



Adapei 69

MÉTROPOLE DE LYON ET RHÔNE

Association métropolitaine
et départementale des parents
et amis de personnes
handicapées mentales

Douleur et handicap mental

Moi aussi, j'ai le droit de ne pas avoir mal !

JOURNEE DE FORMATION ET INFORMATION

24 septembre 2015

Partie 1 – Connaissances fondamentales

P3

Dr Bismuth, médecin algologue au centre anti-douleur CHU St Jean de Dieu

Partie 2 – Douleur et polyhandicap

P133

Sandrine Brocot-Delpech, psychomotricienne à l'Adapei 69 en MAS

Partie 3 – Douleur et autisme, le défi de la prise en charge

P154

Dr Chaigne, médecin généraliste intervenant à l'Adapei 69 auprès de personnes avec autisme

Partie 4 – Médecines douces : une aide contre la douleur ?

P186

Dr Raetz, sophrologue au Centre hospitalier de Bourg-en-Bresse

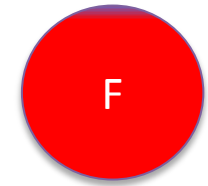
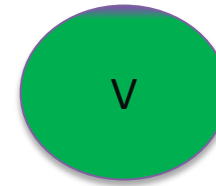
Journée Adapei 69

Douleur et handicap mental

24 septembre 2015



La douleur n'est pas une fatalité, elle doit être au centre des préoccupations de tout professionnel de santé.



1 La douleur est toujours indispensable car elle nous protège de toute agression

2 Les personnes autistes ressentent moins la douleur car elles sont protégées par ce handicap .

3 Les douleurs physiques ne se mesurent pas de la même manière que les douleurs morales.

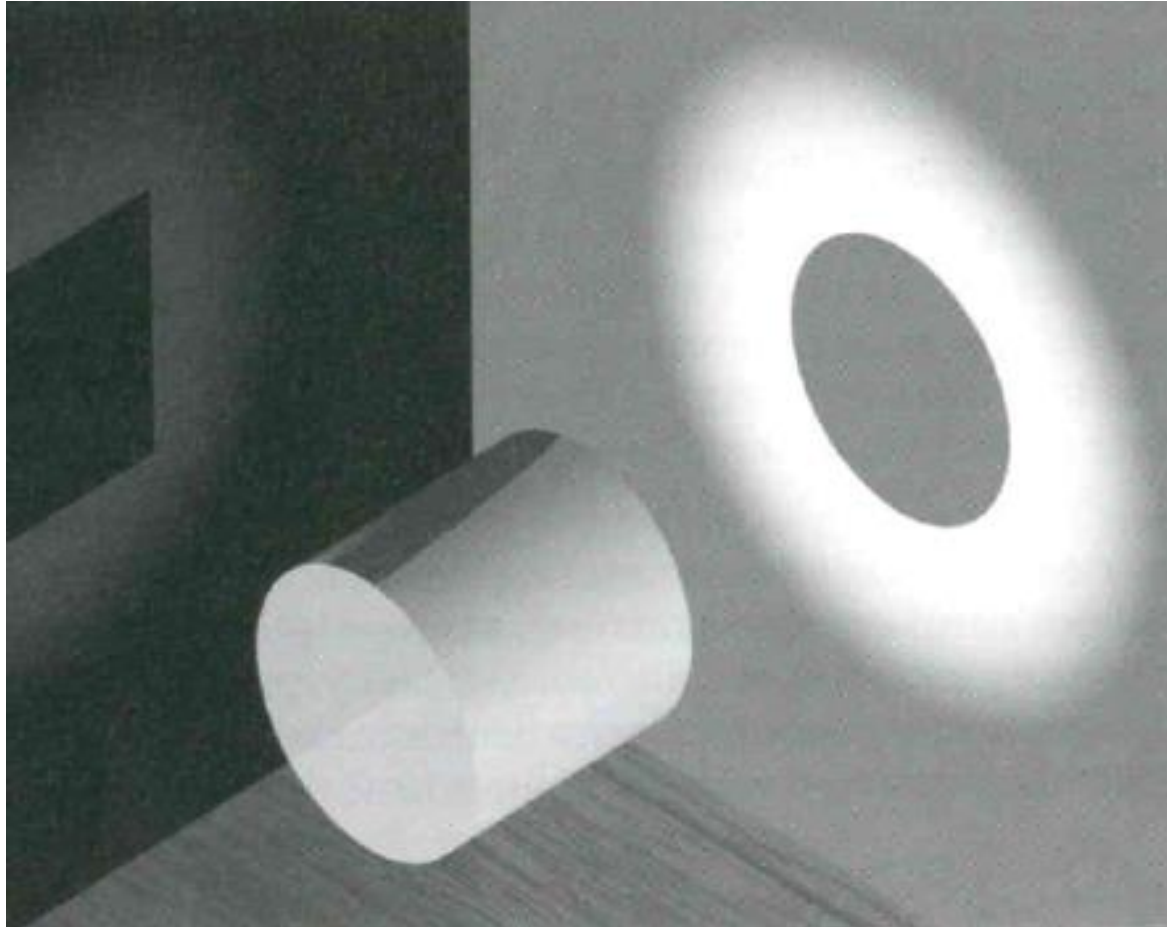
4 La dépression entraîne toujours une douleur morale et non physique.

5 la douleur chronique doit être traitée uniquement au long cours par des médicaments efficaces .

6 La douleur chronique est inutile.

7 la douleur est moins forte quand on prend de l'âge

Point de vue



Quelles sont les situations traumatiques parmi celles-ci ?

- Un accident de la circulation
- Un tremblement de terre
- Une prise d'otages
- Attentats du 11 septembre 2001
- Une promotion professionnelle
- L'annonce d'une grossesse

Six chercheurs d'Hindoustan, tous avides de savoir, s'en allèrent voir l'éléphant espérant tous, dans le noir (Ils étaient aveugles, les pauvres !) s'en faire quand même une notion grâce à leur don d'observation.

S'approchant de la bête, **le premier** arrivé se cogne à son flanc vaste et puissant. Il trébuche, jure et braille : « Dieu du ciel, mais cet éléphant, c'est une véritable muraille ! »
Le deuxième palpe une défense, s'écrit : « Holà ! Qu'est-ce que c'est ? Si rond, si lisse et si pointu ? J'en mettrais ma main au feu, ce que j'ai là, sous les yeux, ressemble bien à un épieu ! »

Le troisième s'approche à son tour, et rencontre, en tâtonnant, la trompe remuante de l'animal se tortillant dans sa main. « Il me semble que cet éléphant ressemble à un serpent ! »

Le quatrième tend la main et trouve un genou sur sa route. « Mes amis, pour moi, aucun doute ! Il n'y a là rien d'étonnant. Il est bien clair que l'éléphant c'est tout à fait comme un pin ! »

Le cinquième tombe sur l'oreille et s'écrie : « À quoi bon le nier ? Sans y voir je peux vous dire à quoi cette bête est pareille. Un éléphant ? Quelle merveille ! C'est tout comme un éventail ! » À peine approche-t-il de l'animal que, s'accrochant à la queue, **le sixième**, sans penser à mal, Affirme d'un ton solennel : « Cette chose merveilleuse que nous avons là est tout à fait comme une ficelle ! »

La prise de conscience



Nous sommes les aveugles, et l'élaboration de la stratégie est l'éléphant auquel nous avons affaire. Personne n'a jamais vu l'animal dans son entier, mais quiconque en a touché une partie y va de son interprétation. Or, ce n'est pas en additionnant les différentes parties de la bête que l'on obtient un éléphant.

Un éléphant est plus que cela !

Et pourtant, pour comprendre le tout, il faut aussi en comprendre les parties

La douleur est un motif fréquent de consultation

Représente 43% des motifs de consultations en médecine générale et plus de la moitié des patients hospitalisés sont concernés par la douleur dans le secteur médico-chirurgico-obstétrical .

En 2002, 80% des Français consultant un médecin repartent avec une ordonnance d'antalgique.

Début de l'histoire ...

En France, la prise de conscience de la nécessité d'une prise en charge de la douleur n'intervient qu'à partir de 1998.

C'est Bernard KOUCHNER, alors Secrétaire d'état à la santé, qui lance le premier plan douleur.

Et grâce à la Loi du 4 Mars 2002 dite loi Kouchner, la prise en charge de la douleur devient un droit fondamental .

Plans douleurs

1998-2000

- La prise en compte de la demande du patient.
- Le développement de la lutte contre la douleur.
- Le développement de la formation et de l'information des professionnels de santé sur l'évaluation et le traitement de la douleur.
- L'information du public.

2002-2005

- La douleur provoquée par les soins.
- La douleur de l'enfant.
- La prise en charge de la migraine.

Plans douleurs

2006-2010

- Améliorer la prise en charge de la douleur des populations les plus vulnérables. Notamment en direction des patients polyhandicapés.
- Renforcer la formation initiale et continue des professionnels de santé.
- Améliorer les traitements médicamenteux et les méthodes non pharmacologiques.
- Structurer les filières de soins.

Le nouveau plan douleur 2013 jamais vu le jour ?

- Structurer l'offre de soins en ville et entre la ville et l'hôpital.
- Améliorer la PEC des populations dyscommunicantes.
- Former les personnels de santé.
- Valoriser la recherche clinique.

Evaluation du dernier plan douleur

Le 3e plan douleur avait ciblé les personnes polyhandicapées, mais aucune mesure ne les concernait.

Il n'a pas pris non plus en compte spécifiquement la douleur en psychiatrie.

Quelques expériences de création de structures antidouleur en milieu psychiatrique ont confirmé la spécificité et la nécessité de cette prise en charge avec une collaboration étroite entre psychiatres et somaticiens, y compris pour des patients atteints de pathologies psychiatriques suivis en ambulatoire.

Le champ de recherche dans ce domaine est pratiquement vierge.

Plans douleurs

Le nouveau plan douleur 2013 jamais vu le jour ?

- Structurer l'offre de soins en ville et entre la ville et l'hôpital.
- Améliorer la PEC des populations dyscommunicantes.
- Former les personnels de santé.
- Valoriser la recherche clinique.

Qu'est-ce que la douleur ?

La douleur est difficile à définir ; elle n'est pas exclusivement physique, elle peut être morale. Chacun l'exprime selon son expérience. La douleur est donc pluridimensionnelle : physique, émotionnelle, sociologique...

Un tout petit peu d'histoire



Pour les juifs et les chrétiens, la douleur était la punition divine suite au péché, soit la trace du péché commis.

La Genèse affirme que l'homme a connu la fatigue, les maladies et la douleur seulement après avoir péché au paradis



Dans la chrétienté : la mort de Jésus sur la croix est un récit de rédemption. Cette douleur infinie est seule capable d'absorber les péchés des hommes. La douleur est pour eux un mode mineur de participation aux souffrances du Christ. Il est dit dans la bible « tu enfanteras dans la douleur ». C'est une façon de se rapprocher de Dieu.

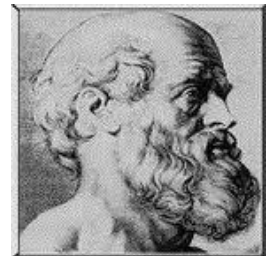
Dans l'islam : la douleur est le châtement qui sera réservé dans l'au-delà aux athées et hypocrites ; les croyants ne connaîtront pas les affres de l'enfer. La douleur est la volonté de Dieu, il ne faut se révolter contre, mais il ne faut pas la provoquer et tout faire pour la combattre.

Hippocrate (460-370) élabore son Corpus avec deux soucis essentiels :

- Ne pas nuire au malade « primum non nocere », et renforcer les processus thérapeutiques naturels.

- **l'observation** rigoureuse **et l'écoute** attentive des paroles du malade

La médecine hippocratique est essentiellement une médecine de l'observation



Au moyen âge :

Elle est une **punition de Dieu**, pour les fautes commises par le pécheur, mais le malade est aussi, en quelque sorte, un élu car, par ses souffrances, Dieu l'appelle à supporter celles du Christ, et à trouver ainsi le salut, le rachat de ses péchés.

La Renaissance

Le pape Jules II lève enfin l'interdit sur la dissection et l'étude anatomique en **1503**. Disséquer permet de voir, de constater, de comprendre le fonctionnement.

Ambroise Paré pose les fondements de la chirurgie. « La première intention d'un chirurgien doit être d'apaiser la douleur »

-le nettoyage des plaies, la chirurgie conservatrice, la ligature et l'hémostase

Il décrit les « **anodins** », médicaments et techniques destinés à supprimer la douleur.

On y trouve les « ligatures extrêmes destinées à ôter la sensation d'une partie avant amputation.

Au XVIIe

- René Descartes (1596-1650) « En tirant sur l'extrémité d'une corde, on provoque en même temps un coup sur la cloche suspendue à l'autre bout »



« la douleur n'est ni plus ni moins qu'un signal d'alarme dont la seule fonction est de signaler une lésion corporelle ».

Descartes considérait l'esprit comme une entité distincte entretenant peu de liens avec « le corps mécanique ».

Au XIX siècle

Evolution des mentalités et des sensibilités mais aussi avancées scientifiques.

Premiers pas de l'anesthésie, protoxyde d'azote, l'éther et chloroforme, pour contrôler la douleur des extractions dentaires.

Simpson obstétricien écossais réalise avec du chloroforme le premier accouchement sans douleur.

La morphine est isolée de l'opium en 1803



Naissance de l'algologie

1944, jeune anesthésiste de 27 ans, le Dr John Bonica se trouve du fait d'une guerre confronté au problème des douleurs rebelles. il forme le projet de constituer une approche clinique spécifique de la douleur pour combler une carence manifeste du système de soins.

Il propose le concept de l'approche multidisciplinaire 1947,

"expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion".

« La douleur est intime, certes, mais elle est aussi imprégnée de social, de culturel, de relationnel, elle est le fruit d'une éducation. Elle n'échappe pas au lien social. »

D. Le Breton

- La douleur induit un renoncement partiel à soi.
- Toute douleur induit la métamorphose
- Bouleversement de la relation aux autres

Origines de l'abstention thérapeutique face à la douleur

1 Conception hippocratique : (Descartes en 1664)

la douleur n'est ni plus ni moins qu'un signal d'alarme dont la seule fonction est de signaler une lésion corporelle

2 Conception stoïcienne : la douleur dans le présent garantit un plus grand plaisir dans le futur, plus il souffre maintenant, plus il est persuadé qu'il sera récompensé demain. L'épicurien veut le plaisir ici et maintenant .

Origines de l'abstention thérapeutique face à la douleur

3 La martyrologie militaire ou religieuse :
souffrance ».

4 Conception darwinienne : la douleur est une
balise Argos des espèces

5 Conception sado-masochiste : la douleur
chronique apparaîtrait préférentiellement chez
des gens structurellement masochistes. Les
soigner serait une stratégie sadique .

Connaissances actuelles sur la douleur dans le handicap mental sévère

On a longtemps cru que les personnes qui n'exprimaient pas la douleur, étaient insensibles à la douleur, ce fut le cas des nouveau-nés.

Mais actuellement de nombreuses études ont montré le contraire. Et ce même chez les patients ayant un retard mental, avec des études chez les autistes, ou les patients atteints d'une trisomie 21 ou encore même dans la maladie de Lesh Nahan.

Connaissances actuelles sur la douleur dans le handicap mental sévère

Ces études convergent toutes sur un point commun.

La douleur est bien perçue par ces patients.

Les difficultés viennent de troubles de reconnaissance de la sensation désagréable qu'est la douleur et d'une difficulté d'expression de celle-ci.

Connaissances actuelles sur la douleur dans le handicap mental sévère

La douleur chez les patients handicapés est au moins aussi fréquente que dans la population générale, voire plus fréquente.

La douleur serait présente chez 73,5 % des enfants handicapés mentaux et chez 78 % des enfants souffrant de troubles du développement.

Connaissances actuelles sur la douleur dans le handicap mental sévère

Les personnes polyhandicapées par exemple sont confrontées à des problèmes orthopédiques et de spasticité ou encore d'épilepsie avec pour conséquences des crises comitiales pouvant générer des traumatismes divers.

Connaissances actuelles sur la douleur dans le handicap mental sévère

L'étude de Breau et coll de 2003 montre que 62 % des douleurs pour cette population sont d'origine non traumatique. :

- Les troubles gastro-intestinaux (22 %) : douleurs spasmodiques, RGO, constipation, ballonnement
- Les troubles musculo-squelettique (19 %) : orthopédique post-opératoire, spasticité et rétraction musculaire

Connaissances actuelles sur la douleur dans le handicap mental sévère

- Les problèmes infectieux (20 %) : pulmonaires et ORL pour la plupart
- Les douleurs récurrentes (13 %) : otalgies, crises convulsives, érythèmes fessiers
- Les douleurs liées aux soins (13 %) : pansement, drainage, aspiration, manipulations, transfert...
- Les autres douleurs diverses : positionnement (corset, fauteuil), escarres, odontologique, gynécologique, céphalée.

Comment cela marche ?



Calvino et Grilo (2006) intègrent la dimension affective et émotionnelle à la dimension sensorielle.

la douleur est une expérience sensorielle et psychologique s'articulant autour de quatre composantes fondamentales :

- **sensori-discriminative**
- **affective et émotionnelle**
- **cognitive**
- **comportementale**

Sensori-discriminative, correspond aux mécanismes neurophysiologiques qui, schématiquement, sous-tendent les douleurs par **excès de nociception**;

il s'agit du décodage des messages douloureux (nociceptifs intensité, durée, localisation et qualité du stimulus nociceptif).

La composante affective et émotionnelle confère à la sensation douloureuse sa tonalité désagréable, pénible et insupportable et peut se prolonger vers des états émotionnels plus différenciés comme l'anxiété ou la dépression, en particulier dans le cas des douleurs chroniques

La composante cognitive (La cognition est l'ensemble des processus mentaux qui se rapportent à la fonction de connaissance tels que la mémoire, le langage, le raisonnement, l'apprentissage, l'intelligence, la résolution de problèmes, la prise de décision, la perception ou l'attention)

D'où modulation de la la perception de la douleur.

Il s'agit par exemple de **l'attention** (modulation de la perception de la douleur en détournant l'attention du sujet par l'exercice d'une tâche neutre);

l'anticipation (élaboration par apprentissage d'une stratégie comportementale qui autorisera une atténuation, voire un évitement de la douleur) ;

l'interprétation de la valeur attribuée à la douleur en référence à une culture, une religion, un milieu social ; la référence à une expérience douloureuse antérieure,etc

la composante comportementale correspond à l'ensemble des manifestations verbales et non verbales du patient, comme la plainte, le gémissement, la posture, les mimiques, qui constituent en grande partie une fonction de communication avec l'entourage et un élément du diagnostic clinique.

Il n'existe pas une mais des douleurs que l'on peut classer selon:

Le mécanisme physiopathologique:

Nociception, neuropathique ,et psychogène

La durée d'évolution : aiguë ou chronique

Le type de pathologie en cause : maligne ou non

La douleur aiguë est une sensation physiologique normale qui protège les tissus non lésés, limitant l'importance et les conséquences d'une agression.

Provoquée par des agressions comme les petites brûlures, les piqûres ou les pincements, elle est généralement ressentie comme intense, récente, transitoire ; elle disparaît rapidement ou persiste jusqu'à la fin du processus de cicatrisation

La douleur chronique est une sensation anormale qui va induire différents retentissements sur les plans physiques et psychologiques de l'individu constituant un véritable syndrome douloureux chronique qui va évoluer pour son propre compte.

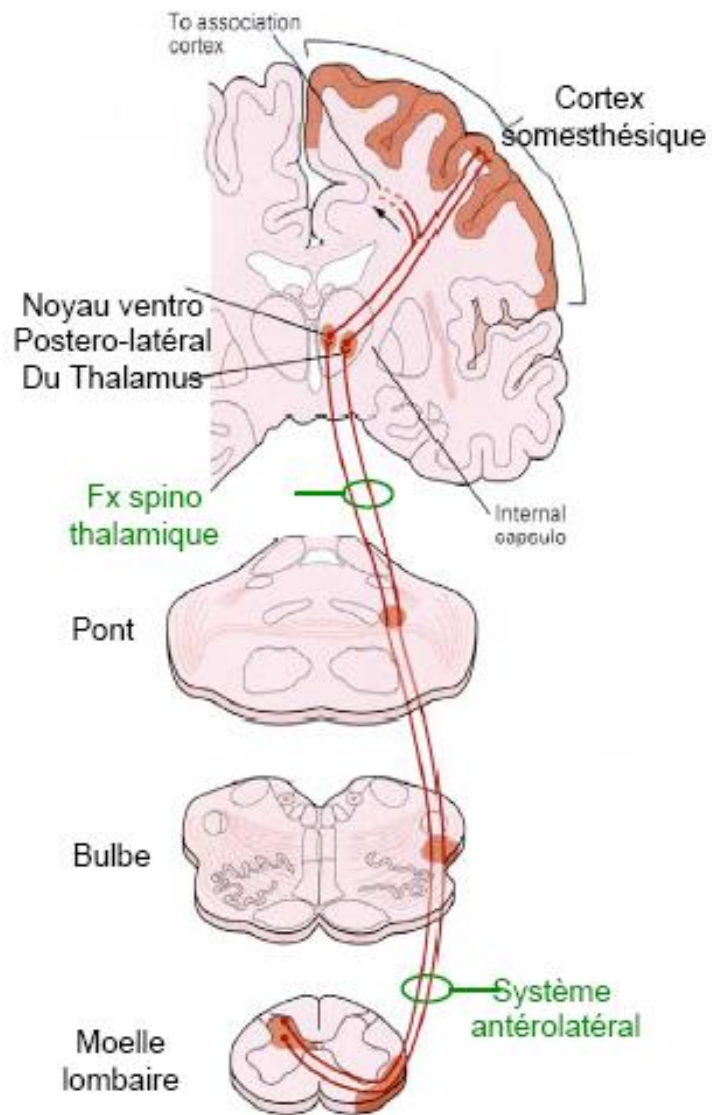
La douleur chronique peut produire des changements périphériques et centraux des structures neuronales. De manière conventionnelle, la limite séparant les douleurs aiguës et chroniques est fixée entre 3 et 6 mois.

A long terme, la douleur chronique est associée à des composantes affectives émotionnelles telles que la dépression.

	Douleur aiguë <i>Signal d'alarme: protectrice</i>	Douleur chronique <i>Maladie: inutile, pas de fonction</i>
Mécanisme générateur	Unifactoriel	Plurifactoriel
Aspects Évolutifs	Transitoire	Permanente, récurrente, répétitive
Réactions végétatives	Tachycardie, polypnée, sueurs, mydriase	Entretien d'un cercle vicieux
Retentissement Psychologique	Anxiété	Dépression
Objectif thérapeutique	Curatif	Pluridimensionnel (somato-psycho-social)

*Différences et caractéristiques entre les douleurs aiguë et chronique
(D'après Langlade et al., 2001)*

La voie spino-thalamique ou néospinothalamique



La douleur

Aigue (< 3 mois)

Symptôme

« Alerte » du corps

- Douleurs brutales:
- Douleurs provoquées ou induites
- Poussées douloureuses

Chronique (> 3 mois)

Handicapante, Inutile responsable ,

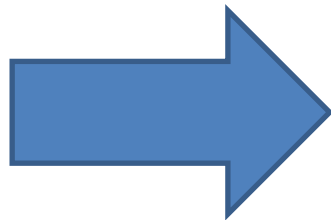
- **Anorexie**
- **Dénutrition**
- **Dépression**
- **Perte d'autonomie**
- **Troubles du sommeil**

Y penser si changement de comportement:

- Refus de se lever
- Refus de marcher
- Refus de communiquer
- Refus de tout soin
- Refus de s'alimenter
- Repli sur soi
- Agressivité / agitation
- Modification du sommeil

Evaluer, pourquoi et quand?

- Pour le patient :
 - Mieux traiter pour soulager
 - Limiter les troubles comportementaux
 - Amélioration de la qualité de vie
- Pour le personnel soignant :
 - Meilleure communication
 - Meilleure participation aux soins de la personne âgée.



A l'entrée, Régulièrement (cf. protocole local)
Si changement de comportement
Au moindre doute
Réévaluer régulièrement

- « *La seule douleur supportable, c'est celle des autres* » René Leriche.
- L'évaluation de la douleur doit être un objectif prioritaire des équipes de soins.

L'évaluation de la douleur

- Il subsiste cependant des réticences à l'utilisation systématique des outils d'évaluation, liées entre autres aux représentations des professionnels de santé.
- L'évaluation tente de rendre objectif ce qui est éminemment subjectif.
- D'entrée de jeu, le débat est ouvert.
- Pourquoi faudrait-il objectiver le subjectif ?
Comment se soustraire à l'inévitable part de subjectivité ?

L'évaluation de la douleur

- D'une part, le principe est de donner la parole aux patients, de croire ce qu'ils disent ; d'autre part, la tentation de penser que, compte tenu de notre expérience professionnelle, nous savons mieux que les patients comment et combien ils ont mal.
- Il est souvent difficile dans sa pratique professionnelle d'accepter que la douleur est « ce que le patient en dit », parole vraie, parole à croire, mais trop souvent remise en question.
- Suspicion : « il dit...mais il exagère », tentation du « moi en tant que soignant, je connais bien cette pathologie, je sais ».

L'évaluation de la douleur

La tentation que nous avons est de vouloir interpréter la douleur du patient, d'y mettre notre propre point de vue, en fait ce qui pour nous fonctionne comme un repère sécurisant face à cette douleur qui échappe et qui met en échec nos tentatives pour la maîtriser.

L'évaluation de la douleur

- Le choix des outils nécessite un travail au sein de l'équipe pluridisciplinaire.
- Il s'agira ensuite pour chaque professionnel d'utiliser cet outil.

Ce sont dans un premier temps les inconvénients de l'utilisation des outils qui seront les plus apparents :

- Charge de travail supplémentaire.
- Difficulté d' « entendre » ce que dit le malade.
- Nécessité de modifier l'organisation des soins.
- De faire preuve de constance, de rigueur et de méthode dans l'utilisation des outils.
- Nécessité d'intégrer dans les relevés de surveillance une rubrique concernant l'évaluation de la douleur.

Dans un second temps, les aspects positifs de la mise en œuvre de cette procédure apparaîtront :

- Qualité des échanges avec les patients.
- Satisfaction de la mise en œuvre des moyens de prévention et de soulagement de la douleur.
- Satisfaction d'être acteur du rôle propre infirmier et d'avoir une zone d'autonomie.
- Satisfaction de pouvoir partager avec d'autres équipes les richesses de l'expérience.
- Satisfaction d'être en phase avec les objectifs fixés et de voir disparaître la « langue de bois ».

Le projet de dépistage de la douleur est un défi important pour une équipe de soins.

POURQUOI EVALUER LA DOULEUR ?

L'aspect réglementaire :

Décret de compétence n° 2004-802 du 29 juillet 2004 correspondant aux parties IV et V du code de la Santé Publique relatif à l'exercice de la profession d'infirmier.

- **La circulaire du 6 Mai 1995 relative aux droits des malades hospitalisé.**
 - Qui stipule qu' « au cours de ces traitements et ces soins, la prise en compte de la dimension douloureuse, physique et psychologique des patients et le soulagement de la souffrance doivent être une préoccupation constante de tous les intervenants... »
- **La Loi du 14 Mars 2002.**
 - « ...toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée... »
- **Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010.**

L'IMPORTANCE POUR LE SOIGNANT D'ÉVALUER

- **Valeur relationnelle très importante.**
- **L'évaluation doit être systématique** comme la Tension Artérielle ou le Pouls.
- Auto-évaluation ou hétéro-évaluation : **formation de toute l'équipe soignante.** Le choix de l'échelle est moins important que la réalisation d'une évaluation et de sa traçabilité.
- **L'hétéro-évaluation sous estime toujours la douleur du patient.**

« Croire en la douleur de l'autre, c'est déjà être thérapeutique »

DEMARCHE DIAGNOSTIQUE DEVANT UNE DOULEUR

L'interrogatoire : quel que soit le site de la douleur, l'interrogatoire doit préciser au moins **6 caractéristiques**:

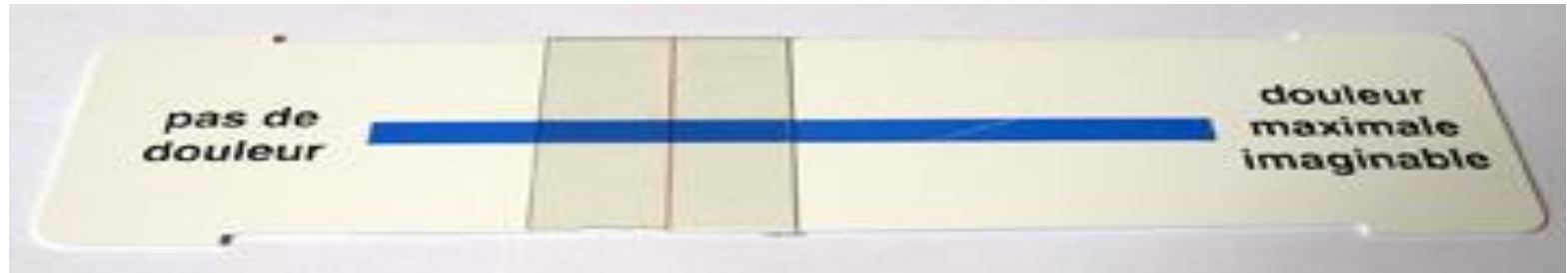
- 1. Le délai d'apparition de la douleur.**
Circonstances : maladie, traumatisme, accident...
- 2. La topographie de la douleur.**
Le siège de la douleur.
- 3. La description de la douleur.**
Listes de mots décrivant la douleur (élancement, fourmillement, brûlures, décharges électriques).
- 4. Histoire de la douleur et histoire de vie.**
Permet au patient de livrer des éléments plus personnels sur lui-même.
- 5. Les facteurs d'aggravation et de sédation.**
Liés à une posture, un traitement, un contexte social, professionnel, familial...
- 6. Les AVQ, les loisirs des patients.**

COMMENT EVALUER LA **DOULEUR?**

L'AUTO-EVALUATION : mesure de l'intensité de la douleur

- **Différentes échelles**, utilisées directement par le patient, se proposent **d'apprécier globalement l'intensité de la douleur ou son soulagement**.
- Elles ne donnent **pas d'informations sur la nature** de la plainte douloureuse, **ni de comparaison** inter-individuelle.
- Elles identifient les patients qui ont **besoin d'un traitement**.
- Intérêt dans le **suivi et les protocoles antalgiques**

EVA : échelle visuelle analogique



- Huskinsson Lancet 1974.
- Simple d'utilisation : **transformation en chiffre du ressenti douloureux.**
- 5 à 7 % des patients ne peuvent l'utiliser.
- **Outil de référence**, validée++.
- EVA = standard en DPO, douleur aiguë, douleur chronique.

EN : échelle numérique

- Elle permet au patient de donner une note de 0 à 10 (ou 0 à 100).
- La note 0 est définie par « douleur absente » et la note maximale par « douleur maximale imaginable » par exemple.
- Avantages/ Inconvénients : la plus simple, sans support, compréhensible.
- EN = préférée en urgence.

EVS : échelle verbale simplifiée

- L'EVS, dans sa présentation usuelle, est constituée de 5 catégories ordonnées de descripteurs.
- A chaque catégorie, un score correspondant est affecté (de 0 à 4).
- **EVS utilisée si problèmes de compréhension.**
- Douleur au moment présent :
 - 0 Nulle**
 - 1 Faible**
 - 2 Modérée**
 - 3 Intense**
 - 4 Extrêmement intense**

L'HETERO-EVALUATION : évaluation comportementale adulte

- Basée sur le **comportement douloureux**.
- Mesure la douleur d'une personne ne se trouvant pas en mesure de s'auto-évaluer de manière fiable.
- Permet de **suivre l'évolution de la douleur** en fonction de la prise en charge et en fonction du score indiqué.

Echelle DOLOPLUS

- Echelle qui comporte **10 items répartis en 3 groupes** : retentissement **somatique, psychomoteur, psychosocial**.
- Chaque item est coté de 0 à 3.
- Un score supérieur ou égal à **5/30 signale une douleur**.
- Formation, à faire 2 fois/jour.

Echelle comportementale de la douleur chez la personne âgée : Echelle Doloplus- 2

OBSERVATION COMPORTEMENTALE		Dates			
RETENTISSEMENT SOMATIQUE					
1. Plaintes somatiques	• Pas de plainte	0	0	0	0
	• Plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• Plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2
	• Plaintes spontanées continues	3	3	3	3
2. Positions antalgiques au repos	• Pas de position antalgique	0	0	0	0
	• Le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1
	• Position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2
	• Position antalgique permanente inefficace	3	3	3	3
3. Protection des zones douloureuses	• Pas de protection	0	0	0	0
	• Protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1	1
	• Protection à la sollicitation empêchant tout examen ou les soins	2	2	2	2
	• Protection au repos, en l'absence de toute sollicitation ..	3	3	3	3
4. Mimique	• Mimique habituelle	0	0	0	0
	• Mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation ..	1	1	1	1
	• Mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2
	• Mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle	3	3	3	3
5. Sommeil	• Sommeil habituel	0	0	0	0
	• Difficultés d'endormissement	1	1	1	1
	• Réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2	2
	• Insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3

Echelle comportementale de la douleur chez la personne âgée : Echelle Doloplus- 2

OBSERVATION COMPORTEMENTALE		Dates			
RETENTISSEMENT PSYCHO-MOTEUR					
6. Toilette et/ou habillage	• Possibilités habituelles inchangées.....	0	0	0	0
	• Possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet).....	1	1	1	1
	• Possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2	2
	• Toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative.....	3	3	3	3
7. Mouvements	• Possibilités habituelles inchangées.....	0	0	0	0
	• Possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche, ...).....	1	1	1	1
	• Possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade évite ses mouvements).....	2	2	2	2
	• Mouvements impossibles, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3

Echelle comportementale de la douleur chez la personne âgée : Echelle Doloplus- 2

RETENTISSEMENT PSYCHO-SOCIAL					
8. Communication	• Inchangée.....	0	0	0	0
	• Intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1
	• Diminuée (la personne s'isole).....	2	2	2	2
	• Absence ou refus de toute communication	3	3	3	3
9. Vie sociale	• Participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques)	0	0	0	0
	• Participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• Refus partiel de participation aux différentes activités ...	2	2	2	2
	• Refus de toute vie sociale.....	3	3	3	3
10. Troubles du comportement	• Comportement habituel.....	0	0	0	0
	• Troubles du comportement à la sollicitation itératifs	1	1	1	1
	• Troubles du comportement à la sollicitation permanents	2	2	2	2
	• Troubles du comportement permanents (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3
Copyright	SCORE				

ECPA : échelle comportementale chez la personne âgée

- Echelle qui comprend **8 items avec 5 modalités de réponses** cotées de 0 à 4.
- Questionnaire (mimique, position, mouvement) avant et après les soins et douleur provoquée.
- Un score égal ou supérieur à **4 = Traitement**.
- Formation, à faire 2 fois/jour.

Echelle ECPA

Nom : Prénom : Service : Date :	SCORE TOTAL (sur 32) :
--	------------------------

Score sur 32

4 items avant les soins (situation habituelle)

1. expression du visage
2. position spontanée au repos
3. mobilité de la PA (hors et dans le lit)
4. relation à autrui

Chaque item est coté de 0 à 4

ECPA: Echelle comportementale de la personne âgée(suite):

I OBSERVATION AVANT LES SOINS

1° Expression du visage : REGARD et MIMIQUE

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

2° POSITION SPONTANEE au repos

(recherche d'une attitude ou d'une position antalgique)

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

* : se référer aux jours précédents

** : ou prostration

N.B. : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle

3° MOUVEMENTS (ou MOBILITE) du patient

(hors et/ou dans le lit)

- 0 : Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude*
- 1 : Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements
- 2 : Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude*
- 3 : Immobilité contrairement à son habitude*
- 4 : Rareté des mouvements** ou forte agitation, contrairement à son habitude*

4° RELATION A AUTRUI

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

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

ECPA: Echelle comportementale de la personne âgée (suite):

II OBSERVATION PENDANT LES SOINS

5° Anticipation **ANXIEUSE** aux soins

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

6° Réactions pendant la **MOBILISATION**

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

7° Réactions pendant les **SOINS** des **ZONES DOULOUREUSES**

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

8° **PLAINTES** exprimées **PENDANT** les soins

- 0 : Le sujet ne se plaint pas
- 1 : Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui
- 2 : Le sujet se plaint en présence du soignant
- 3 : Le sujet gémit ou pleure silencieusement dès qu'on le soigne
- 4 : Le sujet crie ou se plaint violemment dès qu'on le soigne

ALGOPLUS

- Echelle d'évaluation de la douleur aiguë.
- Comprend **5 items** : visage, regard, plaintes orales, corps, comportement.
- Un score seuil égal ou supérieur à **2** = **Traitement.**

MESURE DE LA DIMENSION PSYCHOLOGIQUE

Echelle du retentissement émotionnel : HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale)

- **Evaluer la composante anxieuse ou dépressive de la symptomatologie douloureuse chronique.**
- Echelle de 14 questions : 7 (anxiété) 7 (dépression).
- **Pour chaque série de questions**, le patient soulignera la réponse qui exprime le mieux **ce qu'il a éprouvé** au cours de la semaine qui vient de s'écouler.
- Chaque réponse est cotée de 0 à 3.
- Les **notes de dépression** se situent dans la première colonne(**D**).
- Les **notes de l'anxiété** se situent dans la deuxième colonne (**A**).
- **Plus le score est élevé plus le patient est anxieux ou dépressif.**
- Baisse du fonctionnement physique et social = score anxiété élevé.
- Asthénie associée avec score dépression élevé.

ECHELLES HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale)

Exemple: Auto-questionnaire **HAD** de **Zigmond et Snaith** (1983): 14 items, 7 d'anxiété (A), 7 de dépression (D)

(A) 01. Je me sens tendu ou énervé

(D) 02. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

(A) 03. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

(D) 04. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

(A) 05. Je me fais du souci

(D) 06. Je suis de bonne humeur

(A) 07. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté

(D) 08. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

(A) 09. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

(D) 10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

(A) 11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

(D) 12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

(A) 13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

(D) 14. Je peux prendre plaisir à un bon livre, une bonne émission de radio ou de TV

Douleur et autisme (TSA)

ÉCHELLE FLACC : Face Legs Activity Cry Consolability

Élaborée pour mesurer la douleur de la personne handicapée de 0 à 18 ans – *[Items modifiés écrits en italique entre crochets]*

Chaque item est coté de 0 à 2

Score de 0 à 10

		Date					
		Heure					
VISAGE	0 Pas d'expression particulière ou sourire 1 Grimace ou froncement occasionnel des sourcils, retrait, désintéressé <i>[semble triste ou inquiet]</i> 2 Froncements fréquents à permanents des sourcils, mâchoires serrées, tremblement du menton <i>[visage affligé ; expression d'effroi ou de panique]</i>						
JAMBES	0 Position habituelle ou détendue 1 Gêné, agité, tendu <i>[trémulations occasionnelles]</i> 2 Coups de pieds ou jambes recroquevillées <i>[augmentation marquée de la spasticité, trémulations ou sursauts permanents]</i>						
ACTIVITÉ	0 Allongé calmement, en position habituelle, bouge facilement 1 Se tortille, se balance d'avant en arrière, est tendu <i>[moyennement agité (ex. : bouge sa tête d'avant en arrière, agressif) ; respiration superficielle, saccadée, soupirs intermittents]</i> 2 Arc-bouté, figé, ou sursaute <i>[agitation sévère, se cogne la tête, tremblement (non rigide) ; retient sa respiration, halète ou inspire profondément ; respiration saccadée importante]</i>						
CRIS	0 Pas de cris (éveillé ou endormi) 1 Gémissements ou pleurs, plainte occasionnelle <i>[explosion verbale ou grognement occasionnel]</i> 2 Pleurs ou cris constants, hurlements ou sanglots, plaintes fréquentes <i>[explosion verbale répétée ou grognement constant]</i>						
CONSOLABILITÉ	0 Content, détendu 1 Rassuré occasionnellement par le toucher, l'étreinte ou la parole. Peut être distrait 2 Difficile à consoler ou à reconforter <i>[repousse le soignant, s'oppose aux soins ou aux gestes de confort]</i>						
SCORE TOTAL							
OBSERVATIONS							

EVALUATION DE LA DOULEUR **CHEZ L'ENFANT**

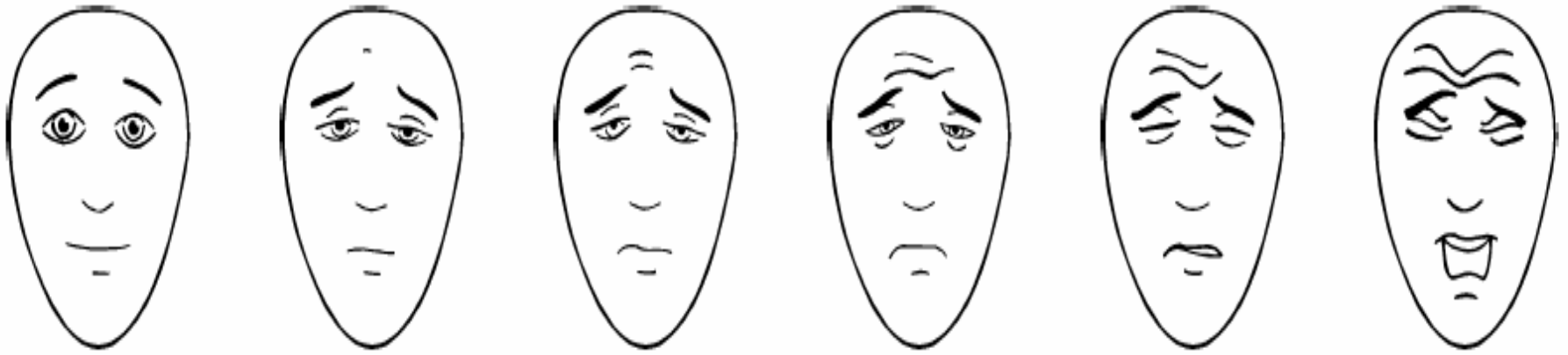
LES ECHELLES D'AUTO-EVALUATION

- **EVA (échelle visuelle analogique).**
- **EN (échelle numérique).**
- **EVS (échelle verbale simple).**

FACES PAIN SCALE-REVISED

- Permet de compléter les échelles numériques et d'observer le comportement de l'enfant.
- L'enfant doit choisir le visage qui correspond le plus à ce qu'il **éprouve sur le moment**.
- **Quel visage exprime le mieux la douleur que tu ressens ?**
- Les visages correspondent de gauche à droite à « 0 = pas mal du tout » et « 10 = très très mal ».

Echelle des visages



ECHELLE SAN SALVADOUR : ECHELLE DOULEUR ENFANT HANDICAPE

- Echelle qui permet **d'évaluer les patients polyhandicapés.**
- La grille est couplée à un dossier de base composé de 10 questions décrivant le comportement habituel du patient.
- Ces **informations sont obtenues** soit **auprès des parents de l'enfant**, soit **auprès de la personne s'occupant habituellement de l'enfant.**
- A partir de **6**, la douleur est certaine, **il faut traiter.**
- - A partir de **2**, il y a un **doute.**

Dossier de base

- ITEM 1 : L'enfant crie-t-il de façon habituelle ? Si oui, dans quelles circonstances ?
..... Pleure-t-il parfois ? Si oui, pour quelles raisons ?
.....
- ITEM 2 : Existe -t-il des réactions motrices habituelles lorsqu'on le touche ou le manipule ?
Si oui, lesquelles (sursaut, accès tonique, trémulations, agitation, évitement) ?
.....
- ITEM 3 : L'enfant est-il habituellement souriant ? Son visage est-il expressif ?
.....
- ITEM 4 : Est-il capable de se protéger avec les mains ? Si oui, a-t-il tendance à le faire lorsqu'on le touche ?
.....
- ITEM 5 : S'exprime-t-il par des gémissements ? Si oui, dans quelles circonstances ?
.....
- ITEM 6 : S'intéresse-t-il à l'environnement ? Si oui, le fait-il spontanément ou doit-il être sollicité ?
.....
- ITEM 7 : Ses raideurs sont-elles gênantes dans la vie quotidienne ?
Si oui, dans quelles circonstances (donner des exemples)
.....
- ITEM 8 : Est-ce qu'il communique avec l'adulte ? Si oui, recherche-t-il le contact ou faut-il le solliciter ?
.....
- ITEM 9 : A-t-il une motricité spontanée ? Si oui, s'agit-il de mouvements volontaires, de mouvements incoordonnés, d'un syndrome choréoathétosique ou de mouvements réflexes ?
.....
- ITEM 10 : Quelle est sa position de confort habituelle ?
Est-ce qu'il tolère bien la posture assise ?
.....

Echelle San Salvador 1/2

Echelle Douleur Enfant San Salvador

pour évaluer la douleur de l'enfant polyhandicapé

Score de 0 à 40, seuil de traitement 6

[illegible]

Echelle San Salvador 2/2

ITEM 6 : Intérêt pour l'environnement (s'intéresse spontanément à l'animation ou aux objets qui l'environnent) 0 : Se manifeste comme d'habitude 1 : Semble moins intéressé que d'habitude 2 : Baisse de l'intérêt, doit être sollicité 3 : Désintérêt total, ne réagit pas aux sollicitations 4 : Etat de prostration tout à fait inhabituel. Cet ITEM est non pertinent lorsqu'il n'existe aucun intérêt pour l'environnement																				
ITEM 7 : Accentuation des troubles du tonus (augmentation des raideurs, des trémulations, spasmes en hyper extension) 0 : Manifestations habituelles 1 : Semble plus raide que d'habitude 2 : Accentuation des raideurs lors des manipulations ou des gestes potentiellement douloureux 3 : Même signe que 1 et 2 avec mimique douloureuse 4 : Même signe que 1, 2 ou 3 avec cris et pleurs																				
ITEM 8 : Capacité à interagir avec l'adulte (communique par le regard, la mimique ou les vocalises à son initiative ou lorsqu'il est sollicité) 0 : Se manifeste comme d'habitude 1 : Semble moins impliqué dans la relation 2 : Difficultés inhabituelles pour établir un contact 3 : Refus inhabituel de tout contact 4 : Retrait inhabituel dans une indifférence totale. Cet ITEM est non pertinent lorsqu'il n'existe aucune possibilité de communication																				
ITEM 9 : Accentuation des mouvements spontanés (motricité volontaire ou non, coordonnée ou non, mouvements choréiques, athétosiques, au niveau des membres ou de l'étage céphalique...) 0 : Manifestations habituelles 1 : Recrudescence possible des mouvements spontanés 2 : Etat d'agitation inhabituel 3 : Même signe que 1 ou 2 avec mimique douloureuse 4 : Même signe que 1, 2 ou 3 avec cris et pleurs																				
ITEM 10 : Attitude antalgique spontanée (recherche active d'une posture inhabituelle qui semble soulager) ou repérée par le soignant 0 : Position de confort habituelle 1 : Semble moins à l'aise dans cette posture 2 : Certaines postures ne sont plus tolérées 3 : Soulagé par une posture inhabituelle 4 : Aucune posture ne semble soulager Cet ITEM est non pertinent chez le sujet incapable de contrôler sa posture																				
TOTAL																				

ECHELLE DE MESURE DE L'INTENSITE DE SOULAGEMENT DE LA DOULEUR

Trois échelles sont proposées. **La réponse à une seule suffit.**

- **Echelle 1 : Echelle Visuelle Analogique**
 - Pas de soulagement.....Soulagement maximal.
- **Echelle 2 : Echelle Numérique**
 - Pas de soulagement 0% 10% 20% 30% 40% à 100% Soulagement maximal.
- **Echelle 3 : Echelle Verbale Simple**
 - Soulagement
 - Nul
 - Faible
 - Important
 - Complet

AGENDA DE LA DOULEUR

- **Recommandé +++.**
- EVA.
- Efficacité médicamenteuse.
- **Commentaires du patient.**

EN CONCLUSION

« S'occuper des douloureux est douloureux, et nous ne sommes jamais de trop à se sentir concernés »

- **Accueillir la plainte**
- **Croire le patient.**
- **L'écouter.**
- **Dissiper ses angoisses.**
- **Evaluer, accompagner, et réévaluer.**

Mais pourquoi est ce si difficile d'évaluer la douleur ?

Problématique de la représentation de la
douleur elle n'est pas palpable

C'est subjectif ,croire l'autre

*Le meilleur médecin est celui qui a eu
toutes les maladies*

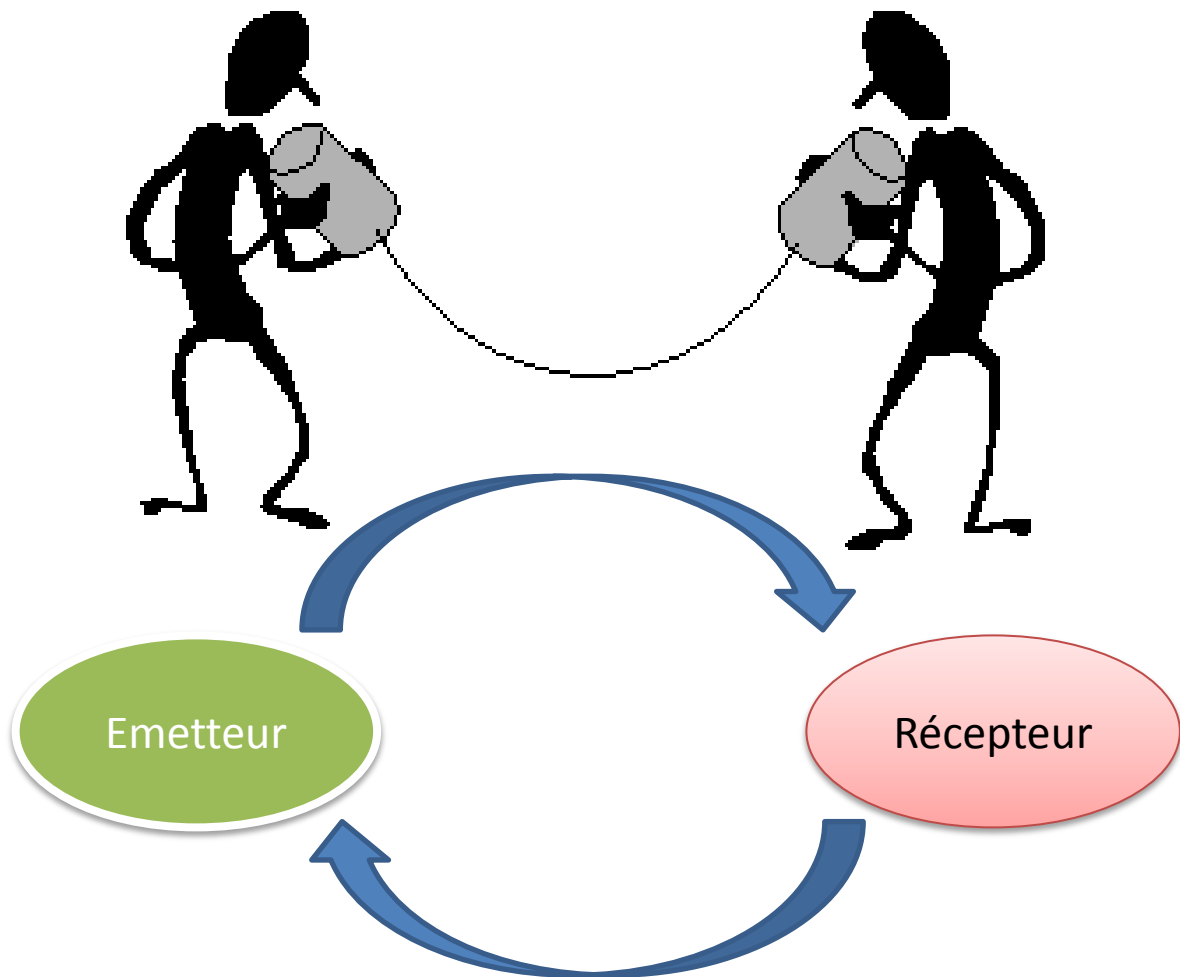
Mais pourquoi
est ce si
difficile
d'évaluer la
douleur ?



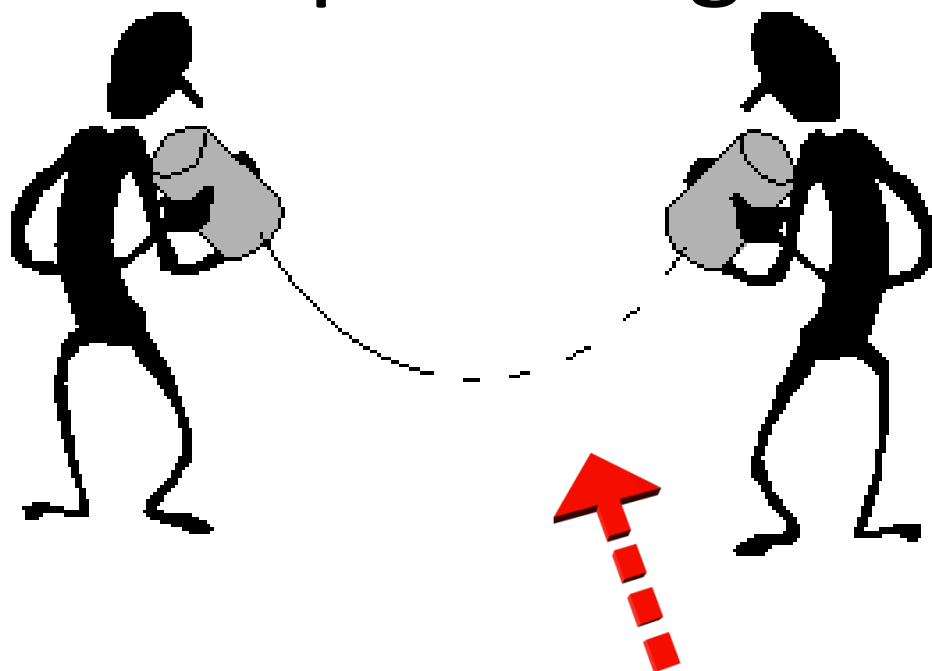
Factuel++



La com

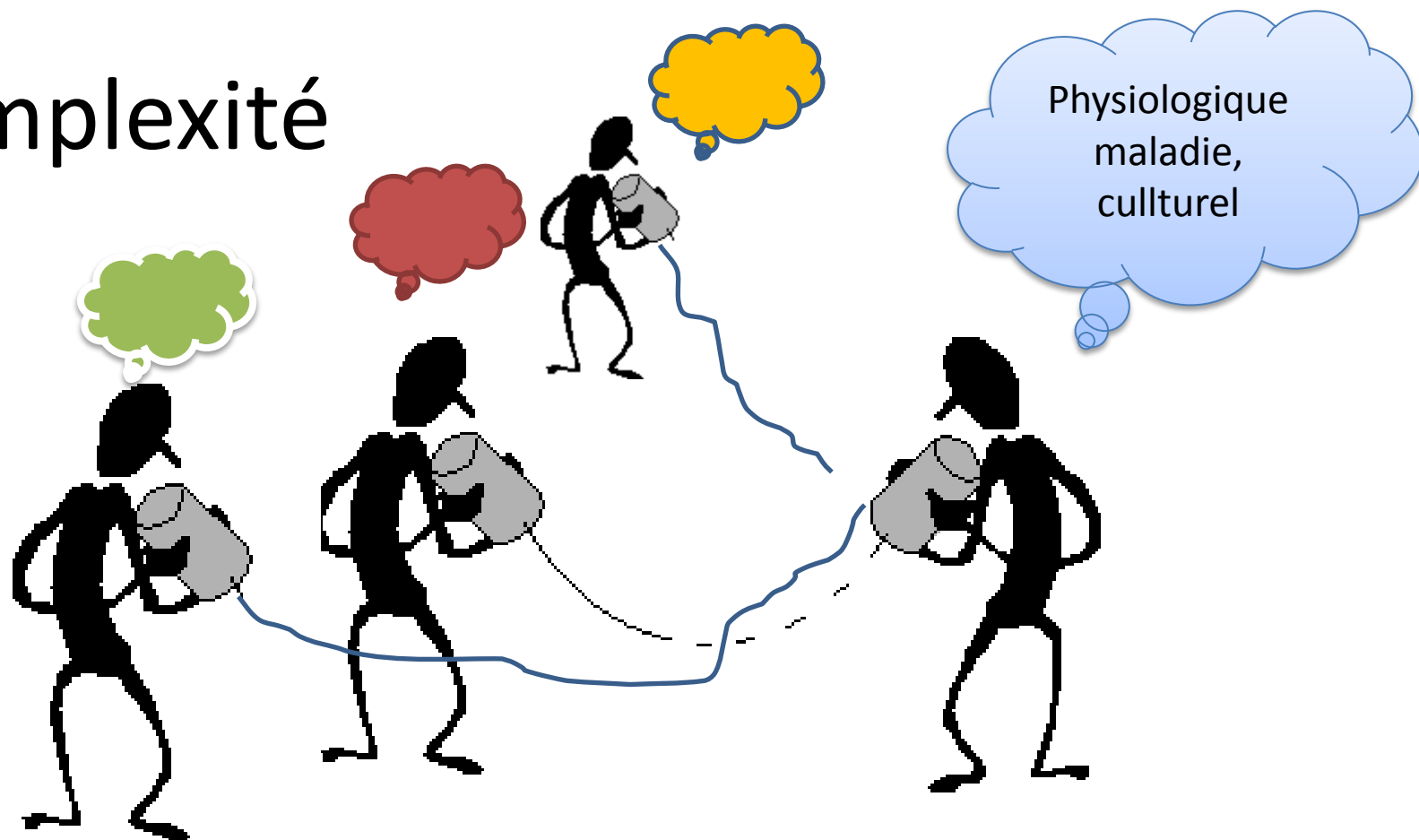


Le parasitage



Physiologique
maladie, culturel

Complexité



La communication verbale et non verbale

Le langage du corps est le seul qui soit sincère

Un message compte

7% de paroles

38% d'intonations

55% de langage gestuel

Communication non verbale et problématique à la douleur

La distance physique

L'expression faciale

Le contact des yeux

Le contact physique

La posture

Les gestes

l'apparence

Les

odeurs

La distance physique proxémique



La distance physique proxémique



L'expression faciale

Joie

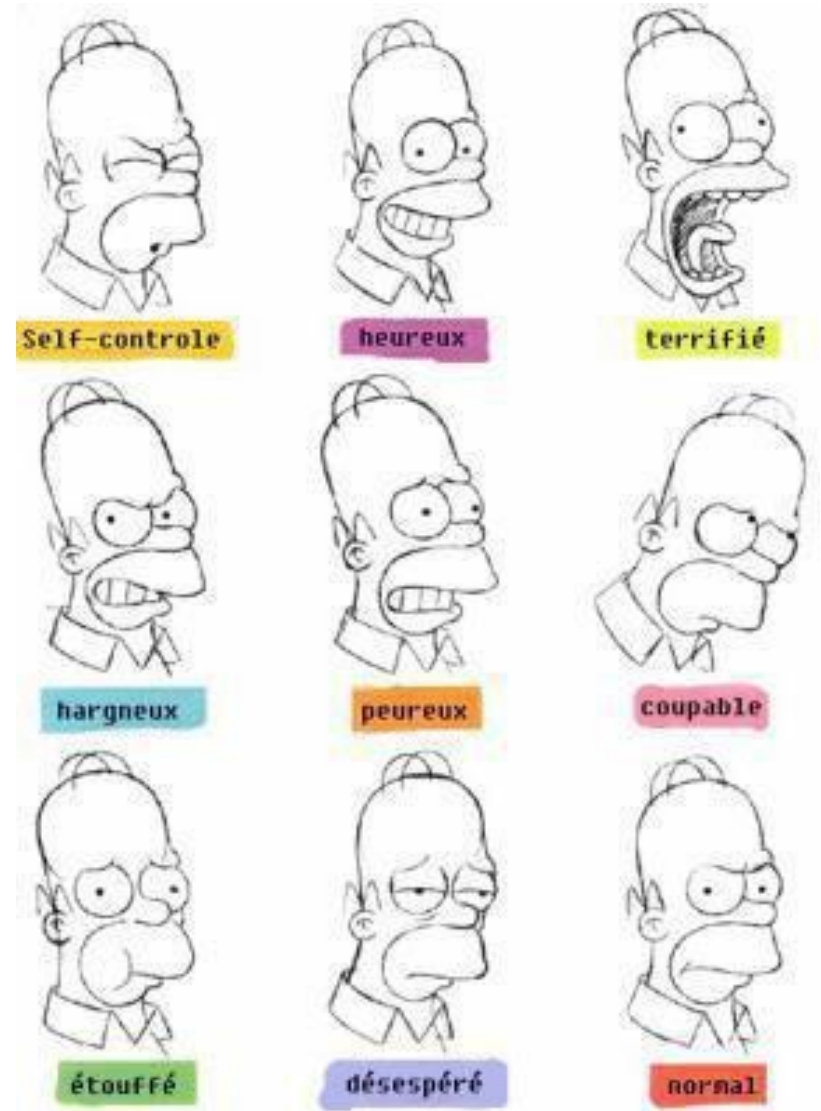
Tristesse

Surprise

Peur

Colère

et dégoût



ISOLEMENT

Equipe
médicale

Famille



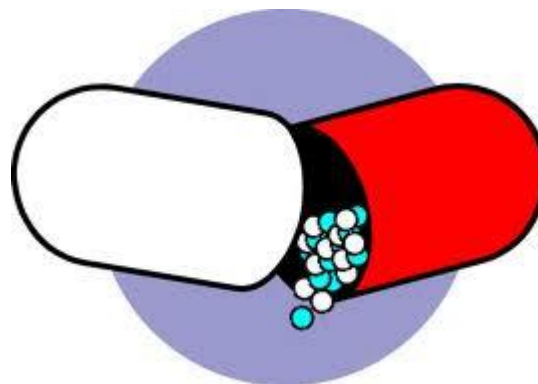
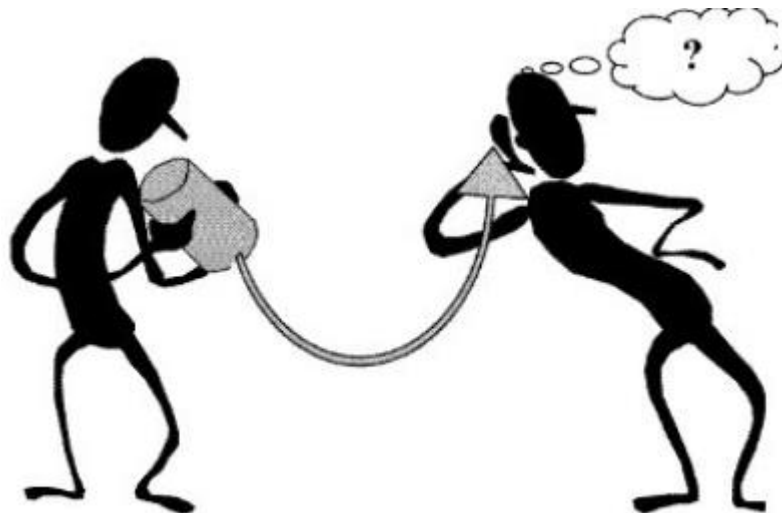
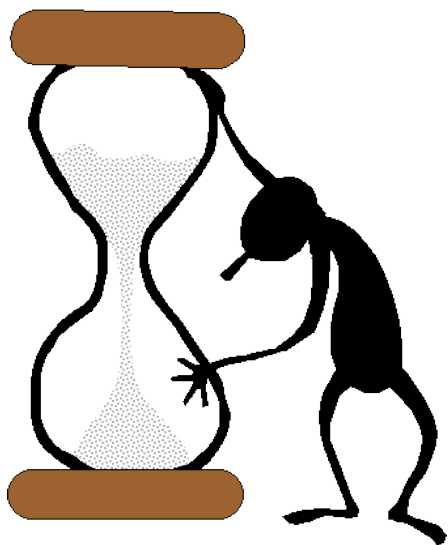
Relations
autres

Equipe
sociale

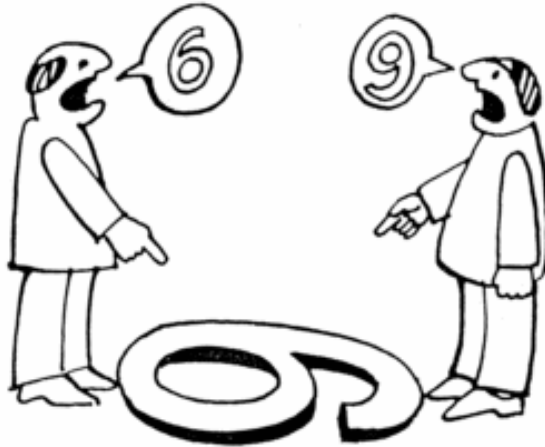
Former pour mieux communiquer
pour mieux comprendre
et évaluer la plainte douloureuse



Temps /écoute /évaluation et traitement



L'empathie



Empathie
spontanée

Empathie
difficile

Comprendre le monde du patient
comme s'il était le vôtre, sans
jamais oublier **la qualité de
comme si**
Carl Rogers

Douleur et suicide

En France

Suicide: 11 000 décès/an en
France(3H/1F)

Première cause de mortalité chez
les 15-35 ans(>AVP)

Les tentatives de suicide sont des
FDR de suicide

160 000 TS/an (2F/1H)

Un A320/tous les 5 jours



- Aux USA
- Chaque année aux États-Unis, plus de 34.000 personnes meurent par suicide, et plus de 376.000 personnes sont vus à l'urgence avec des blessures auto-infligées
- [www.cdc.gov / blessures / wisqars / index.html](http://www.cdc.gov/blessures/wisqars/index.html)

Dans un échantillon de 1 512 patients souffrant de douleur chronique, 32% ont déclaré avoir des idées suicidaires

Pain-related catastrophizing as a risk factor for suicidal ideation in chronic

Dr Nicole KY Tang ,Dr Catherine CRANE ont réalisé une revue de la littérature ils montrent que le risque de suicide réussi a été doublée chez les patients souffrant de douleurs chroniques par rapport aux patients témoins dépressifs mais non-douloureux.

Quels sont les FDR au suicide chez les patients souffrant de douleurs chroniques ?

Les antécédents familiaux de suicide, tentative de suicide, le sexe (féminin), et la présence d'une dépression.

Les facteurs de risque spécifiques liés au symptôme douleur inclus son emplacement (bas du dos et les douleurs généralisées +++)

Le type de douleur par exemple

La migraine avec aura présente un risque plus élevé que la migraine sans aura, de même que les douleurs abdominales chroniques versus les douleurs de type neuropathique.

Intensité élevée de la douleur

La durée de cette douleur associée à des insomnies

D'autres études retiennent la place des troubles du sommeil et du catastrophisme comme éléments catalyseurs à engendrer des idées suicidaires chez les patients douloureux chroniques.

Martin D. Cheatle, Clinical insomnia is quite prevalent in patients with chronic pain

Les facteurs de risque suicidaires majeurs à retenir

- ✓ l'âge (> 45 ans),
- ✓ le sexe (féminin),
- ✓ dépendance à l'alcool,
- ✓ les tentatives de suicide antérieures,
- ✓ et l'histoire des hospitalisations psychiatriques.
- ✓ D'autres facteurs pertinents comprennent la fréquence des idées suicidaires,
- ✓ le faible réseau de soutien social,
- ✓ le chômage, le divorce,
- ✓ une maladie chronique,
- ✓ la gravité des troubles psychiatriques

« Sad Persons »

mise au point par Patterson, Dohn, Bird Echelle d'évaluation du risque suicidaire

- 1- homme = 1pt
- 2- âge < 19ans ou > 45 ans = 1pt
- 3- déprimé ou désespéré = 2 pts
- 4- A T C D de TS = 1 pt
- 5- Éthylisme, abus substances actuel = 1 pt
- 6- Jugement détérioré par psychose ou confusion = 2pts
- 7- séparé, divorcé ou vie isolée = 1pt
- 8- intention exprimée de se suicider ou geste planifié = 2pts
- 9- pas de lien social significatif = 1pt
- 10- incapacité de garantir ses gestes ultérieurs = 2pts

Score

Faible 0-4

Moyen 5-9

Elevé 10-14

Score Faible 0 – 4 ; Score Moyen 5 – 9 ; Score élevé 10 - 14

un score de 3 ou 4 devrait inciter les cliniciens à surveiller de très près l'état du patient, un score de 5 ou 6 devrait les inciter à « envisager fortement l'hospitalisation », alors qu'un score de 7 à 10 nécessite une hospitalisation pour évaluation plus poussée.

En pratique

Le repérage du potentiel suicidaire dépend surtout du fait que la question soit abordée en consultation.

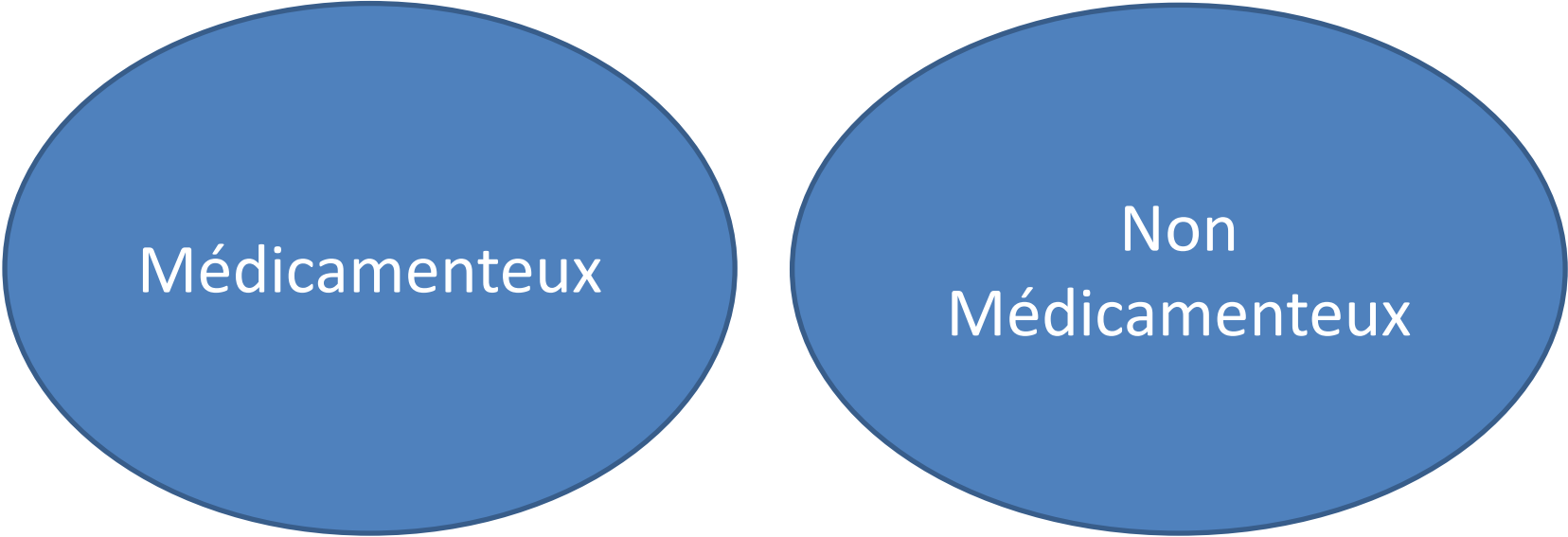
Le fait d'aborder le thème du suicide n'augmente pas le risque de passage à l'acte.

Et les familles dans tout cela !

Selon un proverbe chinois ; « Quand tout va bien on peut compter sur les autres, quand tout va mal on ne peut compter que sur sa famille

Quand elle existe

Les traitements



Médicamenteux

Non
Médicamenteux

Les traitements médicamenteux

- 1 Les antalgiques non opioïdes
- 2 les opioïdes
- 3 Les coanalgésiques
- 4 les spécifiques

Les traitements non médicamenteux

Physiothérapie
US haut fréquence
TENS
Cryothérapie
Hypnose
Relaxation
sophrologie

Kinésithérapie
Osteopathie
Acupuncture
Equithérapie
rTMS
Arthérapie
Pleine conscience

Centre antidouleur Saint Jean Dieu

- Algologue
- Psychiatres
- Infirmier(e)s douleur
- Ostéopathe
- Psychomotricienne
- Psychologue
- Médecin somaticien (hypnose)
- Rhumatologue
- Neurologue

Prises en charge:

Evaluation
psychiatrique
Evaluation
psychologique
Soins IDE

Hôpital de jour :

■ Prise en charge groupale

Photo langage
Psychocorporelle
Wii
Equithérapie
Relaxation
Mindfulness

■ Prise en charge individuelle

Hypnose
Touché massage
RTMS

Les 10 principes de base dans la prise en charge de la douleur chronique

Il faut un temps suffisant pour
comprendre et apprendre le
malade douloureux



1

Il faut établir une clinique de la douleur

Douleur par excès de nociception

Douleur neurogène

Douleur psychogène



2

Il faut choisir les méthodes et les médicaments
par ordre de puissance croissante



3

Il faut associer les moyens thérapeutiques

A blue circle with a black outline and a slight gradient, containing the black number 4 in the center.

4

La régularité des suivis médicaux et
l'observance des techniques antalgiques sont
les conditions d'un éventuel soulagement



5

Il faut faire du temps un allié.



6

Il faut prévenir, et si possible neutraliser les conséquences néfastes des médicaments et des techniques thérapeutiques.



7

Accompagner et rester à l'écoute du
malade douloureux chronique

A blue circle with a black number 8 inside, likely indicating a page number or a point in a sequence.

8

Il faut remettre régulièrement en cause le plus souvent possible avec une grande humilité le diagnostic initial



9

Savoir accepter un échec

10

Merci de votre écoute

Dr Eric Bismuth

Douleur et polyhandicap

Sandrine Brocot-Delpech
Psychomotricienne
MAS Soleil (Soucieu-en-Jarrest) - Adapei 69

Petite chronique du quotidien...

PREAMBULE

Petite chronique du quotidien...

Je vais avoir 32 ans.

Normalement, je devais être comme vous, valide.

Les neuf mois de grossesse s'étaient bien passés, mais voilà, la vie en a décidé autrement.

L'accouchement s'est mal déroulé, mon cerveau a manqué d'oxygène...

Les lésions sont irréversibles et me voici cloué dans un corset-siège à ne rien pouvoir faire, à ne pas pouvoir bouger, à ne pas pouvoir parler même si, pour ma part, j'ai un langage intérieur.

Je suis un grand paralysé cérébral, un POLY-HANDICAPE ...comme si qu'handicapé tout court cela ne suffisait pas .

Si personne ne s'occupait de moi au quotidien, pour me nourrir, me laver, me raccrocher au monde du vivant, je ne vivrais pas bien longtemps livré à moi-même.

PREAMBULE

Petite chronique du quotidien...

J'ai mal dormi cette nuit : installé dans ma mousse de positionnement pour ne pas que ma hanche droite se luxe, j'ai eu mal au dos.

Le bain de ce matin m'a fait du bien mais, assis dans mon corset-siège, j'ai la sensation de glisser ; cette fichue sangle de bassin n'est pas assez serrée : je ne suis plus assis au fond et je me sens partir .

Je fais 34 kilos, autant dire que j'ai la peau sur les os ; mal positionné, je sens le point d'appui sous mes fesses, c'est plutôt aiguë comme douleur, comme une banderille... Je commence à me tendre et à transpirer. Mes bras partent en triple flexion, ma tête commence à échapper sur le côté, ma langue s'active avec des mouvements de protrusion... je bave... j'en bave. Vive les suées froides et la spasticité.

En plus, cela m'énerve car je ne peux rien faire. Tout mon corps m'échappe.

Vite, que quelqu'un me voit , entende que rien ne va plus pour moi.

Ah, des pas se rapprochent, une voix familière, ca y est, on va venir m'aider.

1- QUELQUES REGARDS SUR...

- 1.1 Le polyhandicap
- 1.2 La douleur
- 1.3 La question de la douleur dans le cadre du polyhandicap

2- LES SITUATIONS ET CONTEXTES A RISQUES

- 2.1 La triade tonus /émotions/postures ou quand le corps ne répond plus de manière adéquate
- 2.2 Les manutentions
- 2.3 Les installations

3- QUELLE EVALUATION POSSIBLE DE LA DOULEUR DANS UN CONTEXTE DE POLYHANDICAP ?

4- CONCLUSION

LE POLYHANDICAP

- Il existe plusieurs définitions mais on peut retenir que **le polyhandicap est un handicap grave, avec des étiologies multiples, qui entraîne des situations de vie particulières du fait de l'extrême dépendance.**
- Le polyhandicap a pour conséquences des **atteintes de la motricité, des fonctions perceptives et cognitives ainsi que des troubles de la relation à l'environnement.**
- Le facteur commun est une **grande vulnérabilité, tant physique que psychique.**

LA DOULEUR

- La douleur est une **sensation consciente, subjective, avec un seuil de tolérance différent d'un individu à l'autre** : ce mécanisme peut être comparé à un signal d'alarme permettant de détecter, percevoir et réagir à des stimulations nociceptives.
- Elle nécessite la conservation de l'intégrité corporelle et des systèmes sensoriels.

Exemple : les nocicepteurs peuvent être activés sans qu'il y ait douleur : des émotions fortes ou un stress intense peuvent augmenter ou diminuer, voire supprimer une sensation douloureuse.

LA QUESTION DE LA DOULEUR DANS LE CADRE DU POLYHANDICAP

La dépendance extrême de la personne polyhandicapée est marquée par :

- les altérations neuromotrices, orthopédiques et neuropsychologiques (mémoire, langage, troubles attentionnels)
- la résurgence d'angoisses archaïques qui vient perturber, brouiller les capacités à situer la douleur, l'identifier, la laisser émerger

La question de la conscience corporelle est centrale auprès de personnes polyhandicapées : il est nécessaire de s'interroger sur le degré de perturbation de leurs capacités à discriminer, distinguer la localisation et interpréter la caractéristique des différents stimuli nociceptifs .

Le traitement de l'information sensorielle reste complexe compte-tenu des atteintes neurologiques ; en plus, ces personnes sont bien souvent privées de moyens d'expression.

...Comment signifier la douleur quand le langage verbal est absent, quand son corps n'est qu'un carcan moteur ?

LES SITUATIONS ET CONTEXTES À RISQUE

LA TRIADE TONUS/ÉMOTIONS/POSTURES, OU QUAND LE CORPS NE RÉPOND PLUS DE MANIÈRE ADÉQUATE

Les troubles de la régulation tonique sont indissociables du polyhandicap : ils sont liés à l'atteinte neurologique et s'expriment de manière variable non seulement d'un individu à l'autre mais également au cours de la journée.

Par exemple, la spasticité peut être augmentée en cas de douleur (cutanée, articulaire, autre..) du fait de l'épine irritative générée mais elle peut être elle-même source douleur pour le résident.

Il n'est pas rare de voir certains résidents trempés à force de contractures et partant dans des schèmes pathologiques dont ils ne peuvent s'extraire.

LES SITUATIONS ET CONTEXTES À RISQUE

LA TRIADE TONUS/ÉMOTIONS/POSTURES, OU QUAND LE CORPS NE RÉPOND PLUS DE MANIÈRE ADÉQUATE

- Les mouvements anormaux, difficilement contrôlables par le sujet lui-même, viennent parfois aussi mobiliser en force des articulations usées, luxées ou arthrosiques.

- Les hanches, avec les subluxations, de même que les rotules, et les genoux sont très fréquemment décrites comme douloureuses et sièges de déformations liées aux déficits musculaires.

Les enraidissements, les flexums et autres déformations représentent dans la prise en charge quotidienne des points à interroger sans cesse en termes de douleur.

LES SITUATIONS ET CONTEXTES À RISQUE

LES MANUTENTIONS

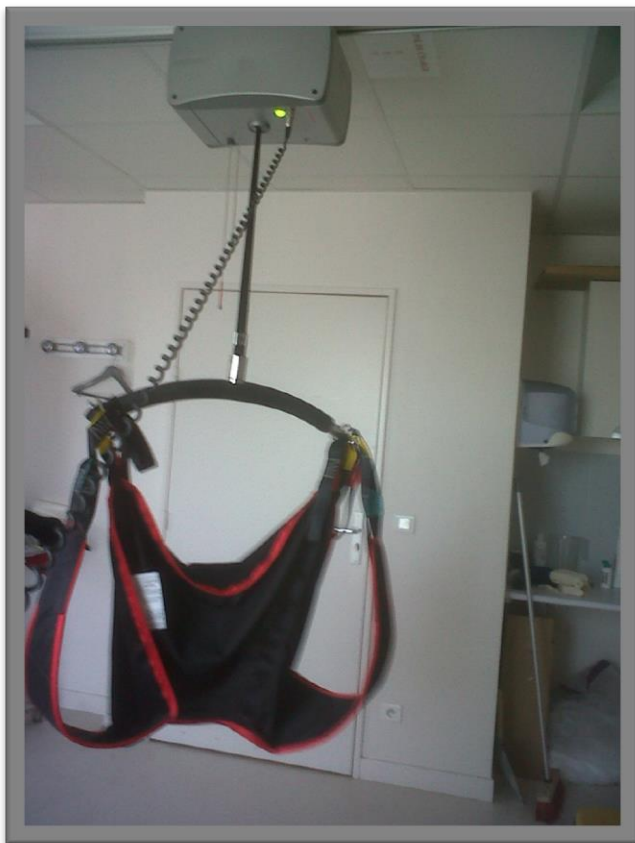
- Les manutentions, les changements de positions, le passage du lit au fauteuil, et inversement, constituent des moments d'écoute et d'observations particuliers car tout changement de position peut être potentiellement douloureux.

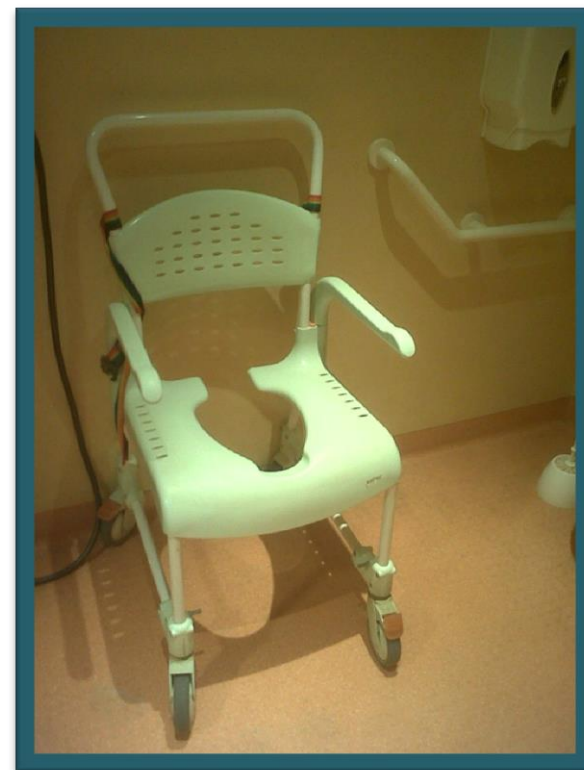
- Il est nécessaire de toujours verbaliser l'action avant de toucher et d'agir physiquement. La préparation et la représentation de l'acte permettent de ne pas surprendre la personne et de ne pas déclencher des réactions tonico-motrices liées à l'effet de surprise .

Par exemple, un membre trop rapidement mobilisé peut provoquer des clonies avec une majoration de la spasticité et de vives douleurs , un flexum de coude ou de genou trop vite étiré peut devenir une véritable torture.

- La prise en charge à deux accompagnants sur les temps de toilette permet les manutentions plus douces , notamment pour les retournements latéraux.

- Tous ces signes et réactions particulières doivent être décryptés en permanence. Il s'agit d'un travail de tous les instants, d'où une grande sensibilisation et un accompagnement rapproché par les équipes (AMP, AS) sur les unités de vie;





LES SITUATIONS ET CONTEXTES À RISQUE

LES INSTALLATIONS

En raison des troubles de la statique et du tonus, la personne porteuse de polyhandicap est la majeure partie du temps appareillée pour être installée en station assise en fauteuil roulant.

De nombreuses annexes corporelles la maintiennent et la soutiennent : corset-siège moulé, orthèses (tronc, membre, OTN), chaussures orthopédiques.

- **Les installations**, que cela soit au fauteuil ou au lit ou sur un podium avec matelas style « Loftbag », représentent des facteurs à prendre impérativement en compte tout au long de la journée de part les répercussions au niveau de la statique rachidienne (hyperlordose, cyphose, scoliose), et donc de l'équilibre assis et du confort.

- Les schèmes en hyperextension, glissement en rétro ou antéversion du bassin sont à surveiller en priorité. Les réactions associées en triple flexion sont nombreuses au quotidien et traduisent souvent un problème d'installation.







QUELLE EVALUATION POSSIBLE DE LA DOULEUR DANS UN CONTEXTE DE POLYHANDICAP ?

- L'évaluation n'est pas toujours facile à réaliser car la douleur peut avoir différentes causes et composantes en fonction de la nature du handicap.

- Différentes échelles sont utilisables mais le choix reste assujéti à la possibilité de la personne polyhandicapée à communiquer .

Par exemple, pour l'EVA , les troubles visuo-spatiaux (nystagmus, strabisme, décrochage) et les troubles attentionnels viennent perturber son utilisation.

QUELLE EVALUATION POSSIBLE DE LA DOULEUR DANS UN CONTEXTE DE POLYHANDICAP ?

- **L'interrogation directe par des questions fermées** (réponse verbale oui/non ou par code) de la personne qui est en capacité de comprendre demeure parmi le moyen le plus utilisé avec un travail de description (localisation par inventaire corporel avec guidance tactile ou pas /intensité/nature) et verbalisation de la part du soignant.
- **Pour les personnes non communicantes, la prise en compte des signes directs physiques**, constitue la base de notre regard et représentent autant d'indicateurs:
 - Atonie ou agitation psychomotrice
 - Troubles comportementaux
 - Signaux d'alerte : pleurs, cris, expressions du visage , sommeil, tonus musculaire inhabituel

QUELLE EVALUATION POSSIBLE DE LA DOULEUR DANS UN CONTEXTE DE POLYHANDICAP ?

Notre démarche au quotidien est une sorte de « regard sous la loupe », car nous sommes bien souvent dans l'imperceptible : le travail au long court et la très bonne connaissance des résidents et leurs pathologies sont des facteurs de sécurité en termes de dépistage de phénomènes douloureux.

Notre pratique en MAS auprès de personnes polyhandicapées est indissociable des effets et conséquences produits par le handicap et il est important de veiller à la prévention de situations qui peuvent surajouter de la douleur dans un contexte d'atteintes très lourdes sur le plan neuro-orthopédique.

Il n'est pas possible d'enlever totalement la douleur et la souffrance, mais par contre il est envisageable de la panser/penser et d'élaborer ensemble un accompagnement de qualité : l'écoute, la reconnaissance et la prise en compte de l'état de la personne polyhandicapée à chaque instant demeure un premier pas dans la prise en charge de la douleur avec un maillage transdisciplinaire.

La ré-interrogation de nos observations doit être permanente et il s'agit d'un travail dans la durée, sur des années, étayé par une dose immense d'humilité et de respect.

Douleur et autisme, le défi de la prise en charge

Docteur Chaigne
Médecin généraliste intervenant
auprès de personnes avec autisme
au sein de l'Adapei 69



CONSTAT DE SANTÉ DES PERSONNES AVEC TSA AU NIVEAU NATIONAL

Mortalité d'ensemble des malades mentaux élevée (2004) :

- Personne handicapée vivant à domicile et hospitalisée :
4 fois plus de risque de décès/ personne valide
- Personne handicapée vivant en institution et hospitalisée :
10 fois plus de risque de décès/ personne valide

Espérance de vie des personnes avec autisme (2010) :
moins 4 ans / population générale

RECOMMANDATIONS HAS ET ANESM

Mars 2012

«La sollicitation d'un avis médical à la recherche d'une cause somatique en cas de changement brutal ou inexpliqué de comportement et la prescription d'un traitement en cas de douleur, d'épilepsie ou de co-morbidités somatiques actuellement sous-diagnostiquées sont recommandées»

« Les personnes avec autisme bénéficient trop rarement de bilans médicaux sérieux, approfondis et réguliers.

Leur comportement rend souvent difficile l'examen médical. Pour autant, il n'y a pas suffisamment de rigueur de la part des professionnels en ce domaine.

La prise en charge médicale d'une personne autiste est une obligation déontologique autant qu'une évidence scientifique »

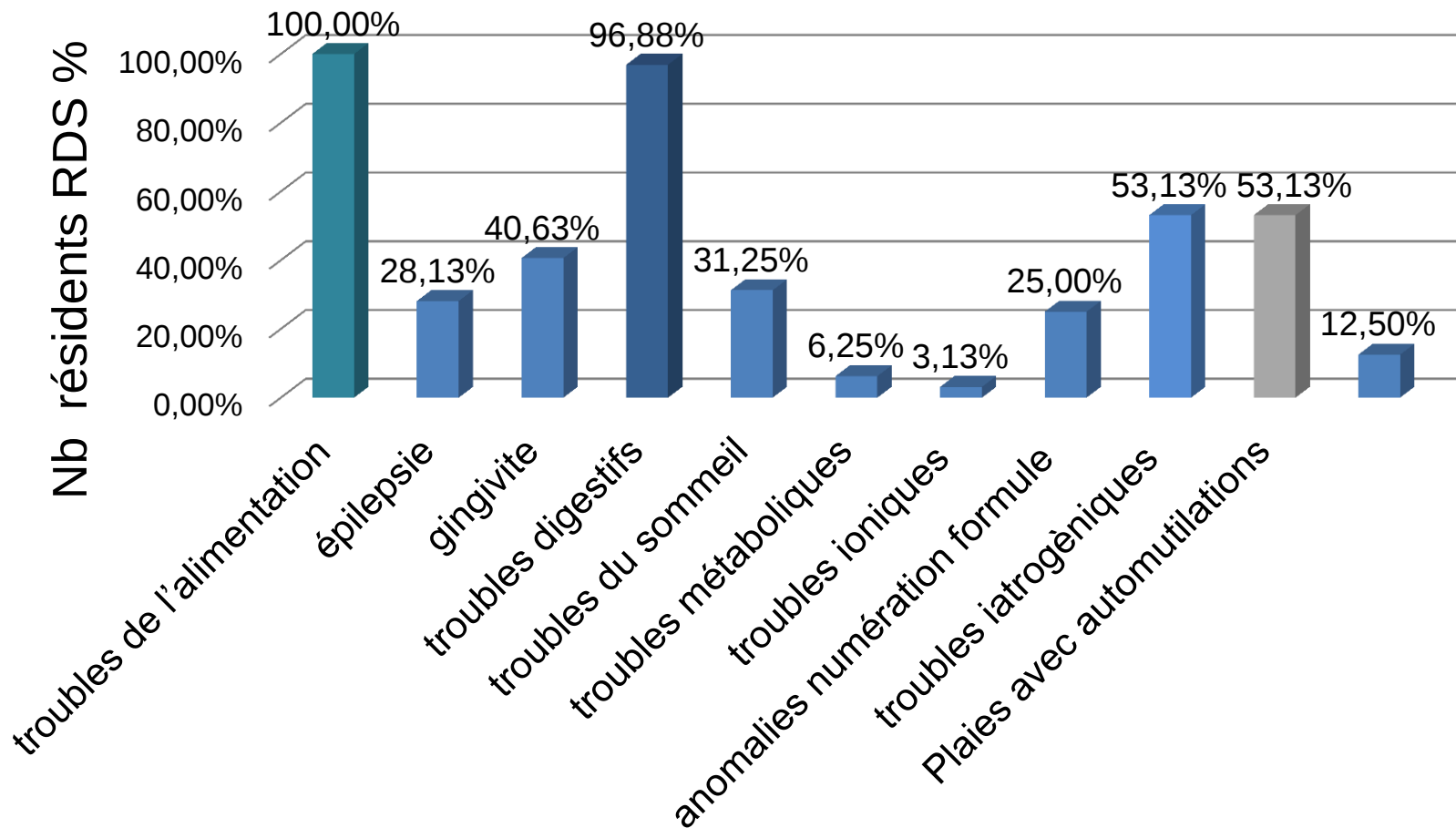
Dr Saravane - mai 2014

LES PRINCIPALES PATHOLOGIES SOMATIQUES

L'exemple d'un FAM pour jeunes adultes autistes.

Une répartition des pathologies superposable à la revue de la littérature.

Pathologies - La RDS



DOULEUR : DÉFINITION

- Phénomène somatique intense, persistant, signal d'un dysfonctionnement ou d'une altération d'un organe ou d'un système physiologique
- Type de signal : sensation désagréable, malaise ou algique

DOULEUR ET AUTISME : 4 QUESTIONS

Les personnes avec autisme:

- ressentent-elles la douleur ou sont-elles insensibles à la douleur ?
- les troubles du comportement traduisent-ils la douleur ?
- les auto-mutilations : signes de la douleur ?
- comment peut-on évaluer la douleur ?

AUTISME ET DOULEUR : PERCEPTION DIFFERENTE

**Théories et recherches
(théorie des opioïdes de Tordjman et Al, études des mimiques faciales...)**

HYPOTHESE :

Parfois, dissociation paradoxale dans l'autisme :

- absence de réponses comportementales de réactivité à la douleur
- absence d'expression émotionnelle
- absence de réflexe de retrait (ex de l'avant bras à la
- pique)
- réponses neuro- végétatives importantes: tachycardie réactionnelle à la pique , augmentation du taux de noradrénaline plasmatique par rapport au témoin

L'absence de composante d'expression de la douleur ne signifie pas qu'il ne ressent pas la douleur

PERCEPTION DE LA DOULEUR

HYPOTHESES:

l'apparente analgésie observée est moins en rapport avec une réelle analgésie endogène qu'en rapport avec les troubles autistiques :

- trouble de la communication verbale et non verbale
- trouble de l'image du corps
- trouble de la symbolisation

« Je ressens un truc bizarre dans mon corps. C'est très désagréable, ou, j'ai très mal. Je ne sais pas d'où cela vient. Parfois, je ne sais même pas ce que c'est d'avoir mal. Et si j'ai mal, bien souvent, je ne peux pas le dire »

TROUBLES DU COMPORTEMENT – AUTOMUTILATIONS : DOULEURS ?

Situations cliniques

- Bénédicte : TDC +++ : douleurs dentaires
- Paul-André : torsions des mains : Mycose buccale
- Stéphane : Crevasses pieds et déambulation ++ ou
- Jacques : dls du genou idem
- Cyndie : douleurs lors de l'examen d'un tympan et TDC à l'examen suivant

COMMENT ÊTRE SHERLOCK HOLMES ?



Démarche diagnostique du médecin

- Interrogatoire
- Examen clinique
- Hypothèses diagnostiques
- Diagnostic
- Prise en charge thérapeutique

LES MOYENS DE DETECTION

Situations cliniques

- Nécessité de connaissance de l'histoire médicale de la personne : ,
entretien avec les parents, la famille, traçabilité histoire médicale
- Nécessité de l'habituatation à l'examen clinique
- Nécessité de RECUEIL et de TRANSMISSION des informations des
professionnels au contact direct avec les personnes souffrant d'autisme
- **Nécessité du systématisme de la question en tout premier
lieu : DOULEUR ??**

Liste des documents à fournir - Exemple

Dossier administratif

- Attestation de mutuelle à jour
- Carte vitale
- Copie attestation sécurité sociale à jour
- Attestation de responsabilité civile en cours de validité
- Autorisation de droit à l'image remplie
- L'autorisation de traitement dûment remplie
- L'autorisation d'ouverture de courrier dûment remplie
- Photocopie de la notification d'attribution de la « Prestation de Compensation du Handicap »
- Date d'échéance de votre carte de stationnement si vous en possédez une
- Copie de la notification AAH
- Carnet de route
- Contrat de séjour
- Copie carte d'identité ou acte de naissance
- Copie jugement de tutelle
- Copie carte d'allocataire CAF

Liste des documents à fournir - Exemple

Dossier médical

- **Diagnostic d'admission** avec le contexte dans lequel il a été réalisé ou un dossier d'évaluation du diagnostic
- **Antécédents principaux** : médicaux, chirurgicaux et psychiatriques du résident ainsi que les antécédents familiaux
- **Dossier médical des consultations réalisées** (en institution ou par le médecin traitant référent) ou un courrier médical éventuellement édité par le médecin traitant
- **Synthèse médicale** (anamnèse) incluant le contexte social actuel (parents ensembles, séparés, décédés...)
- **Quels spécialistes ont été vus**, pourquoi et quand (ophtalmologue, gynécologue, neurologue...)
- **Bilans psychologiques et orthophoniques** éventuels (COM-VOOR...)
- Photocopie du **carnet de vaccinations**
- **Allergies** connues et/ou intolérances médicamenteuses
- Un **bilan sanguin** datant de moins de 2 mois comprenant :
NFS, CRP, TSH, Gamma GT, SGOT, SGPT, Ionogramme complet, cholestérol total, HDL, LDL, Glycémie (si diabète faire en plus HbA1C)
Sérologie HIV, TPHA, VDRL, hépatite B et C (si vaccin préalable pour hépatite B ne faire que la sérologie hépatite C + faire titrage des Anticorps anti HBS)
Vitamine D (attention non remboursé)
- **Dernière ordonnance** en cours de validité

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE		
NOM : PRENOM : NE(E) LE : UNITE : ETAGE : Langue : Religion : Coordonnées tuteur : Personnes à prévenir : Personnes prévenues : ☐ OUI ☐ NON		
MEDECINS	MEDECIN REFERENT : PSYCHIATRE PRESCRIPTEUR : MEDECIN SUR L'ETABLISSEMENT :	
TRANSFERT	MOTIF :	
	MODE DE TRANSFERT : ☐ Ambulances ☐ Pompiers ☐ SAMU ☐ Véhicules ADAPEI	
DERNIERES SURVEILLANCES LE/...../.....	Poids :	Tension artérielle :
	Taille :	Pulsations :
	IMC :	Traitements donnés à :
	Température :	Repas pris à :

☐ Carte vitale ☐ Carte mutuelle ☐ Carte d'identité ☐ Courrier médecin ☐ Autorisation d'opérer	☐ Ordonnances ☐ Radiographies ☐ Bilans sanguins ☐ Carte de groupe sanguin
--	--

DATE	INITIALES	POSTE	SIGNATURE
INFORMATIONS MEDICALES			
NATURE DU HANDICAP			
ANTECEDENTS			
GROUPE SANGUIN			
ANTECEDENTS TRANSFUSIONS	☐ OUI ☐ NON Si oui quand ? Suivi transfusion ?		
ANTECEDENTS CHIRURGICAUX ANESTHESIE GENERALE			
VACCINS			
ALLERGIES/INTOLERANCES /EFFETS PARADOXAUX			
CAPACITES SENSORIELS	Audition	☐ Bonne ☐ Moyenne ☐ Mauvaise ☐ Surdité	☐ Avec prothèses ☐ Droite ☐ Gauche ☐ Autre
	Vision	☐ Excellente ☐ Moyenne ☐ Mauvaise ☐ Non voyant	☐ Avec lunettes ☐ Autre
ETAT DES DENTS	☐ Edent�� ☐ Moyen ☐ Mauvais ☐ Bon		☐ Aucun appareillage ☐ Appareillage en bas ☐ Appareillage en haut ☐ Les deux
DERNIERS EXAMENS	Bilan sanguin		Le ____/____/2014
	Consultation gynécologique		Le ____/____/2014
	☐ Frotti ☐ Echographie		Le ____/____/2014
	Consultation dentaire		Le ____/____/2014
	Consultation ophtalmologique		Le ____/____/2014
Consultation neurologique		Le ____/____/2014	
RISQUES ET SURVEILLANCES PARTICULIERES			
AUTRES PRISES EN CHARGES			

HABITUDES DE VIE				
(Cocher les cases correspondant à l'état)				
Fait seul totalement, habituellement, correctement, indépendant	FS			
Fait partiellement, guidance		AP		
Ne fait pas, aide totale			AT	
Avec stimulation				S

COMMUNICATION PSYCHIQUE	COMPREHENSION	VERBALE	Mots isolés				
			Phrases simples				
		VISUELLE	Objets				
			Photos				
			Pictogrammes				
	Mots écrits						
	EXPRESSION		VERBALE	Vocalise			
		Mots isolés					
		VISUELLE	Phrases simples				
			Objets				
			Photos				
			Pictogrammes				
			Mots écrits				
		COMPORTEMENT HABITUEL					
		EN CAS DE FRUSTRATION					
EN CAS D'ANGOISSE, D'INQUIETUDE							
EN CAS DE COLERE							
EN CAS DE DOULEUR							
FIABILITE DES PROPOS	☐ Toujours ☐ Parfois ☐ Jamais						

JOURNEE TYPE

LEVER 	
HYGIENE 	
HABILLAGE 	
PETIT DEJEUNER 	
BROSSAGE DES DENTS 	
DEJEUNER 	
BROSSAGE DES DENTS 	
REPOS 	
HYGIENE 	
DINER 	

GRILLES D'OBSERVATION ET D'ANALYSES FONCTIONNELLES : L'ENGAGEMENT DE TOUS

- RECUEILLIR LES INFORMATIONS ET LE QUESTIONNEMENT DES PROFESSIONNELS ET/ OU DE LA FAMILLE
- SE POSER LA QUESTION SYSTEMATIQUE DE LA DOULEUR
- POSER LES DIFFERENTES PISTES DIAGNOSTIQUES
- ETABLIR LES GRILLES, LES REMPLIR, LES ANALYSER
- POSER UNE THERAPEUTIQUE : traitement d'épreuve infirmant ou confirmant l'hypothèse diagnostique
- SUIVRE L'EVOLUTION
- SE REINTERROGER SANS CESSE

UN IMPERATIF ET UN APPRENTISSAGE POUR CHACUN

ÊTRE FACTUEL

- > **Définition** : information qui s'en tient aux faits
- > **Synonyme** : attesté, fidèle
- > **Antonyme** : inobservable, imaginaire

FICHE MEDICALE POUR LE DR CHAIGNE

A rendre à l'infirmière le lundi pour l'organisation des consultations du mardi

Unité LACS

Semaine du mercredi au lundi

Nom et Prénom du résident	Observations
B.....Thomas	
BO.....Valentin	
P.....Ambre	
R..... Suzanne	
S..... Malik	

Evaluation agressivité sous protocole doliprane

[illegible]

Evaluation douleur et troubles du comportement

Date :

Heures	0-1	1-2	2-3	3-4	4-5	5-6	6-7	7-8	8-9	9-10	10-11	11-12	12-13	13-14	14-15	15-16	16-17	17-18	18-19	19-20	20-21	21-22	22-23	23-24
comportement																								
déambulation																								
Cri-vocalise																								
Sauts sur cheville																								
Sauts sur genoux																								
Mange-est à l'affut																								
Protocole d'agitation donné																								
Doliprane donné																								
Pousse fort le professionnel																								
Tentative de mordre																								

Noter

0 : ne fait pas

+: fait de manière isolée

++ : fait plusieurs fois

+++ : fait de façon répétitive

NO : non observé

Evaluation Fonctionnelle

[illegible]

TOUS DES SHERLOCK HOLMES...



QUALITES REQUISES

PATIENCE

PERSEVERANCE

TENACITE

STRATEGIE DES PETITS PAS

SENS DE LA DEMARCHE

En recherchant et en traitant les symptômes des pathologies dont peuvent souffrir les personnes avec TSA, nous pouvons tous contribuer à les libérer d'expériences sensorielles nocives et leur permettre d'être ainsi plus disponible aux accompagnements éducatifs.

«Traitez les gens comme
s'ils étaient ce qu'ils
devraient être et vous les
aiderez à devenir ce qu'ils
peuvent être ». (Goethe)

MERCI DE VOTRE ATTENTION

QUESTIONS ?

SOPHROLOGIE et DOULEUR : une rencontre existentielle

Dominique Raetz, Sophrologue Caycédienne-IDE,
Master spécialiste, Bourg en Bresse
Les Rencontre de l'Adapei du Rhône

« Moi aussi j'ai le droit d'avoir mal »

Ste Foy lès Lyon 24 septembre 2015

domi.raetz@wanadoo.fr

www.sophrologue-mieux-etre-01.com

« C'est l'âme qui doit être traitée en premier lieu avec la plus grande sollicitude pour que le corps s'en trouve soulagé. »

Platon



La Sophrologie, pédagogie existentielle...

... est une science médicale, une méthode originale créée en 1960 par Dr A. Caycedo, neuro-psychiatre colombien.

... est une discipline qui aide chacun, à l'aide d'un entraînement personnel du corps et de l'esprit, à développer une conscience sereine de soi et un mieux-être.

... est basée sur la phénoménologie (Husserl) et inspirée des approches orientales et occidentales de l'être humain.

La Sophrologie

Pratiquée et éprouvée depuis plus de 50 ans elle se définit aujourd'hui comme « une étude de la conscience humaine et des valeurs de l'existence ».

Elle n'est pas une thérapie, mais elle peut avoir des effets thérapeutiques.

Elle est utilisée comme un soin du corps et de l'esprit (médiation psycho-corporelle).

La Sophrologie...

... nous invite à une réflexion sur qui nous sommes, sur nos capacités, nos ressources et nos valeurs.

... nous permet d'agir sur l'équilibre de notre corps, nos sensations, nos émotions, nos perceptions, notre orientation dans le temps et l'espace.

... nous propose des moyens pour nous développer, agir dans le sens d'un « idéal pour soi », dans le respect de nos propres valeurs et de développer une meilleure adaptation au monde réel.

... nous permet de développer notre confiance en soi, notre créativité, d'apaiser nos tensions et de vivre au mieux nos réactions émotionnelles.

La subjectivité

« Ce ne sont pas les évènements qui perturbent les hommes,
mais la façon dont ils les vivent ».

Epictète, philosophe



Conscience et subjectivité

Hors de toute considérations morale ou philosophique, la sophrologie vit **la conscience** comme une dynamique interne. Elle nous permettrait de recueillir, d'accueillir, d'intégrer les phénomènes et de reconstruire sans arrêt notre manière d'être au monde à un moment donné, construisant ainsi notre subjectivité.

La subjectivité est la manière dont un individu est à un instant donné dans le monde, en fonction de son vécu propre.

Elle est un aspect essentiel dans le vécu du patient douloureux chronique.

La phénoménologie

... est l'étude des phénomènes (Husserl, Binswanger).

... est l'appréhension instinctive des choses sans avoir recours à la réflexion, avec suspension du jugement, au-delà de toute rationalisation.

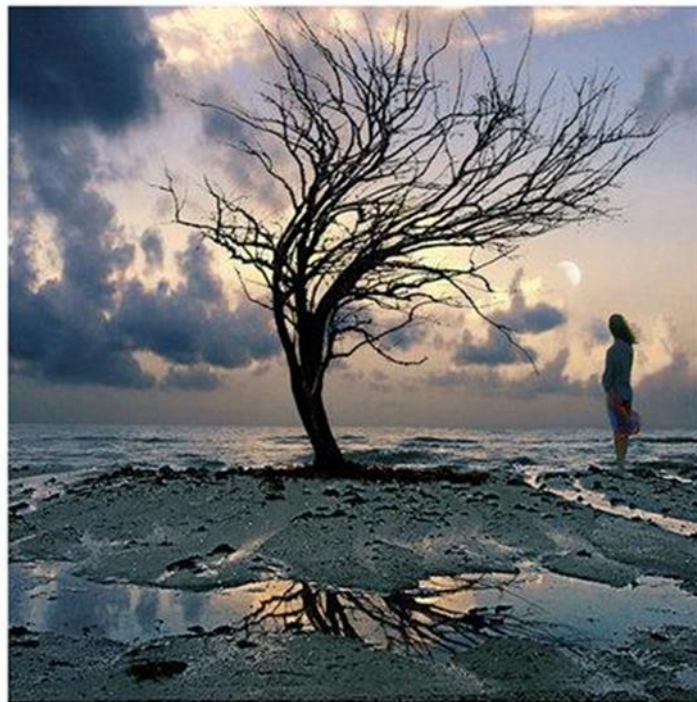
La phénoménologie

... « ce qui apparaît, ce qui est vécu, ce qui est là, ici et maintenant, comme si c'était la première fois ».

... s'oppose au cartésianisme, la mise en doute et la négation systématique des choses.

... est l'« outil de travail » du sophrologue.

Sophrologie et douleur



« Les hommes n'ont pas besoin d'autre chose en ce monde que d'autres hommes capables de faire attention à eux: chose rare, très difficile, c'est presque un miracle. »

Simone Weil



Un axe existentiel

Le principe général est de

Travailler sur la manière dont le sujet vit sa douleur dans le but d'une rééquilibration de l'individu dans son corps physique, affectif et mental.

« Toute action positive sur une partie de la conscience se répercute sur la totalité de l'être. »

Dr. A. Caycédo

Les lignes directives

Prise de conscience de **la corporalité** qui représente, au sens strict, le substrat substantiel de l'ensemble psychophysique de l'individu vivant : le « corps-sujet ».

Renforcer la présence du corps dans la conscience, libérer toutes les sensations ou toutes les tensions corporelles.

Il ne s'agit pas de "voir" le corps mais bien de le sentir ou de le ressentir, d'être attentif aux informations perçues dans les différentes parties du corps.

Se diriger vers une résolution des tensions émotionnelles par la prise de conscience de la dimension anxieuse et anxiogène de la douleur.

Obtenir un effet régulateur sur les fonctions neuro-végétatives.

Les lignes directrices

Un travail sur les ancrages de la maladie dans le corps.

Une transformation du vécu de la situation. douloureuse, la rendre tolérable.

Activer et dynamiser le positif de cette nouvelle situation.

Les lignes directrices

La (re) découverte de capacités.

Un travail sur les émotions.

Permettre de retrouver du confort, du bien-être, du plaisir.

Donner du sens et retrouver de la dignité.

La répétition vivantielle

La répétition vivantielle (entraînement le plus fréquent possible) amène l'intégration de la corporalité dans la conscience.

Etre patient et persévérant, pratiquer en douceur, avec son temps à soi, son instant, ses capacités du moment, celles qui se révèlent à soi.

C'est dans la répétition vivantielle que le corps va se corporaliser (devenir réalité corporelle).

Elle procure un sentiment d'individualité et de responsabilité.

La répétition vivantielle

Demande aussi de changer ses habitudes, prendre du temps, un temps pour soi.

Ne pas être dans le faire mais être dans le ressenti.

Pour favoriser la progression et l'intégration en conscience, chaque séance est enregistrée et mise à disposition du patient (fréquents troubles de l'attention et de la mémoire – âge, médication lourde, pathologies (fibromyalgies)).

La consultation, une rencontre existentielle : comment ça se passe?

Accueil et écoute de la vivance, de la réalité objective et subjective, de la douleur, de la problématique émergente (la douleur n'est pas systématiquement évoquée, surtout pas par moi! Absence délibérée de demande de cotation!).

Mise en évidence et validation de la progression du patient.

Réactualisation de sa demande.

Pratique adaptée à la temporalité et à l'état du patient
(pas de protocoles préétablis).

Dialogue post-sophonique et analyse vivantielle :

> émergence de la capacité ou de la valeur

Passer de l'étant à « l'être »

Merci pour votre attention!

« Le plaisir et la souffrance reposent sur les perceptions sensorielles et la satisfaction intérieure, qui est propre aux humains ».

Tensing Gyatso,
XIV^e Dalai Lama



Vos questions?



domi.raetz@wanadoo.fr

www.sophrologue-mieux-etre-01.com