHU Montpellier

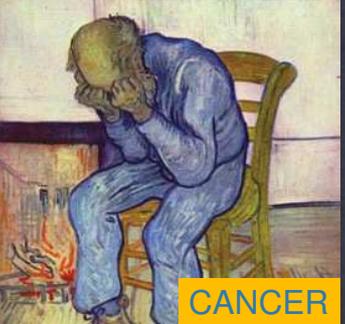
VULNERABILITE ET DOULEUR



Département douleur, psychosomatique ,
maladie fonctionnelle

CHU MONTPELLIER

Dr Patrick GINIES

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

Le VULNERABLE devient un DOULOUREUX REBELLE

Fibromyalgie, cancer, céphalée, migraine, accident, chirurgie...

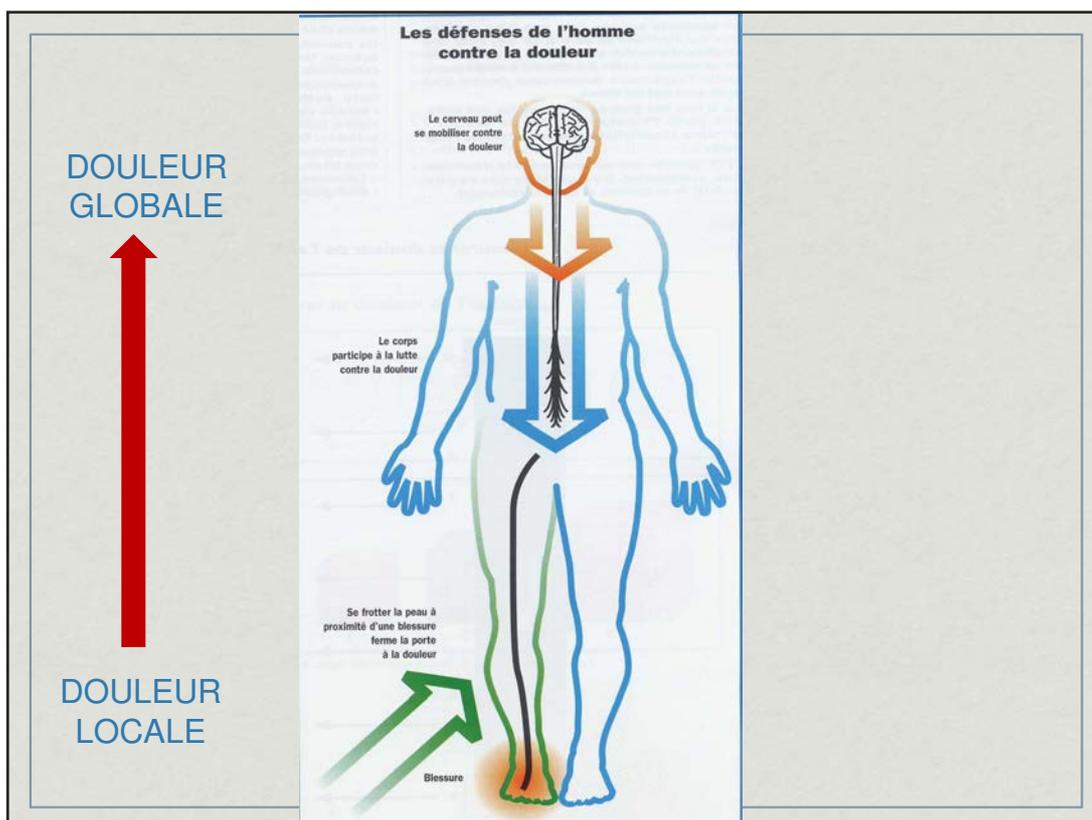
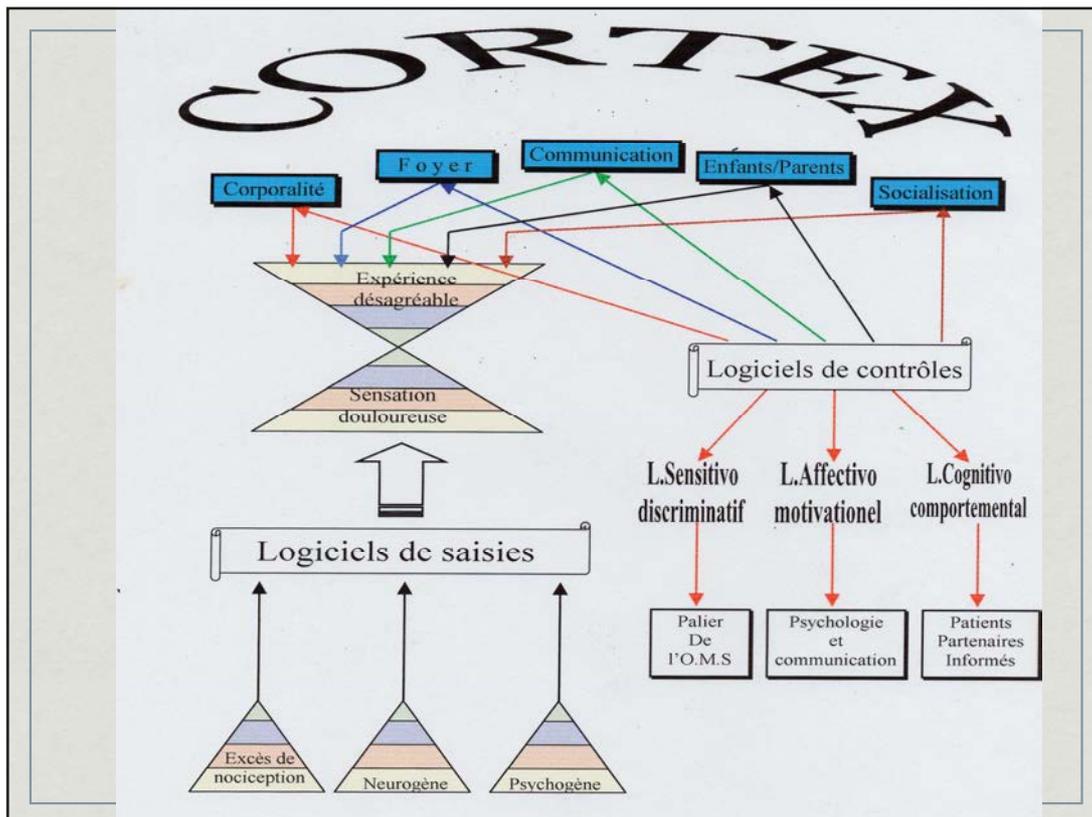


DOULEUR GLOBALE AIGUE OU CHRONIQUE REBELLE AUX TRAITEMENTS

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

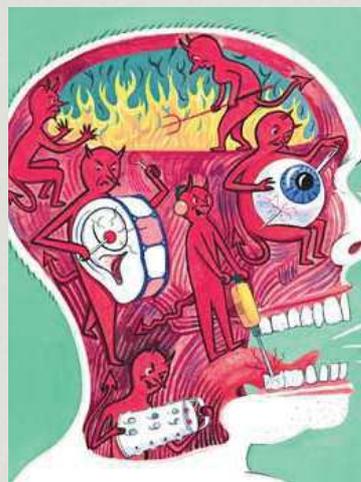


DL CHRONIQUE:17% en Europe: qui CONSULTENT



les CETD: observateur de la vulnérabilité

- * 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.)**
- * Ré engager la communication pour un nouveau "contrat de confiance"



«SANS COMMUNICATION,
PAS DE GUÉRISON»

OUTILS THÉRAPEUTIQUES attentif => serviable => curatif

θεραπευτικός

Outils pharmacologiques :

Outils non pharmacologiques



« LA DOULEUR AIGUE .
ALARME
LA DOULEUR CHRONIQUE
DESARME »

LE VULNERABLE SE BAT SANS ARMES

Le soignant sans stratégie

se former à la communication avec
les patients vulnérables

- elle est dépendante du cognitif , de l'affectif et du vecteur utilisé par les protagonistes
- elle est nourrie par un interrogatoire et un examen Hippocratique !
- Elle induit l'enrichissement sémantique du patient et du soignant (**synesthésie**)

car « nommer c'est soulager » R .BARTHES



Kurt Schwitters
DIE SCHI

Échec de la
COMMUNICATION

=

Échec du
TRAITEMENT

ANTALKIT

Parler la langue du douloureux vulnérable

vocabulaire

grammaire

accent

Mesurer

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 = c'est croire

Nommer

= c'est soulager

Entrer en contact **Entrer en empathie**




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

LE VULNERABLE CUMULE LES ARTEFACTS DANS LA CONSULTATION

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
- Le taux des HORS JEUX = tx chômage + tx de handicapés,
EST CONSTANT
- Acceptation :ils nous font vivre !
- La maladie sociale est interdite donc maladie somatique ou
psychiatrique

Socio vulnérables

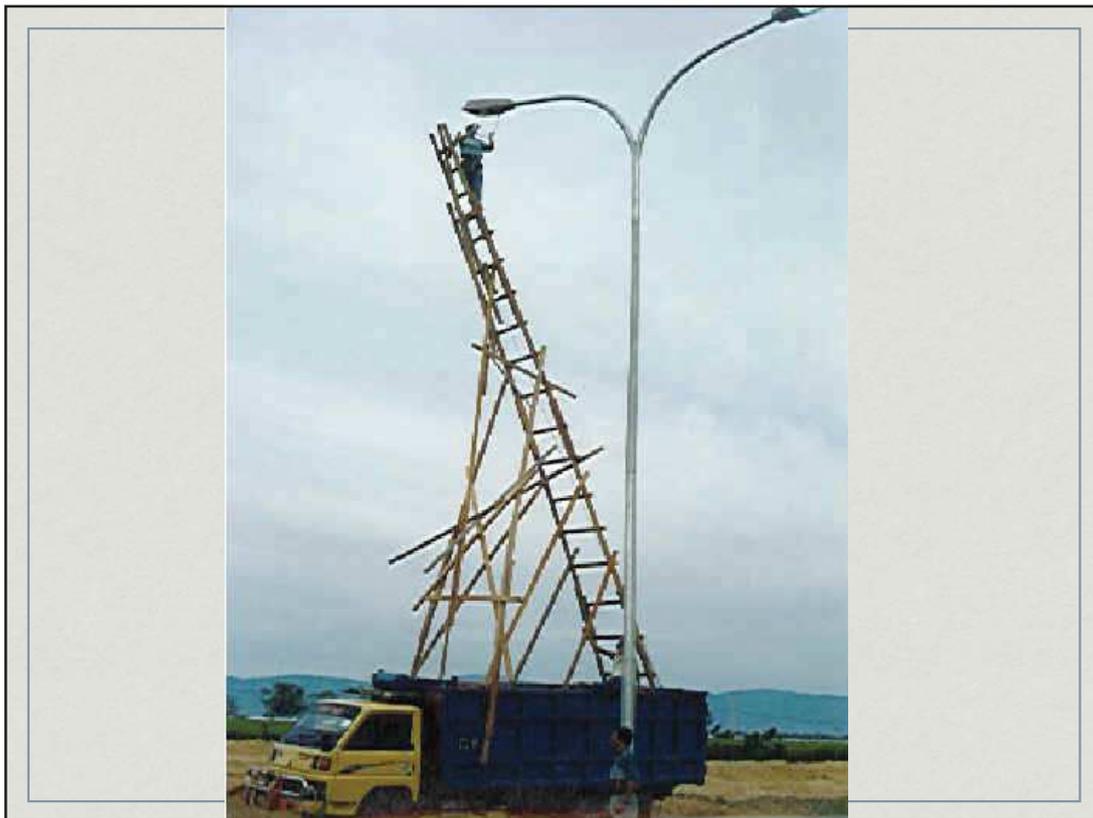
USA versus MSA



2 Les psycho algo pathes

- les roses blanches(depressifs)
lourd passé en partie géré.
- les Munchausen (etats limites)
lourd passé pas géré.
- les sans excuses (conversifs)
passé léger mal géré, pour nous pas
pour eux.

Les psycho vulnérables





3 Les somato algo pathes

Maçon : 25 ans

Platrier : 15 ans

Caissière: 10 ans

Infirmière: 15 ans

Chef rayon grande distributin: 5 ans

comment former les DRH

- D ouleur - R évolte - H umiliation

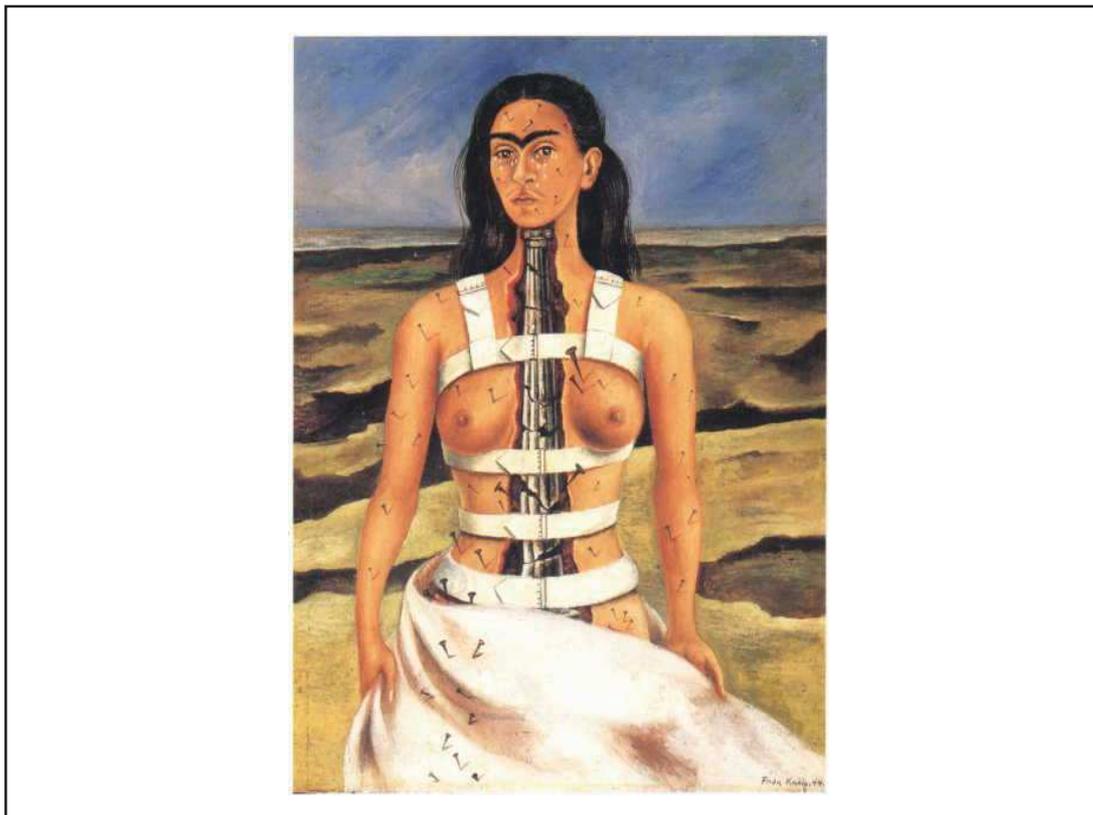
somato vulnérable



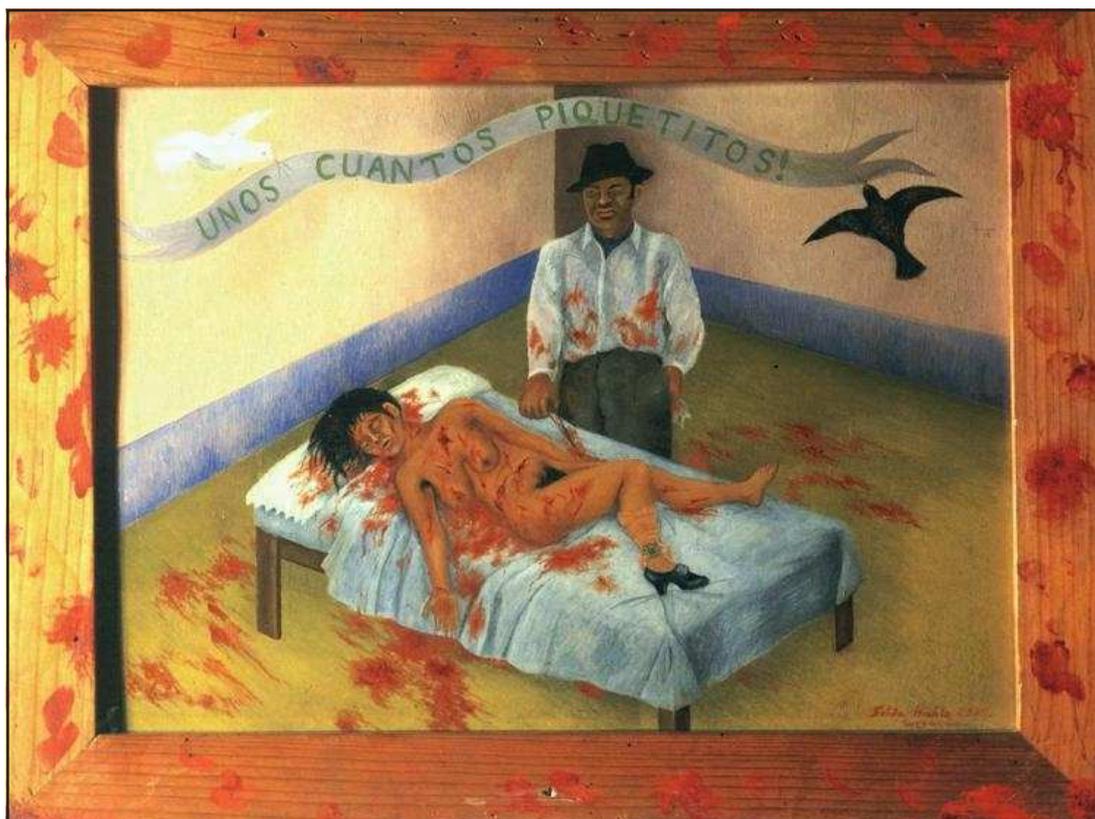
L'INTIME du PATIENT explique sa VULNERABILITE

- Une souffrance mal traitée (pas une douleur) "s'installe et prend ses aises" , envahissant l'individu dans son quotidien (dl ch = dl aigue + souffrance)
- 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.(la vulnérabilité passée)
- la vulnérabilité corporelle est moins lourde à vivre que la vulnérabilité psycho sociale.

***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 archaïque géré par ce même détail (exemple)***



« espérant
maintenir infirme »



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

- DOULEUR aigue : ou quand l'événement écorche la peau
- DOULEUR chronique : ou quand le passé d'enfant colle à la peau

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

S'occuper de la Douleur rebelle =
DONNER QUELQUE CHOSE QUE L'ON A PAS
A QUELQU'UN QUI N'EN VEUT PAS

SOUFFRIR PASSE
AVOIR SOUFFERT NE PASSE
JAMAIS

Léon BLOY

11^{ème} journée du CLUD



La vulnérabilité chez la personne âgée

**Dr Marie Suzanne LEGLISE, Gériatre
CHU Montpellier**



Vulnérabilité de la PA et douleur

Dr Marie-Suzanne LEGLISE
PH Pôle de gerontologie
Journée clud vendredi 26 mars 2021



Vulnérabilité

Introduction

- « Vulnus » signifie la blessure, la plaie , le coup porté ou reçu
- La vulnérabilité est donc la possibilité d'une effraction , d'une intrusion violente d'un élément négatif au cœur d'une tranquille affirmation de la vie , d'une positivité sans remord , sans souffrance
- Elle désigne l'implacable fragilité de notre humanité :l'homme a une vulnérabilité ontologique
- Cela détermine en fait des points de faiblesse
- Ou encore une fragilité par rapport à des agressions multiples
- OMS : typologie des personnes vulnérables: enfants, personnes aux troubles mentaux , PA, personnes en institution , personnes en maisons de retraite,... personnes atteintes de maladie grave , potentiellement incapacitantes ,....

En gériatrie: concept plutôt de fragilité 1984

- La fragilité n'est qu'une des composantes liés à l'avance en âge
- La fragilité : état instable concernant une sous population de PA soumises à une désadaptation des systèmes homéostasiques ,

↓

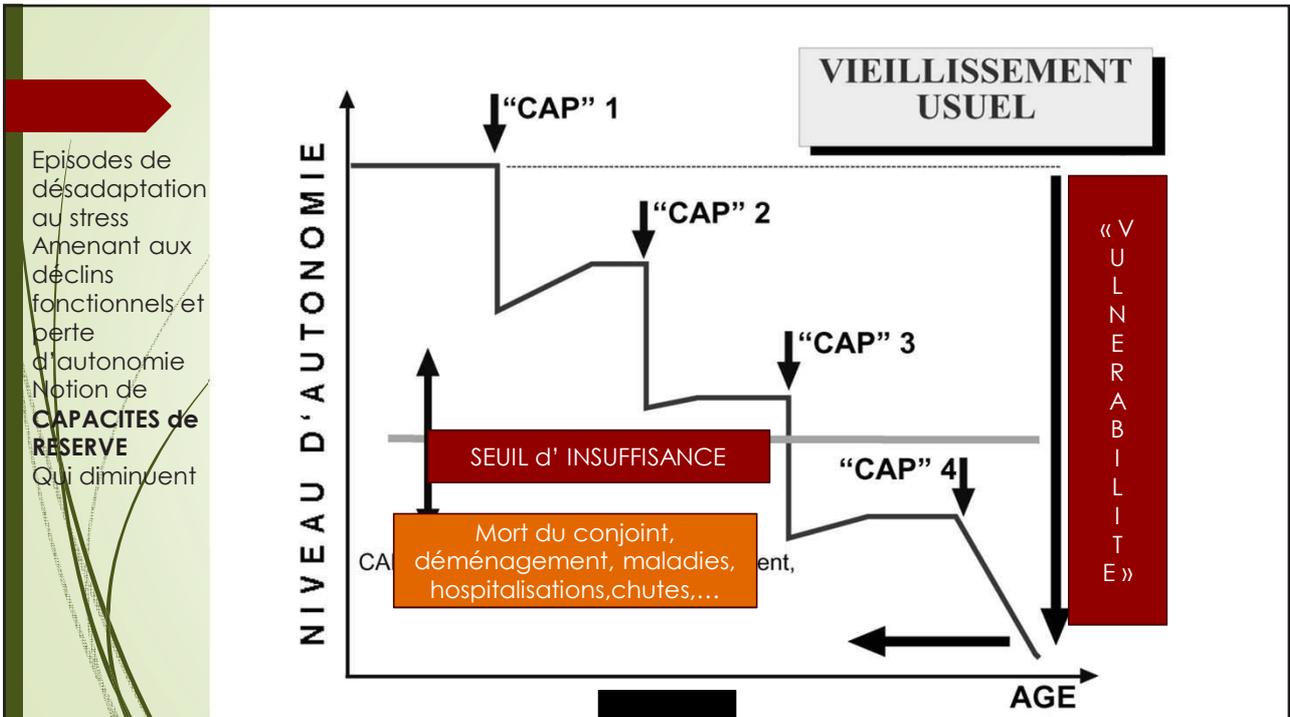
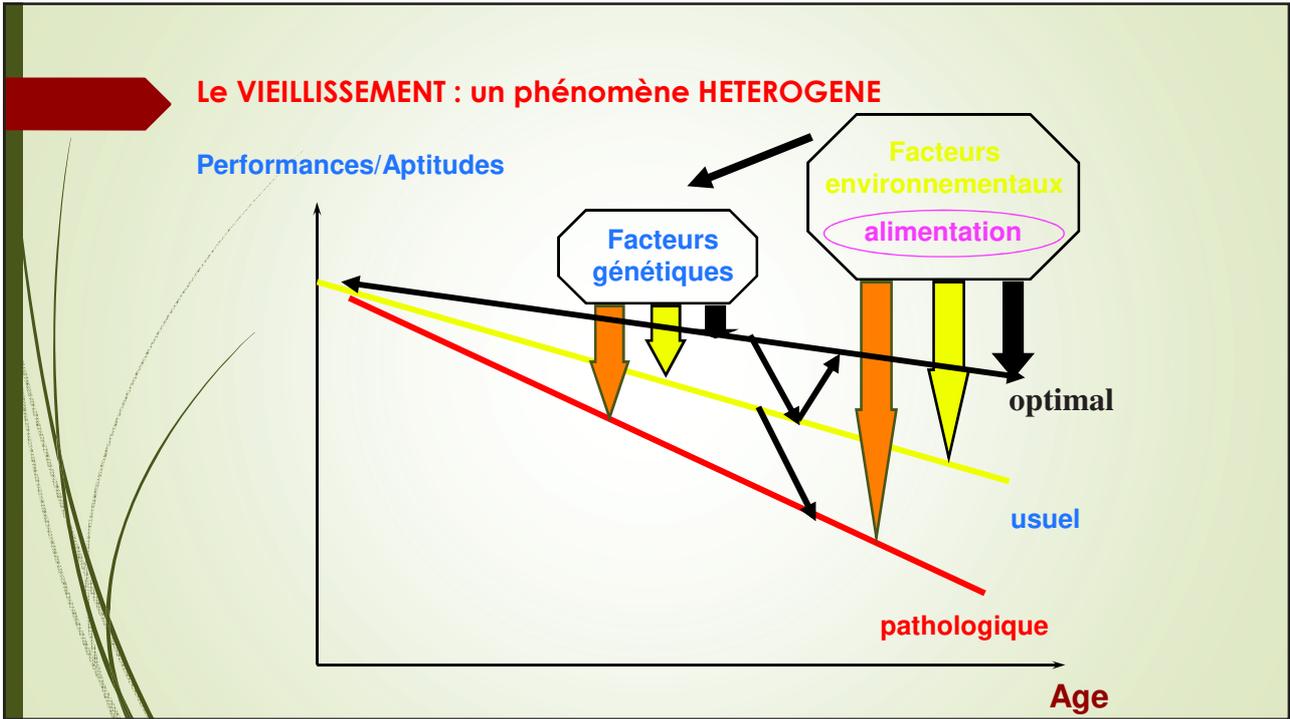
Déficit progressif des fonctions physiologiques et cellulaires

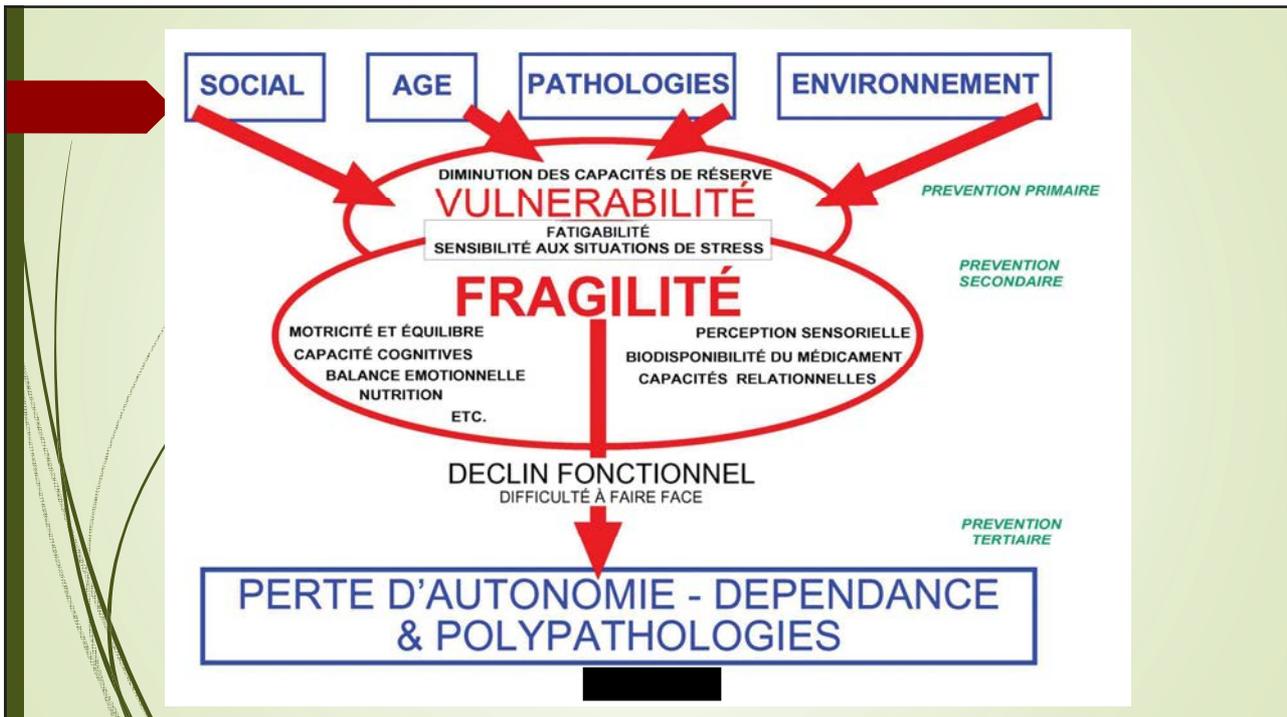
↓

Diminution des capacités de réserve ,
limitation précoce et insidieuse des aptitudes relationnelles et sociales

↓

Diminution des aptitudes à faire face





Evaluation Gériatrique Standardisé quelle que soit la situation

- ▶ Stratégie axée sur la **PREVENTION** :
- ▶ Les PA fragiles ont non pas une pathologie déterminée, mais un **SYNDROME** secondaire et surajouté qui impose d'intégrer en plus de l'approche médicale , les données physiologiques et fonctionnelles qui caractérisaient l'état antérieur
- ▶ Savoir mesurer la fragilité à **tous les stades évolutifs** du parcours de vie :
 - ▶ stades initiaux de désadaptation,
 - ▶ risques d'aggravation des déficits fonctionnels ,
 - ▶ facteur d'évolutivité de la dépendance et de la polypathologie
- ▶ **Réflexion GLOBALE** en équipe pluri disciplinaire et **hiérarchisation** des différentes conduites afin de **minimiser les conséquences** en terme de perte d'autonomie et de risque de dépendance

Vulnérabilité/fragilité définie par des syndromes gériatriques

- ▶ Confusion et démence
- ▶ Symptômes psychiques et comportementaux
- ▶ Malnutrition
- ▶ Chutes, instabilité posturale
- ▶ Incontinence
- ▶ Déficience sensorielle
- ▶ Douleurs chroniques
- ▶ Désavantage social (isolement, logement inadapté, ressources insuffisantes ...)

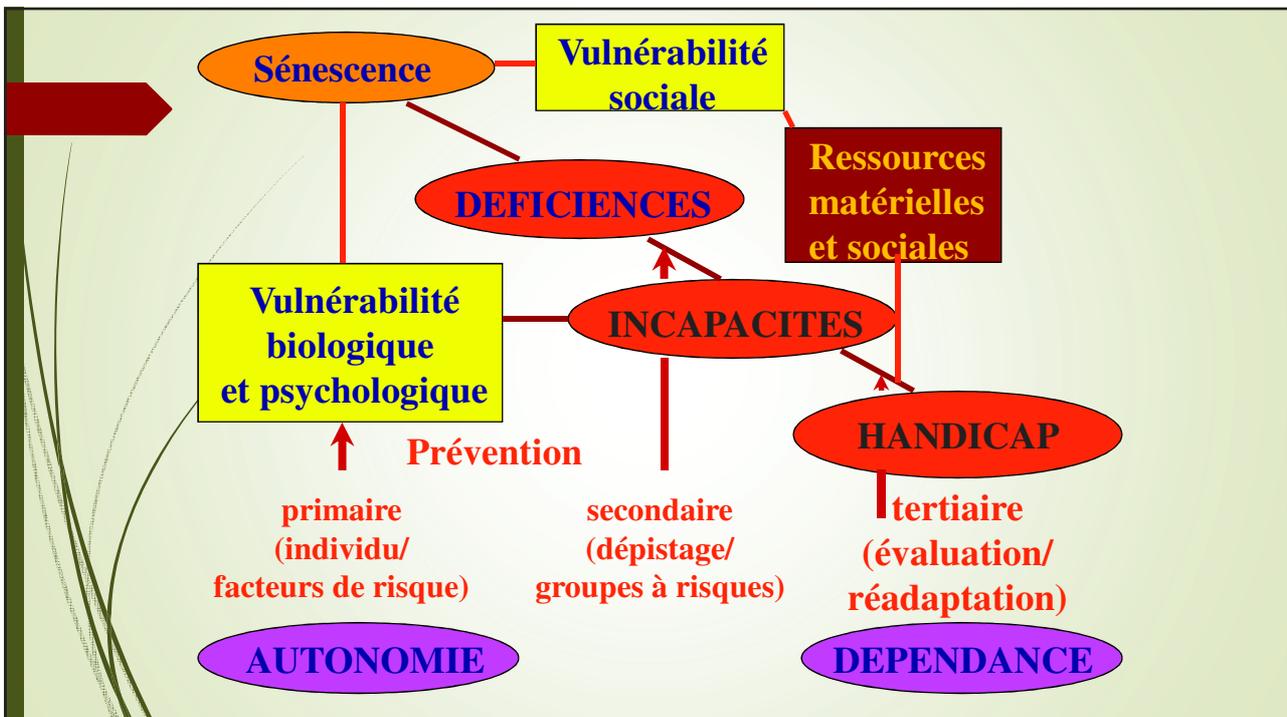
État instable avec des interactions complexes

Résultats de l'EGS

L'EGS permet de :

- ↓ la morbidité +++
- ↓ la mortalité
- ↓ les prescriptions médicamenteuses+++
- Améliorer l'autonomie +++
- Améliorer les fonctions cognitives +++
- ↓ le coût de la santé
- Un meilleur placement (MDR vs USLD)
- ↓ le nombre de ré-hospitalisations +++

Rubenstein LZ et al., N Eng J Med 1984 ; 311 : 1664-70





Syndrome gériatrique douleur et fragilité des PA



Repérage de la douleur et vulnérabilité

- La douleur : détection permet de voir quelles sont les fragilités touchées lors de la détection
- Voir les causes et pathologies qui vont rajouter un élément de fragilité
- Et enfin prévenir les conséquences pour que la PA puisse le moins perdre dans son autonomie restante physique et psychique



Détection de la douleur et expression chez les PA

- la douleur est banalisée et négligée
- Par la PA elle-même
 - Incapacité à dire sa douleur (composante sensori-motrice) troubles phasiques , troubles cognitifs
 - Histoire culturelle
 - Crainte d'exprimer son ressenti douloureux par peur de rentrer dans le cadre médical et de la dépendance
 - Crainte de médicaments
 - C'est normal d'avoir mal on ne peut rien faire
- Par les personnes de santé
 - Manque de formations: démêler ce qui se vit à travers les troubles du comportement
 - Expression trompeuse, tableaux atypiques , changement de comportement+++++



Responsables de fragilités supplémentaires multiples

- Anxiété
- Dépression
- Perte d'appétit
- Perte d'autonomie
- Handicaps
- Troubles du sommeil
- Troubles du comportement
- Aggravation d'autres

Étiologies à rechercher qui aggravent la fragilité

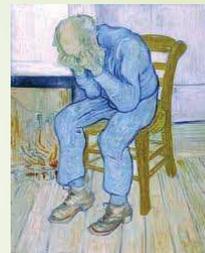
- Causes multiples et souvent associées
 - Ostéo-articulaires
 - Cancéreuses
 - Vasculaires
 - Neurogènes
 - Plaies chroniques
- Sans oublier les douleurs provoquées par les soins

Repérage de la douleur par des échelles validées

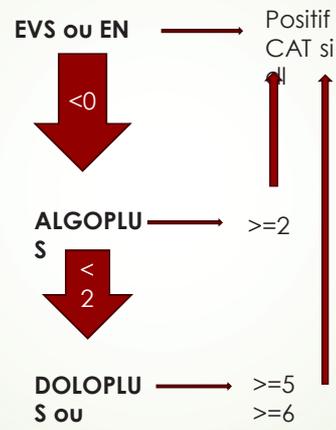
Algoplus

Doloplus

ECPA



Algorithme



Marin E, Doloplus Collective Team, Pereira B, Pickering G. Concordance of Pain Detection Using the Doloplus and AlgoPLUS Behavioral Scales. J Am Geriatr Soc. 2016 Oct;64(10):e100-e102.
 Rat P, collectif doloplus ,...Douleurs , 2014

ALGOPLUS

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

	Oui	Non
1 – Visage: Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – Regard: Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 – Plaintes orales: « Aie », « Ouille », « j'ai mal », gémissements, cris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 – Corps: Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 – Comportements: Agitation ou agressivité, agrippement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Total Oui / 5

Les difficultés lors d'interprétation

C'est de l'anxiété... , il a peur, il a peur quand le soignant s'approche... , c'est la peur de la blouse...

Il crie parce qu'il est dément , sa maladie évolue..... Il gémit tout le temps ... il crie même quand il y a quelqu'un

Attention on observe !!!

Évaluation systématique par des échelles validées

ECPA - Echelle Comportementale d'Évaluation de la douleur chez la Personne Âgée non communicante

Faire l'échelle à plusieurs soignants (2 à 3 soignants) au lit du patient. **Dès le score de 6 sur 32 : C'est le signe d'une forte suspicion de douleur.**

Observation avant les soins :

1. EXPOSITION DU VISAGE REGARD ET MIERQUE	0	1	2	3	4	5
2. MOBILITÉ	0	1	2	3	4	5
3. MOBILITÉ DU BOUTONNÉRIE (OU BOUTONNÉRIE) (OU BOUTONNÉRIE) (OU BOUTONNÉRIE)	0	1	2	3	4	5
4. REACTION À L'AUTRUI	0	1	2	3	4	5
5. REACTION PENDANT LES SOINS (DANS LES ZONES DOUTEUSES)	0	1	2	3	4	5
6. PLAINTES ÉCRITES PENDANT LE SOIN	0	1	2	3	4	5

Mécanisme de la douleur : nociception, neuropathie, psychogène

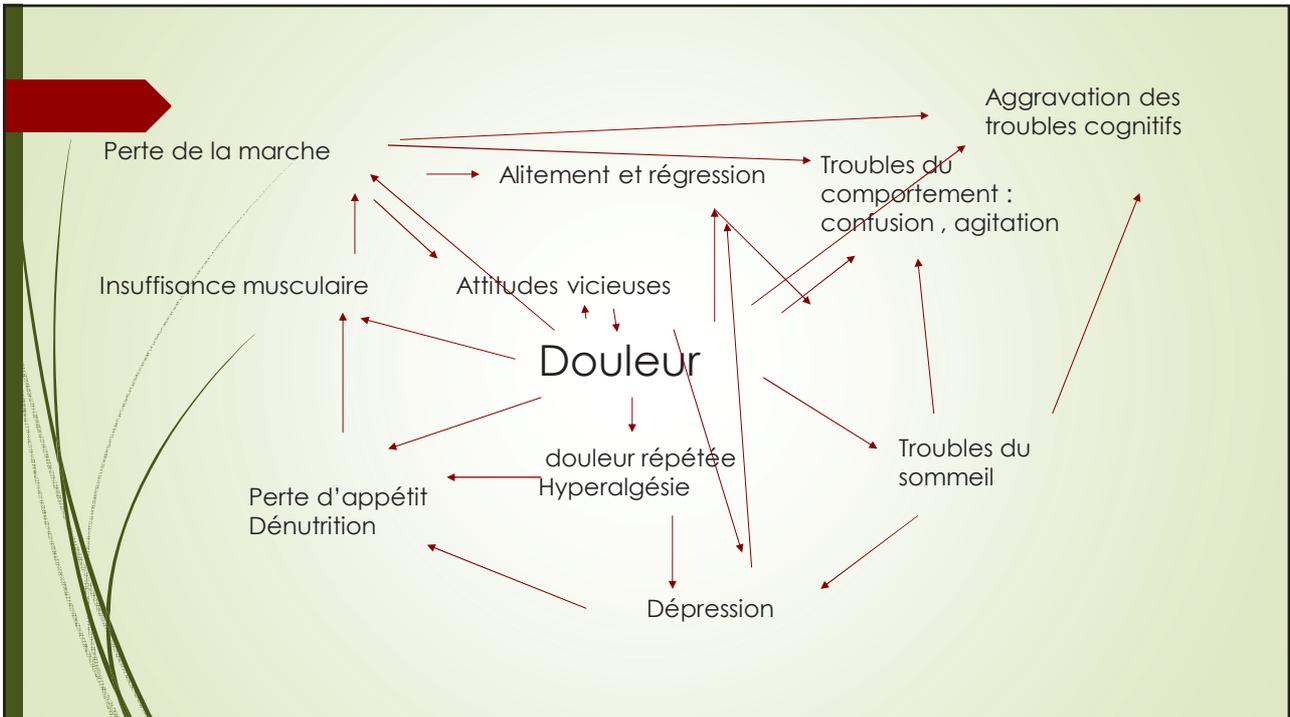
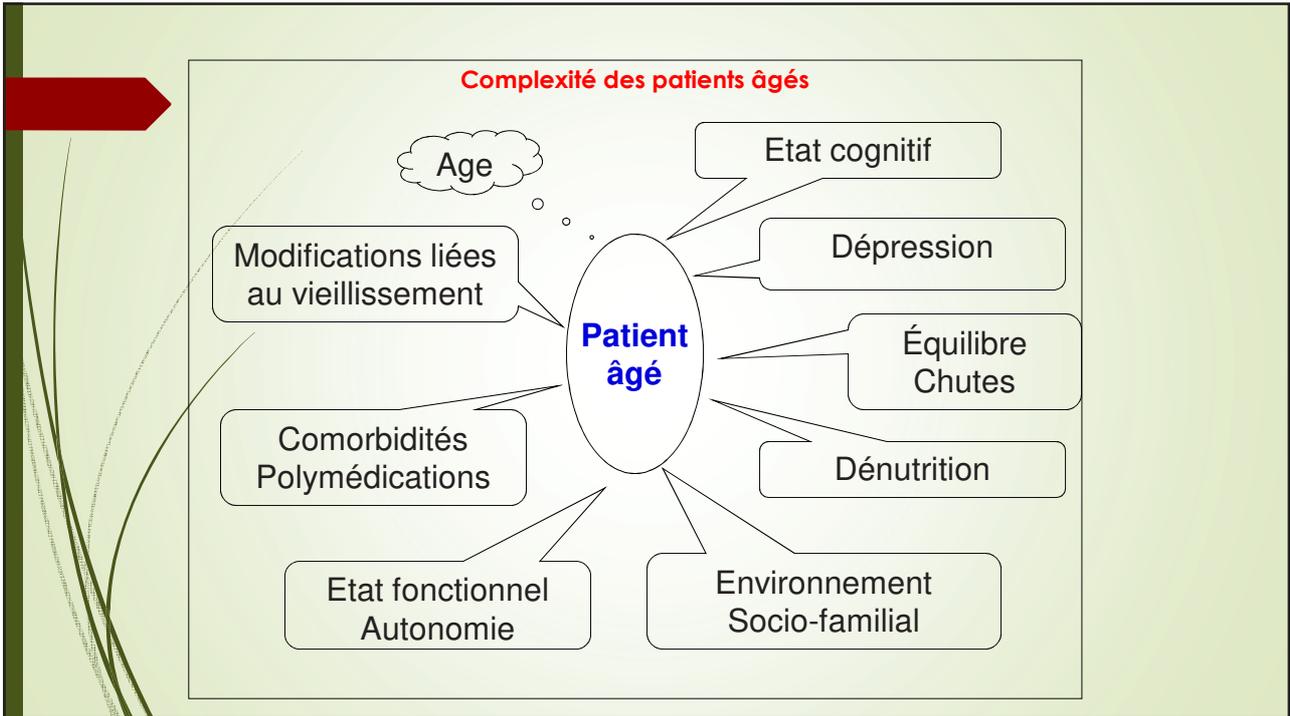
ÉCHELLE DOLOPLUS - ÉVALUATION COMPORTIMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Observation Comportementale

1. ÉLÉMENTS COMPORTIMENTAUX	0	1	2	3	4	5
2. POSITION ANATOMIQUE	0	1	2	3	4	5
3. FONCTION DE SOCLE DOUTEUSES	0	1	2	3	4	5
4. MIERQUE	0	1	2	3	4	5
5. SOFFRIR	0	1	2	3	4	5
6. RETENEMENT PSYCHOMOTEUR	0	1	2	3	4	5
7. MOUVEMENTS	0	1	2	3	4	5
8. RETENEMENT PSYCHOSOCIAL	0	1	2	3	4	5
9. COMMUNICATION	0	1	2	3	4	5
10. REACTION	0	1	2	3	4	5
11. TROUBLES DU COMPORTEMENT	0	1	2	3	4	5

SCORE

- Chez la personne âgée, la douleur s'inscrit dans une longue histoire de vie, fissée de paradoxes, d'ambivalences, de conflits et de préjugés...



Particularités des troubles du comportement ex: Cri et douleur

- « un comportement inapproprié ou déraisonnable n'est pas un comportement sans raison » Pascal
- HAS 2014: le cri, chez une personne souffrant de démence, est une vocalisation compréhensible ou non de forte intensité et répétitive , un comportement vocal « perturbateur » comme une agitation verbale
- Cela représente 5 à 10 % de sujets touchés par la démence pousserai ent ainsi de véritables cris , pour certains 13 à 30% ds les SLD américains (*Cohen-Mansfield et al. Screaming in nursing homes AM Ger Soc 1990*) *Ryan et al. Noise-making amongst elderly in long terme care. Gerontologist 1988*

Analyse

- Différents types: mots simples ou grossiers, insultes, menaçants , interrogations itératives , protestations, litanies répétitives, fredonnements, gémissements , lamentations , jacassements continus ,.....
- Enquête:
 - Lieu : chambre, salle commune, couloir , partout
 - Circonstances : seul, en famille, avec un soignant , soins, heure, jour, nuit
 - Signes associés : troubles du comportement autres , activités inadap tés, expression mimique
- => c'est l'expression d'une souffrance ,
- => c'est un appel dont les soignants doivent trouver les origines

Le cri est un des troubles SCPD: approche globale

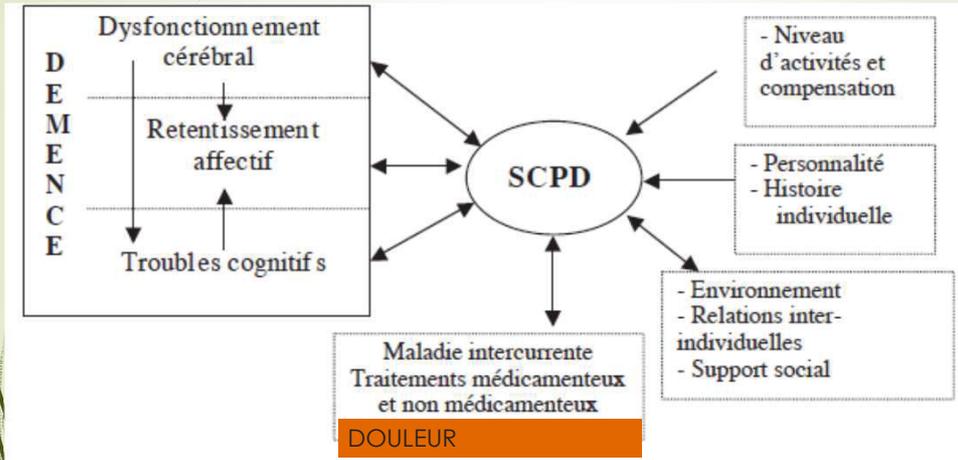


Fig. 1 : Facteurs étiologiques des SCPD.

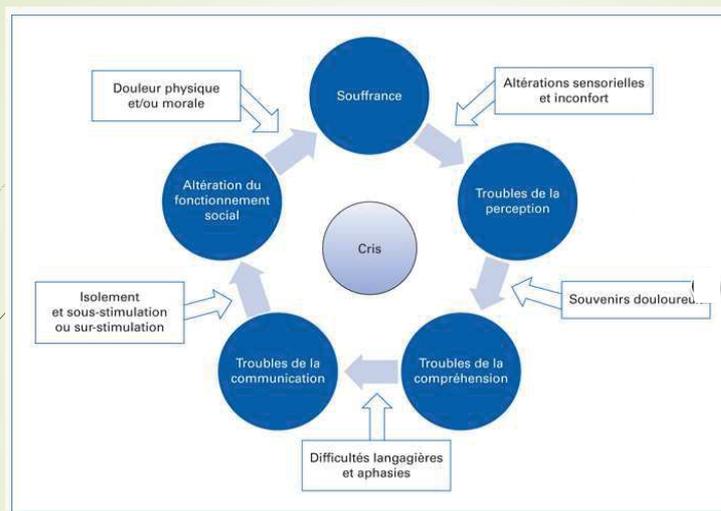


Figure 2
Identification des facteurs déclencheurs de cris chez les patients déments.

Berastegui C; et al vocally disruptive behaviors management in olders people with dementia Gerit et Psycho Neuropsych du vieillissement, 2017

DEcryptage CLinique des Cris du sujet âgé DECLIC JM Gomas

- DEMARCHE PEDAGOGIQUE , patiente et individualisée , progressive
- Communication d'un message à un signe d'incompréhension de l'environnement
- Sortir du c'est normal : il est dément , il a une démence évoluée , c'est sa maladie , il ne se calme pas quand on le touche , quand on est là,....
- 3 causes:
 - Il a mal
 - Il est mal
 - Il a un déficit cognitif
 Et souvent il y a une intricication

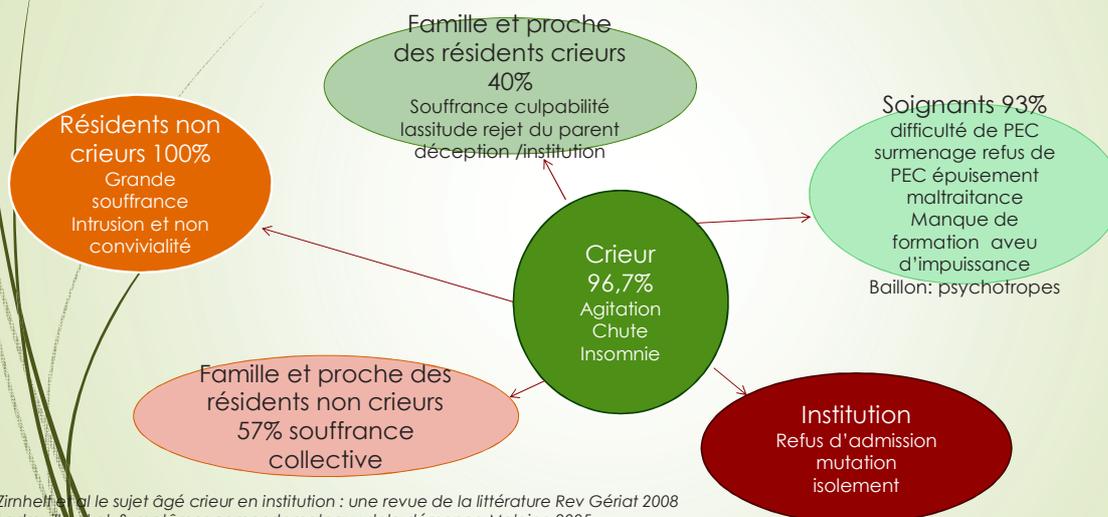
1. Il a mal: DOULEUR physique à détecter en priorité+++++

- Se remettre dans le contexte de la de la douleur chez la PA, de sa spécificité : sous auto estimation car une composante sensorimotrice très abaissée , mais un ressenti identique EVALUER
- Penser
 - aux douleurs physiques : fécalome, RAU , mauvaise installation au fauteuil , au lit , toutes sources d'inconfort , toutes les pathologies pouvant être source de douleur, aux positions vicieuses
 - douleurs induite lors des soins ,
- Traiter au moindre doute de façon médicamenteux et penser bien sur au non médicamenteux en fonction des causes , des mécanismes (nociception, neuropathique et psychogène) , douleur de fond , et douleurs induites
- Réévaluer

2. Il est mal: Souffrance de la PA! Mais de l'environnement : un tout!!!!

- Souffrance+++ détresse
- Histoire de vie, évènements traumatisants :
- Personnalité (autoritaire , psycho-rigide, maîtrise tout, dépendante , plaintes multiples ,...)
- Expression d'une peur , d'une angoisse révolte, dépression sentiment d'abandon, hallucinations
- Refus de soins avec appréhension incompréhension surajoutée par une désafférentation sensorielle
- Déclenchement des cris par la famille, par une personne, la position
- Environnement inadéquat : organisation des soins inadapté, bruit le cri a du sens
- Réactions de frustrations , d'intolérance à la dépendance
- => le cri doit être atténué
- => Ré évaluer le sens des soins , l'utilité des psychotropes
- => revoir les techniques de relation

Retentissement: souffrance +++++



Zirnhelm et al. le sujet âgé crieur en institution : une revue de la littérature Rev Gériat 2008
Ladreville et al. Symptômes comportementaux de la démence Maloine 2005

3. Il est déficitaire cognitif Ce n'est pas un jugement, il n'arrive pas à exprimer clairement

- Processus démentiels d'origines diverses : neuro dégénératifs, vasculaires, mixtes , tumoral
- Cortège sémiologique riche
- Peut être simple demande de présence
- Cri de présence
- Il faut continuer à réfléchir . Le cri peut avoir un sens

Recherche de sens

- Travail en équipe pluridisciplinaire
- Parfois avis extérieur pour un nouveau regard sur l'analyse du fait de la répétition

-Habitudes et personnalité

-Perturbations somatiques
Somatiques
Psychologique
s

Besoins insatisfaits

Le cri comble un besoin

Le cri communique un besoin

Significations différentes des cris

B. Calvet et JP Clément

- Un cri-réflexe comme chez l'enfant : inné , instinctif, archaïque , qui devient ensuite un automatisme
- Un cri comportement en lien avec une souffrance physique ou psychique dans un comportement de survie
- Un cri langage: plus intentionnel dans une dimension de communication , d'appel et de sollicitation , révélant des affects , des émotions
- Un cri langage du corps avec des signes non verbaux (faim, appétences inassouvies)
- Cri agressif qui accroche , qui dérange , qui crée un désordre ..; renvoie le soignant à la négation de sa fonction

Baubonnais et al : the meanings of screams in older people living with dementia in a nursing home Int psychogeriatric 2010

Conclusion

L'idéal serait de pouvoir dépister au plus tôt la PA fragile pour prendre les mesures nécessaires

La fragilité affecte la capacité d'une personne à préserver un équilibre avec son environnement bio-psycho-locomoteur

PREVENTION de ce qui peut être inconfortable

Tenir compte de la fragilité , vulnérabilité de la PA

C'est amener plus de vie à des personnes dont le temps est compté

Entendre et écouter ce qu'elle peut vivre

Question de responsabilité de tout soignant

Reconnaitre cette fragilité , c'est aussi reconnaitre que nous sommes également tous concernés par le fait même de notre humanité



Les difficultés d'évaluation de la douleur somatique en psychiatrie

Dr Laura CONFORTI ROUSSEL, Pédopsychiatre
CHU Montpellier

LES DIFFICULTES DE L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR SOMATIQUE EN PSYCHIATRIE

CAP SUD Enfant
Centre d'**A**nalgésie et de soins **P**alliatifs
pédiatriques

Dr Laura Conforti Roussel
Pédopsychiatre



Sommaire :

Introduction

- 1) Lien corps-esprit
- 2) Concepts théoriques du lien corps - esprit - douleur
- 3) La douleur en service de psychiatrie
- 4) La douleur en pédopsychiatrie
- 5) Place du psychiatre dans l'évaluation de la douleur somatique



Introduction :

Douleur :

« Expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire réel ou virtuel, ou décrite en termes d'un tel dommage ».

Variabilité d'expression et de perception face à une même stimulation nociceptive,

Chez les adultes comme les enfants

Etroitement liée à des facteurs psychologiques



Introduction :

Le patient douloureux chronique :

- met souvent en échec la médecine
- confronte le médecin à l'incertitude puis l'impuissance voire la frustration

Difficulté pour le médecin :

- d'être en incapacité de soulager le symptôme
- d'arriver aux limites de son pouvoir médical en maintenant une relation d'accueil et non de rejet

-> risque de réponse émotionnelle négative (ambivalence, frustration, inadéquation)

-> maintenir relation d'accueil et non de rejet malgré ces obstacles



1) Lien corps -esprit

Le corps du sujet :

- sa part visible
- parle et produit d'éventuels symptômes
- propre à chaque sujet
- influencé par l'histoire et les étapes de vie
- médiateur psyché - soma

Des découvertes récentes en neurobiologie placent les émotions à la jonction entre le corps et l'esprit Damasio, 2006 Damasio, 2003

Les émotions ont à la fois une base organique (amygdale, hippocampe, cortex préfrontal ventro médian) mais aussi comportementale et subjective



1) Lien corps -esprit

Le Trouble douloureux est défini par :

(DSM IV)

- A. douleur anatomique d'une intensité suffisante pour justifier un examen clinique
- B. douleur à l'origine d'une souffrance clinique significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.
- C. 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
- E. la douleur n'est pas mieux expliquée par un trouble de l'axe 1

Dans le DSM 5 est inclus dans les troubles à symptomatologie somatique :

- A. symptômes somatiques causes de détresse ou entraînant un retentissement fonctionnel
- B. pensées, sentiments ou comportements excessifs liés aux symptômes somatiques
- C. état symptomatique durable

spécifier s'il y a une douleur prédominante

spécifier si la symptomatologie est chronique (plus de 6mois)

spécifier la sévérité actuelle : Léger / Moyen / Grave



2) Concepts théoriques du lien corps - esprit - douleur

Alexithymie :

- difficulté à identifier ses sentiments et à les différencier des sensations corporelles de l'activation émotionnelle
- difficulté à décrire ses sentiments à autrui
- style de pensée concret
- pauvreté des rêveries et une activité imaginaire réduite.
- déficit du traitement cognitif et de la régulation des émotions (Lumley, Neely, & Burger, 2007)
- mécanisme de défense (Taylor, 1990)

Dépression et anxiété comme principaux déterminants de l'alexithymie et de l'amplification somatique, plutôt que de la douleur. (Kosturek, Gregory, Sousou, & Trief, 1998)

L'approche psychosomatique :

- désigne l'approche systématique d'analyse des relations entre les processus psychiques et des manifestations physiques pathologiques, qu'elles soient fonctionnelles ou organiques
- étudie les rapports entre les affections du psychisme et celles du corps
- traite les maladies correspondantes



2) Concepts théoriques du lien corps - esprit - douleur

Modèle bio psycho social de la douleur :

Plus la douleur se chronicise, plus statistiquement l'importance des causes organiques diminue au profit des facteurs psychosociaux, comportementaux et relationnels (Bouckenaer D., 2007)

Approche cognitive :

Somatisation : tendance à ressentir et à s'inquiéter de symptômes dont une maladie organique ne rend pas compte, à les mettre en lien avec une maladie physique et à rechercher pour eux une aide médicale

Risque d' incompréhension et de conflit d'attribution :

patient attribuant ses symptômes à une cause organique

vs

soignant les interprétant comme manifestations de détresse psychologique

Théorie de l'attachement :

Selon le type d'attachement mis en place dans l'enfance on observe des réactions différentes de l'individu aux facteurs de stress (ex : douleur)

Construction progressive de modèles opérants internes traduisant les attentes du sujet

par rapport aux réponses qu'il recevra et qui sont activés en contexte de stress

L'individu douloureux, mis en difficulté va activer son système de l'attachement



3) La douleur en service de psychiatrie

Méconnaissance des problématiques somatiques

Insuffisance de prise en charge somatique des patients suivis en santé mentale

Douleur comme marqueur de la qualité des soins somatiques en santé mentale ?

Enquête nationale sur la douleur et sa prise en charge auprès de chefs de service de psychiatrie et de pharmacie (2005)

54 % des interrogés estimaient que la douleur chez le patient souffrant de troubles psychiques ne s'évaluait pas, et ne se traitait pas comme chez un autre individu

Actuellement pas de données montrant une différence d'évaluation de la douleur et de son traitement chez des patients schizophrènes, stabilisés, non déficitaires !



3) La douleur en service de psychiatrie

Chez le patient psychotique la douleur peut servir à :

- construire son corps
- donner une dimension d'unité et d'entièreté de l'organisme

« Image corporelle psychotique » :

- image corporelle la plus primitive,
 - corps qui ne contiendrait que des liquides et une vague notion de paroi
 - **VS** image corporelle névrotique avec représentation mentale inconsciente de la peau qui couvre
- et contient l'image corporelle.

Association entre douleur et réduction de la qualité de vie liée à la santé chez les patients psychotiques



3) Douleur en psychiatrie

Douleur - troubles psychiatriques une relation à double sens

Anxiété et dépression davantage facteurs de risque que conséquences de symptômes somatiques fonctionnels

Risque de confondre douleur et dépression

Inhibition, ralentissement, impuissance apprise, et perte d'espoir communs

La douleur comme symptôme de dépression / symptômes dépressifs comme symptômes douloureux

S'attacher aux attitudes antalgiques, raideur, perte de l'ajustement postural, contexte, histoire de la maladie, du patient lui-même et de sa famille

Risque pour le patient dépressif de ne pas exprimer ses douleurs du fait par exemple d'un ralentissement psychomoteur

-> Test thérapeutique

Opposer le psychogène aux autres mécanismes ou diagnostics, amène
au dualiste soma versus psyché inapproprié



3) Douleur en psychiatrie

L'anxiété :

- réduit la capacité de contrôle de la douleur
- favorise une chronicisation douloureuse
- renforce un comportement d'individu malade

Douleur comme symptôme d'anxiété / anxiété comme symptôme de douleur

Les sujets autistes perçoivent la douleur d'une manière spécifique mais la perçoivent

Nombreuses difficultés entravant l'expression de la douleur :

difficultés de communication verbale, représentation corporelle, troubles cognitifs

+ le niveau de douleur est élevé

+ la fréquence et l'intensité des comportements problématiques chez les patients autistes est élevée



4) Douleur en pédopsychiatrie

Sujet en construction à partir d'un nouage somatopsychique

Douleur mettant à l'épreuve ce nouage et avec des répercussions différentes selon l'âge de l'enfant

-> Une évaluation de la douleur en fonction de l'âge développemental

La place des familles :

Prise en charge à 3 pôles

Anxiété, incompréhension , culpabilité parentale ... etc

Dépression et troubles anxieux sont particulièrement fréquents chez les mères d'enfants souffrant de douleurs chroniques

Douleur chronique parentale augmente la probabilité de douleur chronique chez les adolescents

Risque d'envahissement par identification excessive et paralysante au sujet souffrant

Pouvoir contaminant sur la cellule familiale, jeux de miroirs, confusion des ressentis de chacun...



4) Douleur en pédopsychiatrie

- Camouflage des émotions
- Evitement de certains sujets
- Réarrangements familiaux
- Rigidité familiale
- Limitations fonctionnelles ... etc

Fratrerie reléguée au second plan

Sentiments ambivalents : solitude, tristesse, anxiété, culpabilité, honte, colère , jalousie... etc

Facteur prédictif de résilience :

- force de la cohésion familiale
- réponse des parents
- capacité parentale à faire face

-> Analyse grâce aux concepts de thérapie systémique



5) Place du psychiatre dans l'évaluation de la douleur somatique

« L'émergence de la psychiatrie de liaison a été possible grâce à la rencontre de deux phénomènes ; le fait que les hôpitaux généraux continuent de recevoir et de devoir traiter des patients souffrant **de troubles psychiques liés ou surajoutés à une affection physique** et, au début du XXe siècle, l'évolution de la **psychiatrie qui étend son champ d'intérêt à d'autres domaines que celui de "l'aliénation"** »

(Chocard et al., 2005)

Intervention souvent à la demande des équipes somatiques devant :

- douleurs sans cause organique retrouvée
- douleurs chez un patient avec une pathologie psychiatrique connue

Vécu possible du patient :

- honte, méfiance, crainte de ne pas être cru ... etc
- difficulté à accepter la dimension psychique d'une symptomatologie qui fait souffrir "dans le corps"



5) Place du psychiatre dans l'évaluation de la douleur somatique

CAT :

- Expliquer la venue du psychiatre
- Obtenir la confiance du patient qui lui ne s'est pas adressé à CE professionnel
- Etablir/ éliminer un diagnostic psychiatrique
- Contribution au diagnostic différentiel entre troubles somatiques liés à une affection organique et sans organicité sous-jacente
- Evaluation +/- orientation thérapeutique
- +/- prise en charge thérapeutique et/ou médicamenteuse
- Pédagogie : participation à la lutte contre le déni de la douleur ; au soutien des équipes (Bouckenaer D., 2007)



Conclusion

L'évaluation d'une douleur chronique :

- processus qui prend du temps
- doit englober de multiples facteurs tels que :

les facteurs somatiques,

les troubles psychologiques,

le niveau de détresse émotionnelle,

les représentations, croyances, attentes, attitudes et mode de coping

le degré de limitations fonctionnelles

le contexte familial, socioprofessionnel et médico-légal ... etc

-> Travail multidisciplinaire et coordonné



DES QUESTIONS ?

Je vous remercie de votre attention !





Une visite incongrue...

**Mme Maguelonne CHALIES, IDE – DAR D
CHU Montpellier**

Une visite atypique en réanimation ...

« La bienveillance est sans crainte et sans calcul, elle est l'expression même de la spontanéité guidée par le cœur »

P. L. RICHARD

11^{ème} journée du CLUD
26 mars 2021

CHALIES Maguelonne – Infirmière – DAR D

Ma présence ici ...

- Infirmière sur le service depuis 2016
- Réanimation cœur/poumons sur le site de Arnaud de Villeneuve
- Formations institutionnelles dédiées à la douleur, titulaire d'un diplôme universitaire d'accompagnement en soins palliatifs.
- Témoin d'une expérience particulière

La réanimation cœur/poumons

- La Dar D est une réanimation chirurgicale disposant de 16 lits
- Les patients sont accueillis en programmés ou en urgence
- Interventions cardiaques et pulmonaires
- Deux lits pour les patients greffés cardiaques
- En moyenne 1200 entrées sur l'année dont environ 800 entrées programmées et 400 en urgences



La réanimation cœur/poumons



La démarche palliative au Dar D



- Nombreux groupes de travail sur diverses thématiques.
- Groupe de démarche palliative
- Mesures en faveur du mieux-vivre en réanimation et ce jusqu'au dernier jour de vie
- Emménagement d'une pièce en faveur des patients en LAT 3 et de leur entourage

La démarche palliative au Dar D



Jusqu'au jour un évènement marquant se produit ...

- Annonce d'une surprise ...
- Fin du suspens !
- Observation de la scène qui se déroule dans la pièce
- Un instant surréaliste ...

Attachement à une histoire de vie ...

- Catia est une jeune femme de 30 ans
- Un long parcours hospitalier : une greffe cardiaque à l'âge de 17 ans, de multiples hospitalisations pour des rechutes jusqu'en 2018
- Connaissance de Catia et de sa famille lors de son admission au Dar en septembre 2019
- Prise en soins de un mois et onze jours, un lien particulier se crée avec la famille
- L'attente ... le moral de Catia, de la famille et de l'équipe décline
- A l'initiative de son cardiologue la visite incongrue s'organise ...

Les témoignages

« **Conscient que la présence d'un animal de compagnie dans des situations très singulières pouvait avoir un réel effet bénéfique sur le bien-être des patients**, nous avons tenté l'expérience récemment (...) le cœur tardant à venir, et le moral de la jeune fille baissant considérablement, nous avons décidé de permettre la présence de son animal de compagnie (...) **l'effet sur le moral de cette jeune patiente a été immédiat.** »

CDS (extrait de courrier)

« Je suis ultra pour la présence des animaux au sein de l'hôpital. Evidement de manière encadrée. **C'est la seule chose qui a redonné le sourire à Katia et à sa famille et à bon nombre d'entre nous également.**

Je pense qu'en plus elle se faisait beaucoup de soucis de pas voir son chien et lui aussi de pas voir sa maîtresse. **La présence de son chien a contribué à diminuer son stress et a permis de l'apaiser.** En plus j'ai trouvé incroyable que ce chien ne bouge pas d'un poil (...) ça peut ouvrir l'esprit de certaines personnes (...) Et ça fait pas de mal dans un service comme le Dar.

FFCDS

Les témoignages

« **Tout ce peut améliorer le vécu des patients en réanimation doit être tenté.** Il y a les mesures générales, celles qui sont bonnes pour tous les patients comme diminuer la nuisance sonore ou lumineuse, penser à expliquer les actes qui sont faits, voire les accompagner de gestes rassurants. C'est la base à laquelle on doit se tenir avec acharnement.

Et il y a **les mesures exceptionnelles, plus individuelles, réfléchies.** La visite du chien de Catia est de cet ordre. Est-ce toujours possible ? Non, car ce **privilège est par nature assez exclusif et parce que les locaux ne s'y prêtent pas.** Il faut penser aux autres patients, à leur famille qui peuvent vivre ce choix comme une injustice si on leur interdit à eux ce privilège. En résumé, mesure exceptionnelle, pourquoi pas, surtout quand on a comme Catia tellement peu à espérer. Mais **mesure à décider collectivement**, comme pour la LATA3 où chaque soignant doit pouvoir s'exprimer »

MAR

« Je me souviens d'un **moment de bonheur** alors que la situation générale était plutôt dramatique. **Bonheur partagé** en plus car la voir heureuse m'a aussi procuré du plaisir. La présence incongrue de son chien au milieu de la réa a réussi à mettre tout le monde de **bonne humeur.** Et même si l'issue fut triste pour Catia, nos soins n'auront pas été vains. (...) »

Mon sentiment est que la vie continue à l'hôpital et que des **moments de plaisir/bonheur** peuvent y survenir. Et que nous soignants devons y contribuer, introduire de **l'humanité, quitter notre sérieux et la technique.** Hélas, nous faisons trop peu dans ce sens et ces moments sont finalement rares. »

MAR

Les témoignages

« Je suis à mille pour cent pour la présence d'animaux au sein de la structure hospitalière ! Je suis la première à avoir fait rentrer son toutou. Tu aurais dû voir à quel point **le visage de Katia s'est éclairé**, quand elle l'a vu, j'en ai eu les larmes aux yeux tellement elle était **heureuse** de voir son toutou, sa raison de vivre comme elle l'appelait ... Cela a clairement eu un **impact psychologique mais aussi physique car elle a ralenti sa fréquence cardiaque** dès le contact avec l'animal »

Mme M. IDE

« Il me semble que l'impact de cette visite à paru **grandement bénéfique** pour cette patiente hospitalisée longtemps dans notre service. Les locaux ne sont pas à décrire tu les connais et j'ai du mal à imaginer ce que ressentent les patients dans ces lits (...) La visite de son chien à permis sans aucun doute, à **couper avec le quotidien** de cette patiente et lui apporter du **baume au cœur**.

En revanche il me semble légitime de se poser **la question de l'hygiène** dans cette situation. En effet avec des patients fragiles comme nous avons le chien n'est-il pas susceptible d'être un vecteur de germes ? »

IDE (Etudiant lors de la situation)

Les témoignages

« J'avoue que lorsque l'on me l'a annoncé (la venue du chien) je n'ai pas su quoi en penser. Je **savais que c'était une bonne chose** pour la patiente, que ça lui permettrait de penser à autre chose quelques instants, mais d'un autre côté j'avais des interrogations/**inquiétudes** sur le déroulé et l'après : **niveau hygiène** notamment sachant que la patiente avait du matériel invasif (ECMO, dialyse ...), **j'avais peur pour le risque infectieux** et aussi il fallait être vigilants que le chien n'arrache pas de fils ou autre.

Au final quand l'heure est arrivée de faire entrer le chien, il y eu quelques secondes de flottement car autant l'AS, le médecin et moi on ne savait pas trop comment s'y prendre, sans doute parce qu'on est **trop habitués aux protocoles en réa.** »

IDE

« J'en tire que **du positif** surtout vu le lien qu'elle avait avec son chien. Pour moi, je l'ai **ressenti comme un soin** à part entière où elle pouvait se **reconnecter avec qui elle était avant son hospitalisation**. **La réanimation a une tendance à la dépersonnalisation du patient** par l'équipe soignante puis par ricochet par le patient lui-même vis-à-vis de son propre corps et lui permettre de prendre soin d'un animal même quelques minutes pour moi c'était **lui rendre sa dignité et son entièreté d'être humain** »

IDE

Les témoignages

« Alors la première fois que j'ai vu qu'il y avait un chien à côté d'elle j'ai été **très surprise** car je ne m'y attendais pas. Passé la surprise, un **sentiment de joie, de bien-être** car déjà d'un point de vue personnel j'apprécie les chiens mais également d'un point de vue professionnel car ça m'a permis **de voir la patiente sous un nouvel angle**, la présence de son chien c'est un morceau de sa vie, j'ai eu **l'impression de mieux la connaître**.

Au niveau de la prise en charge de Katia, la venue de son chien l'avait **clairement détendue**. Il ne gênait aucunement les soins car il était très calme.

Donc en résumé, les bénéfices de la présence du chien : pour moi soignante : **plus détendue , ça efface un peu le côté « réa » très strict et anxiogène, communication différente dans l'équipe, dans le sens où ça faisait un sujet de discussion différent du boulot habituel, donc positif, ça rapproche les personnes.**

Pour la patiente : **plus détendue aussi, amélioration du moral et donc bénéfique pour sa prise en soins, remotivation. Peut-être que ça avait aussi amélioré sa confiance envers l'équipe**, du fait qu'on avait accepté de faire venir son chien dans l'unité, elle a dû ressentir qu'on prenait en compte ses envies et ses sentiments et pas seulement le côté médical. »

IDE

Les témoignages

« Pour ma part ce **n'était pas la première fois** que j'assistais à des rencontres entre patients/animaux, certes pas dans le même contexte ni même type de service (EHPAD). Du coup **concernant les bénéfices que ces rencontres pouvaient procurer je n'avais aucuns doutes**. Mais la première question qui venait à l'équipe ainsi qu'à moi-même était surtout la **question d'hygiène** avec le risque infectieux majeure en service de réanimation. En point négatif c'était le seul unique qui me dérangeait.

Les points positifs sont plus nombreux : ces rencontres favorisaient **le bien-être de la patiente**, je trouvais que durant ces moments Katia se **sentait moins angoissée**, elle **était beaucoup plus détendue et apaisée**. Dans la situation complexe dans laquelle la patiente se trouvait ces moments lui redonnaient du **baume au cœur et surtout le sourire**. Cela permettait aussi d'avoir **une autre approche avec la patiente**, cela pouvait permettre de communiquer autrement avec elle, de lui changer les idées et je la trouvais **beaucoup plus ouvertes aux discussions** car son chien faisait partie intégrante de sa vie, elle aimait en parler.

Pour revenir au point négatif qui **concernait l'hygiène il était primordial que ce soit une rencontre préparée et que des mesures soient mises en place** afin que tout se déroule au mieux. Pour ma part je trouve **que le risque était bien minime par rapport à toute la joie et tous les moments complices et heureux** qu'il pouvait y avoir entre Katia et son chien sans compter le bien-être et l'épanouissement de la patiente pendant tous ses moments qui l'a coupé un instant de tous les moments angoissants qu'elle pouvait vivre dans le service . »

Aide-Soignante

Les témoignages

« Pour moi les points positifs étaient surtout **pour le moral de la patiente**. Elle était tellement contente de voir son chien. Pour moi on peut accepter un animal en réa mais il faut que **ce soit encadré** (...) Son chien était très calme, il n'a gêné en rien les soins.

Point négatif, **hygiène de l'animal** »

AS

« Pour ma part je retiens **que du positif** de cet échange. Katia se **sentait plus sereine, en sécurité et plus apaisée**. Katia était en syndrome de glissement et grâce à son chien a eu **un regain d'énergie**. »

AS

Après la spontanéité ... la réflexion organisationnelle

- La question de l'hygiène : Comment répondre aux exigences d'un service de réanimation ?
- Décision de poursuivre l'expérience en établissant un protocole adapté à la situation
- Prise de contact avec le service du Pr Mira (Hôpitaux Paris Cochin), qui nous transmet le protocole « Animal de compagnie visiteur en médecine intensive et réanimation »

« Animal de compagnie visiteur en médecine intensive et réanimation »

Protocok hygiène		Page 109 Service directeur UH Hygiène Hospitalière EOH
Animal de compagnie visiteur en médecine intensive et réanimation <small>UH Hygiène Hospitalière</small>		
Préparé par: <u>Pratibonni Adam, Fonctionnaire</u>		Signature: <u>[Signature]</u>
Révisé par: <u>Mme Léonie Meyer, CSS EOH HUPC</u> <u>Dr Anne Coratini, Resp. FOH HUPC</u>		<u>[Signature]</u> <u>[Signature]</u>
Validé par: <u>Mme Aude Bouley-Royon, Directeur HUPC</u> <u>Pr Jean-Paul Miro, Chef de service de médecine intensive réanimation HUPC</u> <u>Dr Julien Charpentier, Président du CLIN HUPC</u>		
Date d'application: 21/03/2019		Durée de validité du document: 3 ans
1. Objet L'animal a toujours fait partie de l'environnement humain, des liens existent entre les animaux et les humains. La France comptait 63 millions d'animaux de compagnie en 2012. Ces animaux jouent donc un rôle important et contribuent au mieux-être, à l'amélioration des conditions de vie. Des études ont montré le bénéfice apporté par la présence animale auprès de patients fragilisés : elle aide à se libérer des angoisses, s'exprimer, sortir de l'isolement, retrouver une motivation pour le suivi des soins, à être acteur, à retrouver un rôle social... Cependant, la présence d'animaux en institution de soins peut constituer un risque pour la santé des patients et du personnel. Il est important d'établir des règles d'hygiène pour minimiser le risque infectieux.		
2. Domaine d'application Médecine intensive et réanimation		
3. Responsabilités et personnes concernées <ul style="list-style-type: none"> La direction des HUPC Le chef de service Le patient et sa famille 		
4. Définitions Animal visiteur : est l'animal de compagnie d'un patient qui est autorisé, dans un cadre bien défini, à rendre visite à son maître accompagné par les proches. Nouveau <u>Animal de Compagnie (MAC)</u> : animaux de compagnie domestiques ou non, tels que rongeurs, oiseaux, poissons, insecte, singes, grenouilles, serpents, araignées, furets, etc...		

« Animal de compagnie visiteur en médecine intensive et réanimation »

Protocok hygiène		Page 109 Service directeur UH Hygiène Hospitalière EOH
Animal de compagnie visiteur en médecine intensive et réanimation <small>UH Hygiène Hospitalière</small>		
<ul style="list-style-type: none"> - Patient avec une tuberculose active ou diarrhées - Patient avec une mycose cutanée - Patient avec une plaie ouverte, des brûlures étendus >15% surface corporelle 		
2 - Les locaux Limiter l'accès des animaux à certains locaux : trajet allant directement de l'extérieur du service à la chambre du patient. L'accès aux offices alimentaires, aux postes de soins est interdit.		
3 - Règles concernant l'animal Accepter uniquement des animaux en bonne santé, calmes, non bruyants. Imposer un suivi vétérinaire régulier : au minimum une fois par an permettant d'attester un bon état de santé. Selon les espèces, les animaux sont vaccinés (coryza, leucose...), vermifugés, et traités contre les parasites (vermifugation 2 fois par an, les traitements antiparasitaires externes doivent être régulièrement administrés). Écarter les animaux malades, présentant une infection ou une lésion cutanée ou présentant des troubles du comportement. L'animal sera brossé avant la visite afin de limiter le risque de transmission de pathogènes et d'allergènes. Pour les chiens, réaliser si besoin un brossage des dents, des soins des oreilles et des griffes. Imposer la présence d'un accompagnant qui connaît bien l'animal. Les animaux ne doivent jamais rester sans surveillance et seuls avec un patient. L'accompagnant devra veiller à ce que l'animal n'exerce pas de nuisance ni de risques pour le personnel. L'accompagnant devra prendre en compte le bien-être de l'animal et ne pas prolonger la visite si l'animal montre des signes d'impatience. Les jours de pluie, éviter si possible les visites ou faire en sorte que l'animal ne salue pas les locaux (prévoir d'essuyer les pattes et le pelage...).		
4 - Les professionnels Les soins ou patient qui reçoit la visite de son animal de compagnie ne doivent pas se faire en présence de l'animal. En cas de contact des professionnels avec l'animal, une hygiène des mains sera réalisée.		

Le temps des visites



Le temps des visites



Le temps des visites



Le temps des visites



Que dit le CCLIN ?

- Lettre d'information du CCLIN sud-est, Décembre 2011 n°5. « Les animaux de compagnie dans les établissements de santé et médico-sociaux » :
« Il n'y a actuellement pas de preuves que les risques présentés par la présence d'animaux de compagnie ou de chiens soient supérieurs aux bénéfices apportés par leur présence auprès de personnes fragilisés »
- Pour aller plus loin : CCLIN/ARLIN sud-est, novembre 2016. « Prévention du risque infectieux et médiation/présence animale en établissements médico sociaux et établissements de santé »

CCLIN/ARLIN sud-est, novembre 2016. « Prévention du risque infectieux et médiation/présence animale en établissements médico sociaux et établissements de santé »



A. OBJECTIF

Outre d'aide à la rédaction d'un protocole de maîtrise du risque infectieux dans l'élaboration d'un projet de médiation animale.

B. JUSTIFICATION DE LA MEDIATION ANIMALE

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini la notion de santé comme « un état complet de bien-être physique, mental et social » [1].

L'animal à toujours fait partie de l'environnement humain, des liens existent entre les animaux et les humains. La France comptait 43 millions d'animaux de compagnie en 2012. Ces animaux jouent donc un rôle important et contribuent au bien-être, à l'amélioration des conditions de vie [2]. Les enfants et adultes en établissements médico-sociaux (EMS) et établissements de santé (ES) vivent plus actifs à ce bénéfice. On constate que la présence d'animaux est de plus en plus souvent sollicitée dans les structures de soins.

C. LEGISLATION

Accueil des animaux en secteur sanitaire

L'article 47 du décret n° 74-27 du 14 janvier 1974 [3] relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers interdit la présence des animaux dans l'enceinte des structures hospitalières.

Cet article a été abrogé par le décret n°2003-862 du 21 mai 2003 [4] relatif aux dispositions réglementaires des parties I, II et III du code de la santé publique. L'article R5132-48 dit que « les animaux domestiques, à l'exception des chiens guides d'aveugles, ne peuvent être introduits dans l'enceinte de l'hôpital ».

La circulaire n°40 du 14 juillet 2004 [5] dit que les chiens guides d'aveugles ont le droit de pénétrer dans les centres hospitaliers (hôpitaux, cliniques, maternités de naissance, etc.), mais il leur est interdit d'entrer dans les chambres des patients, ainsi que dans les salles de soins.

La loi n°2005-102 du 13 février 2005 [6] concernant le volontariat des personnes handicapées reconnaît la présence de l'animal adéquat auprès d'elles et leur accessibilité dans les lieux publics en compagnie de leur animal d'assistance.

En l'état actuel de la législation, la présence animale en établissements de santé ne pourra être autorisée qu'après avis et accord de la direction, du responsable du service, du coordonnateur de la lutte contre les infections associées aux soins et de l'équipe Opérationnelle d'Hygiène.

La visite de l'animal domestique du patient hospitalisé n'est pas autorisée dans l'établissement.

Source :

<https://www.canidea.fr/2020/03/30/chiens-visiteurs-chiens-de-mediation-quelle-difference/>

Synthèse des différences		
	Chiens visiteurs	Chiens de médiation
Milieu d'origine	Milieu associatif, notamment le bénévolat	Milieu de l'intervention sanitaire et social
Acteurs	Bénévoles	Différents métiers : infirmiers, éducateurs spécialisés, psychologues, ergothérapeute...
Activités	Visites de personnes résidents de façon pérenne ou temporaire en établissements médico-sociaux	Appui pour l'intervenant dans son activité professionnelle en facilitant certaines actions à visée thérapeutique, sociale ou éducative
Rythme	En fonction des disponibilités des bénévoles	Décidé conjointement entre le service et l'intervenant en fonction du projet
Compétences du référent du chien	Aucune attendue, si ce n'est la maîtrise du comportement de l'animal	Construction d'un projet thérapeutique, éducatif ou social autour de la ou des personnes bénéficiant de la présence animale
Compétences du chien	Être bien éduqué et répondre aux commandes de base	Savoir-être principalement relationnel et quelques savoir-faire en fonction des activités menées par l'intervenant
Origine du chien	Toutes origines dans la mesure où il a le savoir-être relationnel et qu'il a une complicité avec le bénévole	Toutes origines dans la mesure où il a le savoir-être relationnel et qu'il a une complicité avec l'intervenant
Education du chien	A la discrétion du bénévole	Au choix des professionnels qui travailleront avec le chien

L'AVENIR = étude RéAnimal



Projet "Recherche & innovation"
Étude RéAnimal : Surmonter l'épreuve de la réanimation grâce à la thérapie assistée par l'animal

- Thérapie non médicamenteuse
- Traumatologie
- Spécialités de pointe
- Humanisation de l'hôpital
- Hôpital Édouard Herriot
- Réanimation



CONTEXTE

Les patients hospitalisés dans un service de soins critiques (réanimation, soins intensifs...) sont en situation d'urgence extrême, avec un pronostic vital souvent menacé. L'expérience est brutale, traumatisante, à l'origine d'un stress potentiellement destructeur. Outre l'anxiété pendant le séjour hospitalier, de nombreux patients développent un syndrome de stress post-traumatique à distance de leur hospitalisation. La vie n'est plus jamais la même après un séjour en réanimation... L'équipe du Service Réanimation chirurgicale et Unité de Surveillance Continue chirurgicale de l'hôpital Édouard Herriot est convaincue de l'intérêt de la thérapie assistée par les animaux pour aider les patients à surmonter l'épreuve de la réanimation : la médiation animale aurait un véritable impact sur l'anxiété, sur la dépression et sur la perception douloureuse des patients hospitalisés en service de soins critiques.

Le développement de cette approche originale et innovante passe à la fois par la validation scientifique des bénéfices de la thérapie assistée par l'animal pour les patients, et par l'apport de la preuve que les risques potentiels (infectieux, allergiques, physiques) peuvent être facilement contrôlés en appliquant des protocoles stricts, y compris auprès de ces patients particulièrement fragiles.

OBJECTIFS

- Mettre à jour l'impact de séances de thérapie assistée par l'animal sur les troubles anxieux, la dépression et le stress post-traumatique chez des patients hospitalisés dans des services de soins critiques.
- Démontrer l'absence de risques liés à l'introduction d'animaux dans l'hôpital (infection, allergie, blessures, etc.), dans le cadre d'un protocole strict garantissant la sécurité des patients, élément primordial de l'étude.
- Grâce aux enseignements attendus de l'étude, ouvrir la voie au développement de la thérapie assistée par l'animal à l'hôpital, et permettre ainsi aux patients, y compris certains patients fragiles, de bénéficier de ses bienfaits.

PLAN D'ACTION

- Construction du projet avec des experts de l'animal : séances de travail avec des professionnels et étudiants de l'école vétérinaire **VeAgriVet** pour déterminer les modalités de surveillance des risques induits par les interactions avec les animaux, les critères de sélection des chiens, les modalités d'organisation, le contenu des séances de thérapie assistée par l'animal...
- Sélection des patients éligibles (exclusion des patients fragiles immuno-déprimés, allergiques, phobiques des chiens, ou porteurs d'équipements lourds de réanimation) : 56 patients sur 2 ans.
- Tests bactériologiques : recherche des bactéries multi-résistantes avant et après la thérapie assistée.
- Analyse de l'évolution des questionnaires psychométriques (évaluation des états émotionnels), de la perception douloureuse, des paramètres physiologiques témoignant d'un stress (pression artérielle, fréquences cardiaque et respiratoire...) avant et immédiatement après une séance de thérapie assistée par les animaux.
- Dépistage du syndrome post-traumatique et questionnaire de retour sur l'expérience à 3 mois.

L'animal pour tourner la page de la réanimation

14 août 2019 [Gérald Bouchon](#) Le fil Info 0

Les patients hospitalisés dans un service de soins critiques (réanimation, soins intensifs...) sont en situation d'urgence extrême, avec un pronostic vital souvent menacé.

L'expérience est brutale, traumatisante, à l'origine d'un stress potentiellement destructeur. Pour aider les patients hospitalisés en réanimation à mieux surmonter cette épreuve, la Fondation HCL recherche des financements pour soutenir le projet RéAnimal, qui vise à démontrer les bénéfices de la thérapie assistée par l'animal pour mieux tourner la page...

Outre l'anxiété pendant le séjour hospitalier, de nombreux patients développent un syndrome de stress post-traumatique à distance de leur hospitalisation : la vie n'est plus jamais la même après un séjour en réanimation...

L'équipe du Service Réanimation chirurgicale et Unité de Surveillance Continue chirurgicale de l'hôpital Édouard Herriot se dit convaincue de l'intérêt de la thérapie assistée par les animaux pour aider les patients à surmonter l'épreuve de la réanimation : la médiation animale aurait un véritable impact sur l'anxiété, sur l'humeur et sur la perception douloureuse des patients hospitalisés en service de soins critiques.

Le projet RéAnimal vise à valider scientifiquement les bénéfices de la thérapie assistée par l'animal sur les troubles anxieux, les troubles de l'humeur et le stress post-traumatique chez des patients hospitalisés, et à apporter la preuve que les risques potentiels (infectieux, allergiques, physiques) liés à l'introduction d'animaux dans l'hôpital peuvent être facilement contrôlés dans le cadre d'un protocole strict garantissant la sécurité des patients.

La médiation animale développée notamment pour les patients âgés en EHPAD, ou pour les enfants autistes montre déjà des résultats spectaculaires : les patients s'ouvrent, communiquent plus, se socialisent, et voient leur anxiété diminuer.

Le coût global du projet s'éleve à 23.000 €.

Pour soutenir le projet RéAnimal et faire un don, c'est ici :

<https://fondationhcl.fr/projet/le-projet-etude-reanimal-surmonter-l-epreuve-de-la-reanimation-grace-a-la-therapie-assiste-par-l-animal-17>

L'étude sera menée sur 56 patients sur 2 ans

La FONDATION Hospices Civils de Lyon a été créée pour accélérer le développement de projets innovants au sein des hôpitaux et favoriser un accompagnement et des traitements toujours plus personnalisés.

Elle a ainsi pour mission de recevoir dons et legs pour agir concrètement dans 3 domaines en particulier: confort, innovation et accompagnement.

Écoutez aussi : <https://www.lyonemais.fr/fondation-hcl-des-fonds-actives-pour-des-projets-innovants/>

Conclusion

- Évènement très marquant pour un secteur de soins critiques
- Contraintes architecturales fortes et problématiques du secteur
- Evolution personnelle et souhait d'évolution du regard porté sur la relation animale dans le milieu des soins

Les références

- <https://www.chien-visiteur.fr/index.php>
- <https://www.canidea.fr/2020/03/30/chiens-visiteurs-chiens-de-m%C3%A9diation-quelle-diff%C3%A9rence/>
- <https://www.hpci.ch/prevention/fiches-techniques/contenu/animaux-en-mieux-de-soins>
- <https://www.vetitude.fr/zootherapie-les-chiens-therapeutes-interviennent-desormais-en-soins-intensifs/>
- La médiation par l'animal au sein d'une USP, Chloé Peis, PDF
- <https://www.deltafm.fr/info-locale/france/region/pas-de-calais/audomarois/saint-omer/des-visiteurs-a-quatre-pattes-pour-aider-les-patients-a-sevader-a-lhopital-dhelfaut/>

Etude RéAnimal :

- <https://fondationhcl.fr/projet/!/sujet/etude-reanimal-surmonter-l-epreuve-de-la-reanimation-grace-a-la-therapie-assistee-par-l-animal-17/>
- <https://www.lyonplus.com/actualite/2019/12/18/des-chiens-pour-aider-des-patients-a-surmonter-l-epreuve-de-la-reanimation>
- <https://ichgcp.net/fr/clinical-trials-registry/NCT03898843> (descriptif étude RéAnimal)

MERCI DE VOTRE ATTENTION

m-chalies@chu-montpellier.fr

11^{ème} journée du CLUD



Clôture de la journée

Dr Frédéric BERNARD - Président du CLUD

Marie Hélène REQUENA LAPARRA, Directrice des soins