

LE JOURNAL

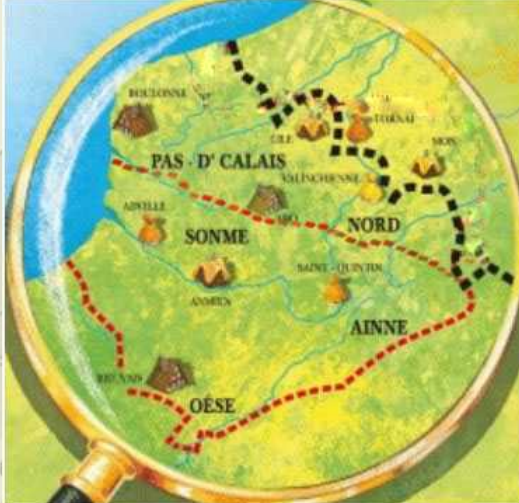
des professionnels
des structures

Douleur de Picardie



Janvier 2012

LA PICARDIE



La région Picardie regroupe administrativement trois départements : Aisne, Oise, Somme. Elle a pour régions limitrophes le Nord-Pas-de-Calais au nord, la Haute-Normandie à l'ouest, l'Île-de-France au sud et la Champagne-Ardenne à l'est. Son chef-lieu est Amiens.

Eùl douleùr cha fét mô !

- Alors m'garchonl, quô c' què ché tin travail ?

- Assiètez vo qu'on cause. Quô c' qu'vo problème ?

- J'ai du mô...

- Du mô ? Et d'pwis quand vo os du mô ?

- "j sais pas. D'pwis...d'pwis à pô preus mai. J' compré pas c'què j'os.Èj sus pas bin.

- Vo avez du mô "M.A.U.X" ou vos avez du mô "M.O.T"?

- Du mô !?...AHhhh! eùj compré mieus. Ché cha tin mécheu ! cha d'vwo ète bougrémét intèrèssant. Et ben m'fieu, èj' craw ben qu't'os réson. Cha d'vwo ète cha. M'fieu j'm'in vos t' faire d'eùl rèclame, crwa më.

Le picard est une langue transfrontalière. Cette "Picardie linguistique" s'étend sur une partie importante du Hainaut et sur les régions Picardie et Nord – Pas de Calais, là où on parle de "ch'timi" ou de rouchi" (Valenciennes). Ce "domaine linguistique picard" est cerné par des zones où l'on parle le flamand (y compris en France comme à Dunkerque), le wallon, le champenois, le normand.

Le picard est une langue d'oïl avec pour origine le latin populaire sur un fond gaulois, le tout influencé par des parlers germaniques des envahisseurs francs. Le 1er texte rédigé en picard est La cantilène de Sainte Eulalie composée au IXe siècle. Autre texte célèbre : celui de Li Gieus de Robin et de Marion d'Adam de la Halle. Une des chansons les plus connues en picard est le "P'tit quinquin" du Lillois Alexandre Desrousseaux créé en 1853

42

8ème Congrès
International
Integral Medicine
Association
IPYMA
10ème Colloque
"Douleur en Picardie"



Edito

LECOMTE Kamila

Clinique

Rééducation Sensitive : une nouvelle approche non médicamenteuse des douleurs neuropathiques

SORIOT Vincent, LABOURE Sophie, MAES Loic,
SORIOT-THOMAS Sandrine

Répercussion multidimensionnelle et plurifactorielle d'une douleur de sciatique en neurochirurgie

VILBERT Corinne, LAMORY Agnès, DEBON
Sophie, TINOT Thérèse, KHANFAR Adilia

**La douleur et l'autohypnose -
L'autonomie à portée de main
Les apports de l'hypnose éricksonnienne**

CZAPLA Malgorzata Magali

Introduction à l'entretien motivationnel

FONSECA DAS NEVES Jeremy

La posturologie

GAGÉ LIONEL

La manipulation d'un appareil de TENS

LEFEBVRE Bernadette, LIMOUNI Florence

Dossier

**L'Association "Union des
Fibromyalgiques de Picardie"**

La fibromyalgie

L'Association

Témoignages

Nous y étions...

**4ème rencontre des IDE des
Consultations Douleur de Picardie**

24 mars 2011 Hôpital de Creil

**8ème Congrès International Integral
Medicine**

Association IPYMA

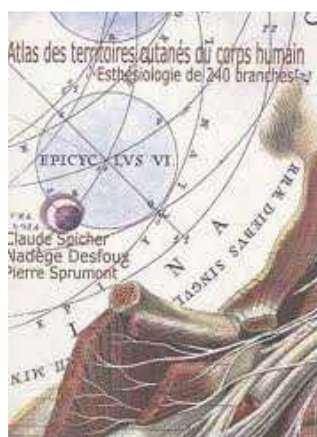
10ème Colloque "Douleur en Picardie"

23, 24 juin 2011

Université des psychologues

25, 26 et 27 septembre 2011

TRENEL Perrine



La connaissance du monde de la douleur en Picardie passe par celle de son histoire et de ses racines. La Picardie est la région pionnière dans la prise en charge de la douleur.

Une des plus anciennes consultations a vu le jour avec un pionnier de la douleur, le docteur Jean LEGOUT. En 1994, le docteur Eric SERRA est à l'origine de la création de l'ALDAP, qui est une émanation associative du réseau régional des consultations douleur en Picardie.

Je remercie ces deux personnes d'avoir œuvré pour le développement de la prise en charge de la douleur en Picardie et de poursuivre leur combat.

Notre époque est une période clé dans de nombreux domaines, dont celui de la santé, en particulier le monde de la douleur. 2011 est une année charnière, avec l'Instruction douleur DGOS de mai 2011.

Il est essentiel que notre association continue ses actions, qu'elle ouvre encore plus la porte à la discussion et à l'échange.

Je suis intimement persuadé qu'il existe dans ce monde de la douleur, la possibilité de réussir cette extraordinaire rencontre des diverses opinions pluri professionnelles et l'ALDAP doit en être le garant.

A travers les dossiers en cours et à venir, l'ALDAP doit poursuivre le travail commencé... Je vous propose de mettre en place un dossier commun pour toutes les consultations, une fiche de traçabilité des réunions multidisciplinaires, des protocoles, de labelliser notre réunion mensuelle, en la déclinant en réunion protocolisée, validante pour l'ensemble des professionnels présents dans le cadre des évaluations des pratiques professionnelles et de faire vivre et évoluer notre blog.

Bien sûr, toutes les idées et toutes les aides sont les bienvenues.

Il nous faut donc continuer à faire vivre ses réunions mensuelles, organisées dans chaque consultation de Picardie.

Comme le disait LAVOISIER : « rien ne se crée, tout se transforme ».

Continuons à promouvoir la prise en charge de la douleur en Picardie avec professionnalisme, respectabilité et rigueur.

Que souhaiter de mieux pour ces fêtes de fin d'année...

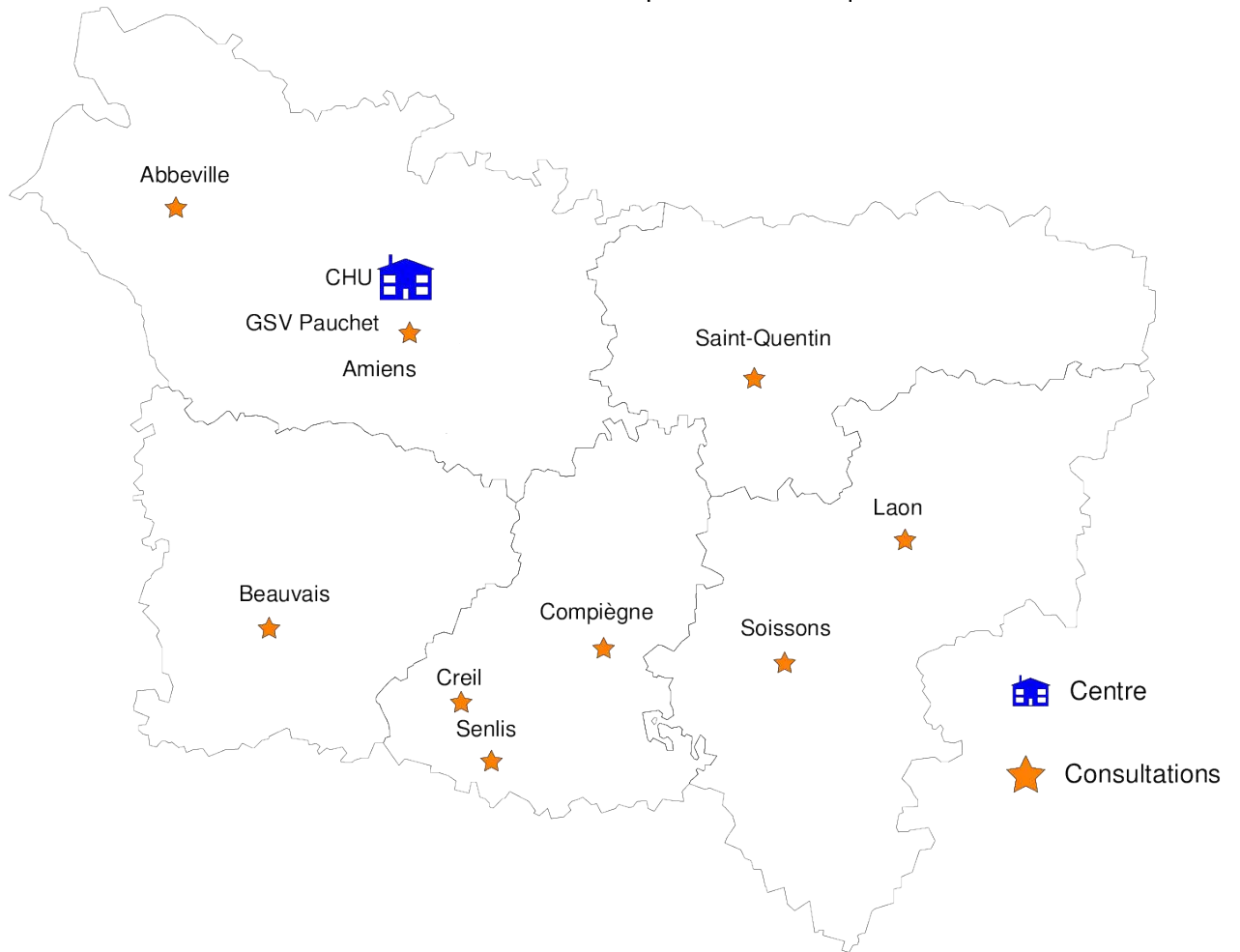
Que le bonheur que nous vivons et dégagerons autour de nous éclaire tous ceux que nous aimons.

Tous mes vœux à tous, pour 2012.

Johan LECLERC

Président de l'ALDAP

Structures d'étude et de traitement de la douleur chronique identifiées par l'ARS Picardie en 2011



Le journal des professionnels des structures Douleur de Picardie est un bulletin annuel réalisé par les professionnels impliqués par la douleur aigüe ou chronique dans le champ de la santé.

Le journal propose aux structures Douleur de Picardie et aux professionnels eux-mêmes un support d'échange et de synthèse de l'information.

Ainsi, chaque professionnel qui le désire peut y déposer un article, un témoignage, un avis, un compte-rendu (colloques, congrès, actualités, etc...) en lien avec la douleur.

Un exemplaire imprimé de ce numéro est adressé à chaque structure Douleur de Picardie.

Un exemplaire en format PDF est envoyé à chaque membre de L'ALDAP (association de lutte contre la douleur Amiens Picardie) et à toute personne qui nous en fera la demande.

Pour nous écrire:

jp_douleurpicardie@orange.fr

Tel : 03-22-66-88-20

Fax : 03-22-66-78-49

Ont participé à la réalisation de ce numéro :

Evelyne ALLIBE

Catherine CHAMPION

Malgorzata Magal CZAPLA

Sophie DEBON

Jeremy FONSECA DAS NEVES

Lionel GAGÉ

Adilia KHANFAR

Agnès LAMORY

Johan LECLERC

Kamila LECOMTE

Bernadette LEFEBVRE

Katia LEMOINE

Frédéric LENGLET

Florence LIMOUNI

Isabelle LUCZAK

Loïc MAES

Eric SÉRRA

Vincent SORIOT

Thérèse TINOT

Perrine TRENEL

Martine Van DAMME

Corinne VILBERT

Les adhérents de l'Association des

Fibromyalgiques de Picardie et leur présidente:

Danièle MORVAN



RELATION, COMMUNICATION, MOTIVATION : tels sont les notions qui traversent en filigrane les articles de ce troisième numéro du Journal des Professionnels de la Douleur en Picardie.

Leurs auteurs, de professions et d'horizons théoriques différents, nous font réfléchir à ces questions primordiales : comment établir une relation thérapeutique de qualité avec le patient ? Comment l'appréhender dans la totalité de son écologie (et donc de sa douleur) ? Par quels moyens et comment encourager son autonomie ? Comment rendre le patient de plus en plus impatient de s'en sortir ?

Un menu alléchant donc pour cette troisième édition, des questions... et aussi des réponses !

L'approche psychologique a désormais sa place au sein des consultations de la douleur chronique. Ce n'est pas encore majoritairement le cas au sein des services hospitaliers où prédomine la douleur aiguë. Celle-ci s'accompagne tout autant que la douleur chronique de manifestations psychologiques comme nous le rappellent Corinne Vilbert et Agnès Lamory dans leur article. Une approche relationnelle empathique, la détection de signes de souffrance psychologique dès le stade d'une douleur aiguë sont tout aussi importantes que l'antalgique administré et gages d'un rétablissement futur.

La qualité de la relation est ainsi l'un des ingrédients essentiels de toute prise en charge thérapeutique. Elle débute par une mise en phase avec le patient, aussi bien mentale que corporelle. « Tel un explorateur, le thérapeute débarque sur une terra incognita dont il doit tout apprendre. Il abandonne les coutumes de sa tribu pour adopter celles de son hôte* ». Une fois cette synchronisation faite, il pourra alors proposer son aide au patient (psychothérapie, autohypnose, médication, TENS, etc..) et l'accompagner vers le changement.

Toutefois, si le thérapeute doit communiquer efficacement, le patient, de son côté, est censé être motivé. Il n'est pas toujours aisé de décrypter le symptôme et la demande du sujet souffrant peut être teintée d'ambivalence : le patient vient demander un changement mais en n'ayant pas envie de changer quoi que ce soit dans sa vie. De nombreuses résistances peuvent exister (le « vague » d'une plainte en est une *). La douleur, cette vieille ennemie, est plus familière qu'une nouvelle amie : on se connaît, c'est rassurant. Le langage non-verbal peut alors trahir le langage verbal, le langage inconscient peut trahir le langage conscient...

Plutôt que de combattre l'ambivalence et la résistance, il vaut mieux, dans un premier temps tout au moins, aller dans leur sens. Viendrait-il l'idée à un marin de naviguer à l'encontre du vent ?

Pour finir, je souhaite bon vent à tous pour cette Nouvelle Année, d'atteindre le cap que chacun s'est fixé et longue vie à ce journal.

Kamila LECOMTE



*D. Megglé « Erickson, hypnose et psychothérapie », Ed. Retz.

Clinique

La douleur et l'asthysynésie : l'autisme à portée de main Les apports de l'hyposensibilisation

Marie-Cécile Gagnepain, neuropsychologue

L'autisme est une pathologie complexe qui se caractérise par une altération de la communication sociale et de la communication verbale. Les personnes autistes ont souvent des sensibilités atypiques, notamment une hyposensibilisation (une diminution de la sensibilité à la douleur, à la chaleur, au froid, au toucher, au bruit, à la lumière, etc.). Cette hyposensibilisation peut être liée à une altération de la perception sensorielle, ce qui peut entraîner des comportements répétitifs et des réactions inhabituelles à la douleur.

La douleur est une expérience subjective et complexe, qui est influencée par de nombreux facteurs, notamment par les sensibilités sensorielles. Chez les personnes autistes, la douleur peut être perçue de manière atypique, ce qui peut entraîner des difficultés à reconnaître et à exprimer la douleur. Cette hyposensibilisation à la douleur peut être liée à une altération de la perception sensorielle, ce qui peut entraîner des comportements répétitifs et des réactions inhabituelles à la douleur.

Les personnes autistes ont souvent des sensibilités atypiques, notamment une hyposensibilisation (une diminution de la sensibilité à la douleur, à la chaleur, au froid, au toucher, au bruit, à la lumière, etc.). Cette hyposensibilisation peut être liée à une altération de la perception sensorielle, ce qui peut entraîner des comportements répétitifs et des réactions inhabituelles à la douleur.

La douleur est une expérience subjective et complexe, qui est influencée par de nombreux facteurs, notamment par les sensibilités sensorielles. Chez les personnes autistes, la douleur peut être perçue de manière atypique, ce qui peut entraîner des difficultés à reconnaître et à exprimer la douleur. Cette hyposensibilisation à la douleur peut être liée à une altération de la perception sensorielle, ce qui peut entraîner des comportements répétitifs et des réactions inhabituelles à la douleur.

Les personnes autistes ont souvent des sensibilités atypiques, notamment une hyposensibilisation (une diminution de la sensibilité à la douleur, à la chaleur, au froid, au toucher, au bruit, à la lumière, etc.). Cette hyposensibilisation peut être liée à une altération de la perception sensorielle, ce qui peut entraîner des comportements répétitifs et des réactions inhabituelles à la douleur.

La douleur est une expérience subjective et complexe, qui est influencée par de nombreux facteurs, notamment par les sensibilités sensorielles. Chez les personnes autistes, la douleur peut être perçue de manière atypique, ce qui peut entraîner des difficultés à reconnaître et à exprimer la douleur. Cette hyposensibilisation à la douleur peut être liée à une altération de la perception sensorielle, ce qui peut entraîner des comportements répétitifs et des réactions inhabituelles à la douleur.

Rééducation Sensitive : une nouvelle approche non médicamenteuse des douleurs neuropathiques.

Julien DUBOIS, psychologue, UMR 5175, Université de Bordeaux
Muriel LUTZ, psychologue, UMR 5175, Université de Bordeaux

La douleur neuropathique est une douleur chronique qui résulte d'une lésion ou d'une maladie affectant le système nerveux. Elle est caractérisée par des sensations inhabituelles, telles que des brûlures, des picotements, des élancements, etc. Cette douleur peut avoir un impact significatif sur la qualité de vie des personnes atteintes.

La rééducation sensitive est une approche non médicamenteuse qui vise à réduire la douleur neuropathique en agissant sur les sensibilités sensorielles. Elle consiste à exposer progressivement la personne à des stimuli sensoriels variés, ce qui permet de rééduquer le système nerveux et de réduire la douleur.

Les personnes atteintes de douleur neuropathique ont souvent des sensibilités atypiques, notamment une hyposensibilisation (une diminution de la sensibilité à la douleur, à la chaleur, au froid, au toucher, au bruit, à la lumière, etc.). Cette hyposensibilisation peut être liée à une altération de la perception sensorielle, ce qui peut entraîner des comportements répétitifs et des réactions inhabituelles à la douleur.

La douleur est une expérience subjective et complexe, qui est influencée par de nombreux facteurs, notamment par les sensibilités sensorielles. Chez les personnes autistes, la douleur peut être perçue de manière atypique, ce qui peut entraîner des difficultés à reconnaître et à exprimer la douleur. Cette hyposensibilisation à la douleur peut être liée à une altération de la perception sensorielle, ce qui peut entraîner des comportements répétitifs et des réactions inhabituelles à la douleur.

Les personnes autistes ont souvent des sensibilités atypiques, notamment une hyposensibilisation (une diminution de la sensibilité à la douleur, à la chaleur, au froid, au toucher, au bruit, à la lumière, etc.). Cette hyposensibilisation peut être liée à une altération de la perception sensorielle, ce qui peut entraîner des comportements répétitifs et des réactions inhabituelles à la douleur.

La douleur est une expérience subjective et complexe, qui est influencée par de nombreux facteurs, notamment par les sensibilités sensorielles. Chez les personnes autistes, la douleur peut être perçue de manière atypique, ce qui peut entraîner des difficultés à reconnaître et à exprimer la douleur. Cette hyposensibilisation à la douleur peut être liée à une altération de la perception sensorielle, ce qui peut entraîner des comportements répétitifs et des réactions inhabituelles à la douleur.

La Posturologie

André GAZDAR, kinésithérapeute



La posturologie est une discipline qui étudie la posture humaine et les troubles qui y sont associés. Elle vise à identifier les causes de la douleur et à proposer des solutions thérapeutiques adaptées. Cette approche prend en compte l'ensemble du corps et les interactions entre les différents systèmes (musculaire, squelettique, nerveux, etc.).

Les personnes atteintes de douleur neuropathique ont souvent des sensibilités atypiques, notamment une hyposensibilisation (une diminution de la sensibilité à la douleur, à la chaleur, au froid, au toucher, au bruit, à la lumière, etc.). Cette hyposensibilisation peut être liée à une altération de la perception sensorielle, ce qui peut entraîner des comportements répétitifs et des réactions inhabituelles à la douleur.

La douleur est une expérience subjective et complexe, qui est influencée par de nombreux facteurs, notamment par les sensibilités sensorielles. Chez les personnes autistes, la douleur peut être perçue de manière atypique, ce qui peut entraîner des difficultés à reconnaître et à exprimer la douleur. Cette hyposensibilisation à la douleur peut être liée à une altération de la perception sensorielle, ce qui peut entraîner des comportements répétitifs et des réactions inhabituelles à la douleur.

Les personnes autistes ont souvent des sensibilités atypiques, notamment une hyposensibilisation (une diminution de la sensibilité à la douleur, à la chaleur, au froid, au toucher, au bruit, à la lumière, etc.). Cette hyposensibilisation peut être liée à une altération de la perception sensorielle, ce qui peut entraîner des comportements répétitifs et des réactions inhabituelles à la douleur.

Introduction à l'entretien motivationnel

André GAZDAR, kinésithérapeute

L'entretien motivationnel est une approche thérapeutique qui vise à aider les personnes à trouver leur propre motivation pour changer. Elle est basée sur des principes de psychologie et de communication, et est particulièrement efficace pour les personnes qui ont des difficultés à trouver leur propre motivation.

Les personnes autistes ont souvent des sensibilités atypiques, notamment une hyposensibilisation (une diminution de la sensibilité à la douleur, à la chaleur, au froid, au toucher, au bruit, à la lumière, etc.). Cette hyposensibilisation peut être liée à une altération de la perception sensorielle, ce qui peut entraîner des comportements répétitifs et des réactions inhabituelles à la douleur.

La douleur est une expérience subjective et complexe, qui est influencée par de nombreux facteurs, notamment par les sensibilités sensorielles. Chez les personnes autistes, la douleur peut être perçue de manière atypique, ce qui peut entraîner des difficultés à reconnaître et à exprimer la douleur. Cette hyposensibilisation à la douleur peut être liée à une altération de la perception sensorielle, ce qui peut entraîner des comportements répétitifs et des réactions inhabituelles à la douleur.

La manipulation d'un appareil de TENS*

André GAZDAR, kinésithérapeute, UMR 5175, Université de Bordeaux

Le TENS (Thérapie Électrostimulatoire) est une technique de traitement de la douleur qui utilise des courants électriques pour stimuler les nerfs. Elle est utilisée pour soulager la douleur neuropathique et est considérée comme une approche non médicamenteuse efficace.

Les personnes autistes ont souvent des sensibilités atypiques, notamment une hyposensibilisation (une diminution de la sensibilité à la douleur, à la chaleur, au froid, au toucher, au bruit, à la lumière, etc.). Cette hyposensibilisation peut être liée à une altération de la perception sensorielle, ce qui peut entraîner des comportements répétitifs et des réactions inhabituelles à la douleur.

La douleur est une expérience subjective et complexe, qui est influencée par de nombreux facteurs, notamment par les sensibilités sensorielles. Chez les personnes autistes, la douleur peut être perçue de manière atypique, ce qui peut entraîner des difficultés à reconnaître et à exprimer la douleur. Cette hyposensibilisation à la douleur peut être liée à une altération de la perception sensorielle, ce qui peut entraîner des comportements répétitifs et des réactions inhabituelles à la douleur.

Repercussión multidimensionnelle et pluri factorielle de l'asthysynésie sur le neurocognition

André GAZDAR, kinésithérapeute, UMR 5175, Université de Bordeaux

L'asthysynésie est une altération de la sensibilité à la douleur, qui peut avoir des conséquences multidimensionnelles et pluri factorielles sur le neurocognition. Cette altération peut entraîner des difficultés à reconnaître et à exprimer la douleur, ce qui peut avoir un impact significatif sur la qualité de vie des personnes atteintes.

Les personnes autistes ont souvent des sensibilités atypiques, notamment une hyposensibilisation (une diminution de la sensibilité à la douleur, à la chaleur, au froid, au toucher, au bruit, à la lumière, etc.). Cette hyposensibilisation peut être liée à une altération de la perception sensorielle, ce qui peut entraîner des comportements répétitifs et des réactions inhabituelles à la douleur.

La douleur est une expérience subjective et complexe, qui est influencée par de nombreux facteurs, notamment par les sensibilités sensorielles. Chez les personnes autistes, la douleur peut être perçue de manière atypique, ce qui peut entraîner des difficultés à reconnaître et à exprimer la douleur. Cette hyposensibilisation à la douleur peut être liée à une altération de la perception sensorielle, ce qui peut entraîner des comportements répétitifs et des réactions inhabituelles à la douleur.

Réducation Sensitive : **une nouvelle approche non médicamenteuse des** **douleurs neuropathiques.**

Auteurs : Dr SORIOT Vincent, Dr LABOURÉ Sophie, UETD médecins Ch Abbeville
MAES Loic, UETD cadre MPR ergothérapeute CH Abbeville
Dr SORIOT-THOMAS Sandrine, CETD et Service chirurgie orthopédique et traumatologique CHU Amiens

Mr C. âgé de 37 ans, mécanicien, a été pris en charge à l'UETD d'Abbeville durant 2 ans dans le cadre d'une douleur neuropathique chronique rebelle dans le territoire du nerf médian. Il a bénéficié d'une prise en charge chirurgicale au CHU d'Amiens en raison d'une plaie traumatique du tiers inférieure de l'avant bras dont l'importance nécessitera une exploration chirurgicale qui ne relèvera pas de lésion neurologique. Par contre, une suture des plans tendineux superficielle est requise. Il est proposé une prise en charge à l'UETD du CH d'Abbeville. Face à l'évolution décevante de sa prise en charge plurimodale médicamenteuse et non médicamenteuse, une approche par la rééducation sensitive est proposée au patient.

■ Historique du patient

Suite à une plaie ouverte de l'avant bras, le patient va développer une plainte douloureuse d'expression mixte (excès de nociception et neuropathique) dans le mois qui suivra le geste de chirurgie réparatrice. Il n'est pas relevé sur le compte rendu opératoire de lésion directe neurologique périphérique. Cependant, le patient décrit une douleur en des termes évoquant une douleur neuropathique dans le territoire du nerf médian en aval de la plaie. Les critères diagnostics de Stanton Hicks sont retenus. La scintigraphie osseuse est interprétée comme normale. L'électromyogramme (EMG) ne sera jamais honoré par le patient. Le diagnostic de SDRC 2 (causalgie) avec allodynie mécanique, respectant le territoire du nerf médian est retenu.

■ Prise en charge douleur initiale

Les thérapies médicamenteuses engagées (anesthésiques locaux, antidépresseurs tricycliques, antiépileptique,

antalgiques palier 2, anti-NMDA, ...) vont se révéler d'une efficacité insuffisante pour permettre au patient de reprendre son activité professionnelle (EVA passée de 8/10 à 4/10 en l'absence de stimulation mécanique).

On notera une grande difficulté à mettre en place la NSTC (Neuro Stimulation TransCutanée) chez ce patient qui voyait cette technique comme traumatisante. Celui-ci ayant été victime d'une électrocution antérieure, la NSTC est perçue comme anxiogène et se révélera en toute logique inefficace, malgré l'encadrement thérapeutique. Cette information nous permettra de comprendre à rétro le refus de l'EMG.

L'évaluation psychosociale retrace une plainte évoluant dans un contexte d'accident de travail,(mécanicien, employé) avec une épouse heureuse de voir son mari rester à domicile pour s'occuper d'elle et de ses enfants, les premiers mois. Cependant, nous allons vite percevoir chez elle une attitude renforçant la pérennisation de la plainte de son mari, allant jusqu'à négocier à sa place les conditions de reprise professionnelle, les primes qu'il ne touche plus.

La tentative de prise en charge par TCC (Thérapie Cognitive-Comportementale) et relaxation sera refusée par le patient. Il n'est pas retenu d'indication de stimulation médullaire face aux bénéfices secondaires psychosociaux constatés.

Face à l'impasse thérapeutique, il est envisagé une prise en charge nouvellement acquise dans le service : la Rééducation Sensitive dans le cadre d'un traitement de douleurs neuropathiques rebelles.

Le signe du fourmillement est une sensation déclenchée par une stimulation mécanique du nerf dans la partie distale d'un nerf lésé ou sur le site de lésion axonale. Cette sensation irradie en périphérie, à partir du point où elle est déclenchée et diffuse dans le territoire neurologique concerné. Cette sensation désagréable n'est pas une douleur sévère et ne persiste pas. Pour rappel à la terminologie de l'algologue, il ne faut pas la confondre avec les paresthésies spontanées, les dysesthésies....

d) **Les qualificatifs** (Melzack, 1975 ; Bourreau 1984 ; Spicher 2003a ; Bouhassira 2005 ; Bouhassira et al., 2005)

Il se base sur l'utilisation du QDSA (Questionnaire Douleur Saint Antoine). Le but est de retrouver des termes en faveur de la sémologie de douleurs neuropathiques (brûlures, chaleur, fourmillements, picotements, décharges électriques...).

Dans le cadre de la rééducation sensitive avec troubles de la sensibilité vibrotactile (utilisation d'une sonde vibratoire évaluant les mécanorécepteurs), 3 termes qualificatifs sur les cinq suivants sont privilégiés : « **décharges électriques** », « **irradiante** », « **picotements** », « **fourmillements** », « **engourdissements** ».

5. Le versant thérapeutique

La rééducation sensitive permet de traiter :

► **Les territoires allodymiques** par un programme de contre-stimulation vibrotactile, spécialement dans les cas de complications douloureuses (allodynies mécaniques, névralgies...). (Tableau 1)

► **Les territoires hyposensibles** par un programme de rééducation. (Tableau 1).

► **Les sites de lésions axonales** par un programme de désensibilisation, lors de lésions des nerfs sensitifs ou de névromes. (Tableau 1).

Il est envisageable de réaliser une désensibilisation d'un site de lésion axonale sans travailler préalablement le territoire allodymique, jusqu'à le lever. Cette étape peut parfois prendre plusieurs mois. La rééducation de l'hyposensibilité et du site de lésion axonale pourra alors débuter.

Tous nos patients ne pourront accéder à une telle prise en charge.

Les critères d'inclusion sont :

- Une capacité à comprendre et à réaliser une autorééducation.
- Eliminer les patients présentant des troubles cognitifs.
- Des patients motivés.
- Des lésions ne dépassant les sites de contre stimulation possibles.
- EVA > 3/10 et QDSA > 20 points.

Le thérapeute a besoin d'un :

- Générateur de vibrations mécaniques.



Rythme moyen d'une fois/semaine

Le patient a besoin de :

- textures de stimulation sensitive
ex : pinceau, coton, soie...



Répétition des stimulations quotidiennes

+++

Demander aux patients d'éviter toutes stimulations mécaniques sur l'allodynie.(orthèses!!!) QUID DES PIEDS ET CHAUSSURES !

Répercussion multidimensionnelle et pluri factorielle d'une douleur de sciatique en neurochirurgie

Auteurs : VILBERT Corinne, infirmière clinicienne, Unité de Soins Palliatifs. CHU Amiens
LAMORY Agnès, Infirmière clinicienne, Neurochirurgie. CHU Amiens
Co-auteurs : DEBON Sophie, puéricultrice clinicienne. CHU Amiens
TINOT Thérèse, puéricultrice clinicienne, CHU Amiens
KHANFAR Adilia, cadre de santé clinicienne. CHU Amiens

Motivation

Nous avons été interpellées par l'expression physique et verbale de la douleur d'une patiente admise pour sciatique hyper algique (1). Son attitude et la qualification de sa douleur étaient différentes par rapport à ce type de pathologie. Dans ce service de neurochirurgie, nous accueillons des patients en phase aiguë, la durée moyenne de séjour est de 5 jours.

Cette situation clinique relate la prise en charge réalisée initialement par l'infirmière clinicienne. La première heure a été le temps fort de cet accompagnement.

Situation clinique

J'accueille Mme L. en fin d'après midi conduite par son mari en voiture personnelle. Elle n'est pas passée par le service des urgences, elle se rend directement dans le bureau du chef de service. Lorsqu'elle se présente dans le service, elle boite et est soutenue par son époux. Elle semble très algique, elle présente un masque de douleur (son visage est crispé et ses traits sont tirés). Je l'accompagne dans une chambre et je lui propose de choisir l'installation la plus confortable pour elle (lit ou fauteuil). Elle seule peut déterminer la position la plus adaptée à sa douleur. Elle optera pour le lit mais ne réussira pas à trouver sa position antalgique.

J'accorde un temps d'écoute à la patiente ce qui me permet de faire connaissance et de réaliser un recueil de données car je ne dispose d'aucune information en dehors de son motif d'entrée. Au cours de ce premier entretien, j'apprends que Mme L., 56 ans, mariée, mère de 2 enfants (28 et 39 ans), est responsable marketing dans une société américaine à Paris. Elle effectue un trajet quotidien en voiture de 80 km.

Cette patiente mince et soignée, d'apparence jeune, semble porter une attention particulière à son image corporelle et vestimentaire.

Elle m'informe qu'elle souffre d'une sciatique depuis 1 mois. Elle ne présente aucun antécédent particulier. Elle a consulté à 4 reprises son médecin traitant. Le traitement antalgique a été

modifié à chaque fois mais il est resté inefficace. Parallèlement, elle a continué à travailler.

Je la perçois tendue.

Problématique du jour pour la patiente

La patiente évalue sa douleur à 7/10 sur l'échelle numérique, mais signale d'emblée qu'elle était « atroce » ce matin, l'obligeant à se déplacer « à 4 pattes ».

La douleur la contraint ce jour à ne pas se rendre au travail. Elle dit « avoir peur d'avoir trop attendu avant de venir à l'hôpital ».

Problématique par rapport à la clinique infirmière et questionnement

Cette situation m'interpelle pour différentes raisons :

- Pourquoi dit-elle : « avoir peur d'avoir trop attendu avant de venir à l'hôpital » ?

- Je la sens tendue, est-ce en lien uniquement avec sa douleur ? Que traduit cette expression physique (à 4 pattes) et verbale (atroce) de la douleur ?

« Dans notre pratique, nous allons considérer comme langages, c'est-à-dire comme signaux susceptibles d'émettre un message, d'être décodés, outre la gestuelle (mains et pieds), les mimiques, les regards, les attitudes du corps (détendu ou contracté), la respiration, le rythme cardiaque ... les somatisations élémentaires (douleurs, fatigue, oppressions, tétanie...). (2)

« Être à l'écoute sera donc aussi tenter d'entendre ces nombreux signaux « qui parlent » et qui crient parfois, dans un échange banal au niveau des mots ». (3)

Y a-t-il une cause organique à sa douleur ? Une intervention chirurgicale sera-t-elle nécessaire ?

Je sens Mme L plus tendue lorsqu'elle aborde le domaine professionnel. Aussi, je choisis alors de réaliser un entretien d'aide.

Il a « pour objectif la compréhension profonde (ou nouvelle) de ce qui se passe pour le demandeur, la découverte de la manière dont il éprouve la situation qui lui fait problème, la clarification progressive de son vécu et la recherche de moyens ou de ressources permettant un changement ». (9)

Aussi je choisis de reprendre ses mots : « *Vous me dites que vous êtes anxieuse vis-à-vis de votre travail ?* »

« *Oui, la situation est tendue au sein de mon entreprise, je dois rendre un rapport d'activité dans les quinze jours. Je crains d'être remplacée par une personne plus jeune.* (Silence)

Je ne me suis pas reposée, et j'ai peur d'avoir trop attendu pour venir à l'hôpital. »

« *Vous pensez avoir trop attendu ?* »

« *Oui, j'ai privilégié mon activité professionnelle au détriment de ma santé. J'ai peur de ne pas guérir... j'imaginai que seule l'opération réglerait mon problème rapidement.* »

Je lui réponds que j'ai bien entendu ses inquiétudes.

Je lui apporte des informations sur les traitements administrés et sur l'évolution de sa douleur. Mme L a des croyances erronées qui l'empêchent d'adopter des stratégies d'adaptation efficaces.

De plus, face aux positions délétères pour son dos, je lui donne des conseils en hygiène vertébrale concernant le lever et la mobilisation au lit (soutien informatif). Elle a peu de connaissances dans ce domaine mais possède une bonne capacité de compréhension. Au cours de l'hospitalisation, les conseils en hygiène vertébrale ont été intégrés par la patiente.

Au cours de nos échanges, j'ai écouté Mme L. et réalisé un soutien émotionnel, ce qui lui a permis de verbaliser ses difficultés et ses interrogations.

A l'issue de cet entretien, la patiente dit « *se sentir plus apaisée* ».

La prise en soins est transmise à l'ensemble de l'équipe (transmission orale et écrite) pour permettre une continuité de la prise en charge.

Suite à cet entretien je peux rajouter l'hypothèse diagnostique suivante :

- **Peur** : réponse à la perception d'une menace consciemment identifiée comme un danger.

Cette hypothèse est confirmée. La caractéristique essentielle retrouvée est le sentiment d'appréhension au sujet de son travail. La caractéristique secondaire est la crispation du visage.

Je valide également le diagnostic de **douleur aiguë**

La caractéristique essentielle est une douleur localisée de la fesse jusqu'au bout du pied avec une EN à 7/10. Elle marche difficilement, en boitant.

Les caractéristiques secondaires sont une difficulté à poursuivre son travail, une recherche de geste antalgique, une position inhabituelle « à quatre pattes », une perturbation du sommeil, des traits tirés. Je retrouve également chez Mme L. un masque de douleur et des plaintes.

Je ne retiens pas le diagnostic de **non observance du traitement**: cette hypothèse ne peut pas être validée.

En effet, nous ne savons pas si elle a bénéficié ou non d'un arrêt maladie ou si elle ne l'a pas respecté. Quelles consignes son médecin lui a-t-il données vis-à-vis du repos ? Et nous ne savons pas pourquoi le traitement a été modifié à quatre reprises.

Suite de l'hospitalisation :

Le lendemain matin, Mme L. est en pleurs, l'EN est à 9/10, elle n'a pas bien dormi. Elle est « tordue » de douleur dans son lit. Cette attitude interpelle ma collègue, infirmière clinicienne également. Dans un premier temps elle lui administre les antalgiques prescrits et l'informe qu'elle reviendra la voir ultérieurement. A ce moment précis, la douleur est telle que Mme L. ne serait pas réceptive à un entretien.

Ma collègue évalue la douleur de Mme L. une heure plus tard. Elle s'assoit près d'elle. Toujours douloureuse, l'EN de Mme L est à 7/10. Comme la veille, la patiente exprime sa peur concernant la guérison de sa sciatique et son activité professionnelle.

L'infirmière poursuit le travail d'accompagnement initié la veille en équipe. Elle écoute Mme L. et lui dit qu'elle entend bien ses inquiétudes. Elle réitère les informations concernant le traitement médical, l'évolution de la douleur et l'éducation d'hygiène vertébrale. Elle insiste sur la nécessité de limiter ses

activités : la patiente doit s'autoriser le repos malgré ses impératifs professionnels. Mme L. s'est approprié tous ces éléments. Elle semble réceptive aux explications et remercie ma collègue.

La cohérence et la continuité de la prise en soins permettent à Mme L. d'être plus détendue l'après-midi même. L'EN est à 2-3/10 au repos. Elle respecte les conseils donnés mais reste douloureuse au lever. Elle continue d'exprimer quelques inquiétudes par rapport à sa guérison et à la reprise de ses activités.

Les jours suivants, l'amélioration se poursuit grâce à l'écoute de l'ensemble de l'équipe et au suivi attentif de sa douleur.

Le jour de sa sortie, Mme L. dit avoir fait un travail sur elle-même. Elle relativise l'importance de sa profession et accepte le repos.

Comme le dit Carl Rogers « j'en suis arrivé à croire que les seules connaissances qui puissent influencer le comportement d'un individu sont celles qu'il découvre lui-même et qu'il s'approprie ». (10)

Conclusion

Cette prise en charge empathique (11) a certainement permis à Mme L. de cheminer vis-à-vis de ses peurs et du retentissement sur sa douleur. Elle a pu l'exprimer, libérer ses tensions, accepter le traitement, et surtout initier une nouvelle attitude par rapport à son travail. Elle reconnaît que le repos est nécessaire et qu'elle devra le respecter malgré ses impératifs professionnels.

Cette situation reflète la plus value de la clinique infirmière. L'équipe a perçu la répercussion multidimensionnelle et pluri factorielle de la douleur. La prise en soins de la patiente a été personnalisée dans un contexte d'hospitalisation courte (4 jours).

(1) Sciatique hyper algique : Douleur le long du nerf sciatique qui débute dans la région lombaire et irradie dans le membre inférieur correspondant en passant sur la fesse, la face postérieure de la cuisse, la face externe de la jambe jusqu'au pied. La hernie discale est une cause classique de la sciatique. Cette affection est liée à la posture et à l'effort, la douleur est impulsive à la toux et à la défécation. Elle est accompagnée de paresthésies dans le membre concerné (sensation anormale de type engourdissement ou fourmillement). Neurologie, neurochirurgie et soins infirmiers, Editions Lamarre, H.VIGNARD, MC GUILLEMIN, C.MICHEL, P.PRADAT, C.RIERA.

(2) (cf. relation d'aide et formation à l'entretien, page 106, Jacques Salomé, édition septentrion, 2003)

(3) (cf. relation d'aide et formation à l'entretien, page 107, Jacques Salomé, édition septentrion, 2003)

(4) Sensori-discriminative, correspond aux mécanismes neurophysiologiques qui permettent le décodage de la qualité, de la durée et de l'intensité de la douleur.

Affectivo-émotionnelle, en lien avec l'expérience douloureuse du patient.

Cognitive, processus mentaux susceptibles d'influencer la perception douloureuse et les réactions comportementales comportementale, englobe l'ensemble des manifestations verbales et non verbales (plaintes, mimiques, postures antalgiques ...).

(5) Approche systémique : Se définit comme une approche globale du problème (au niveau biologique, psychologique, socio-culturel et spirituel) vécu par le patient, considérant le symptôme que celui-ci présente, comme le résultat d'un dysfonctionnement de l'ensemble de l'environnement dont il fait partie intégrante.

(6) Manuel de diagnostics infirmiers de Lynda Juall Carpenito, année 2003, édition Masson, page 47

(7) Parfalgan : paracétamol, antalgique périphérique de palier I selon la classification de l'OMS.

Profénid, kétoprofène, anti-inflammatoire.

(8) Selon le modèle conceptuel de Virginia Henderson. Le modèle conceptuel de V. Henderson comporte 3 postulats :

- toute personne tend vers l'indépendance et la désire
- la personne forme un tout complexe présentant des besoins fondamentaux
- quand un besoin demeure insatisfait, il s'ensuit que la personne n'est pas complète, entière, indépendante

(9) (cf. relation d'aide et formation à l'entretien, page 116, Jacques Salomé, édition septentrion, 2003)

(10) Louis Schorderet « la technique de l'entretien » Ed Chotard

(11) L'empathie est la capacité de se mettre à la place de l'autre et de ressentir ses sentiments et ses émotions. Dictionnaire de la réadaptation, Maurice Bergeron. Les publications du Québec

La douleur et l'autohypnose – L'autonomie à portée de main

Les apports de l'hypnose éricksonienne

Auteur : CZAPLA Malgorzata Magali, Hypnothérapeute, Beauvais

L'autohypnose



Par autohypnose on entend l'ensemble des techniques qui permettent de se mettre soi-même, volontairement, dans un état d'hypnose et d'utiliser cet état, sans l'intervention d'une autre personne. Il est judicieux de proposer cet apprentissage à tous ceux qui souffrent de douleurs chroniques. L'autohypnose apporte à ces patients une possibilité de rester actifs dans la gestion de leur vie et leur permet de retrouver un certain sentiment de maîtrise de leur existence. Ils peuvent ainsi se prendre en charge par eux-mêmes entre deux séances avec le thérapeute, jusqu'à devenir entièrement autonomes dans le contrôle des douleurs ou de sensations inconfortables. L'autohypnose permet d'accéder à l'inconscient et d'établir avec lui un véritable dialogue et donc une collaboration, ce qui est forcément bénéfique puisque cela va dans le sens d'une harmonie des fonctions mentales et physiques, tout en permettant d'instaurer des changements durables.

L'autohypnose est une technique à la portée de tous. Rentrer volontairement en transe s'apprend. Cependant, cet apprentissage ne peut se faire que si le patient a connu des séances d'hypnose dirigées par un hypnothérapeute.

La douleur chronique est en elle-même une composante d'un état hypnotique pour le patient. Elle capte l'attention de la personne, réduit son monde sensoriel et affectif et peut s'amplifier grâce aux processus de pensées et de concentration. Chez un patient douloureux chronique l'imagination, le dialogue intérieur, les visualisations associées à cette souffrance peuvent constituer ce que nous pourrions appeler « *l'autohypnose dans son expression négative* ».

Le fait de vivre les séances accompagnées par un thérapeute permet au patient de faire connaissance avec ses propres ressentis, d'expérimenter ses canaux privilégiés VAKO (1) afin de pouvoir par la suite être entièrement autonome dans le choix de la façon qui permet de rentrer en autohypnose et de contrôler, voire faire disparaître la douleur.

Par ailleurs, les séances préalables à l'apprentissage de l'autohypnose vont permettre à la personne d'expérimenter différentes techniques pour rentrer en transe par soi-même et vont ainsi faciliter le choix de la façon la mieux adaptée et la plus efficace. C'est dans ce même objectif que, lors de ces séances, l'hypnothérapeute utilise diverses techniques, métaphores et protocoles thérapeutiques de prise en charge de la douleur afin que le patient puisse disposer d'un large choix de méthodes pour ses premières séances d'autohypnose.

Les patients apprennent généralement très vite à rentrer en autohypnose. Très rapidement ils sont en mesure de développer leur propre façon de contrôler la douleur. Les séances d'apprentissage sont une ressource qui facilite le travail autonome, elles constituent souvent un point de départ. Certains patients disent commencer leurs séances d'autohypnose en s'imaginant dans le cabinet de leur hypnothérapeute, blottis dans le confort de son fauteuil de relaxation, ce qui leur permet de se rappeler rapidement les sensations vécues, les métaphores (2) et les mots utilisés. C'est seulement par la suite, quand ils se sentent déjà bien à l'aise avec cette pratique, qu'ils laissent s'exprimer leur propre créativité.

Afin de bien situer la place de l'autohypnose dans la prise en charge des patients qui souffrent de douleurs chroniques, il convient de faire le point sur les apports de l'hypnothérapie dans ce domaine. L'autohypnose n'étant rien d'autre qu'une pratique qui permet au patient de reproduire par soi-même, à

tout moment, les phénomènes vécus lors des séances avec un thérapeute.

Hypnose éricksonienne en bref



Milton Erickson

Milton ERICKSON, psychiatre américain, a consacré l'essentiel de sa carrière à l'étude scientifique de l'hypnose et à son utilisation en psychothérapie et en médecine. Il a donné un nouveau départ à cette discipline ancestrale, utilisée déjà dans l'antiquité par de nombreux soignants à des fins analgésiques. L'hypnose éricksonienne, appelée aussi parfois "*nouvelle hypnose*", s'oppose à l'hypnose classique du début du 20^e siècle par les moyens beaucoup plus souples mis en œuvre pour induire l'état modifié de conscience et par la façon dont cet état est utilisé. Partant d'un principe que la transe hypnotique est un état naturel, Milton Erickson a prouvé que chaque personne pouvait bénéficier de cette technique, à une seule condition : qu'elle y adhère volontairement. Dans l'hypnose éricksonienne on utilise des suggestions connues dans l'hypnose classique, mais cela ne constitue qu'un des nombreux outils utilisés. Le principe de base de la thérapie éricksonienne est d'établir une communication avec l'inconscient du patient. Il s'agit d'un processus interactif où le thérapeute réagit en fonction des réponses données par l'inconscient du patient. Cela permet de traiter les problèmes directement là où ils se situent et de s'adapter aux besoins profonds du patient.

L'un des concepts de la thérapie éricksonienne est l'utilisation de ce qu'apporte le patient. Pour Erickson il est nécessaire de développer une situation thérapeutique qui permette au patient d'utiliser sa propre réflexion, ses propres conceptions, ses propres émotions de la manière qui correspond le mieux à ses projets de vie. Dans l'hypnose éricksonienne, le thérapeute pratique l'hypnose "avec" le patient et non "au" patient, une

différence supplémentaire entre l'hypnose éricksonienne et l'hypnose classique.

L'hypnothérapie et la prise en charge de la douleur

L'hypnose comme méthode d'anesthésie et d'analgésie est très ancienne. Son utilisation sporadique est attestée déjà en XIX^e siècle.

Les chirurgiens de l'époque ont été particulièrement intéressés par la possibilité d'obtenir des modifications dans la sensibilité du corps et l'ont largement utilisée dans la prévention de la douleur aiguë au cours d'actes chirurgicaux avant que les propriétés de l'éther et du chloroforme ne soient connues et utilisées.

Déjà en 1829, Jules Cloquet opérera un cancer du sein sous anesthésie magnétique (3) suscitant de vives polémiques à l'Académie de Médecine. Il en sera de même pour les interventions de Broca, qui a rendu compte de l'opération d'un abcès pratiquée sous anesthésie hypnotique. Par la suite, avec la découverte des gaz et des traitements anesthésiques plus modernes, l'hypnose a progressivement disparu des blocs opératoires. Aujourd'hui, cette discipline a retrouvé sa place comme l'une des méthodes permettant de prendre en charge la douleur, tant aiguë que chronique. De plus en plus d'anesthésistes, de chirurgiens, de médecins urgentistes, de pédiatres et de dentistes s'intéressent et se forment à l'hypnose afin d'apporter aux patients une alternative ou un supplément aux traitements médicamenteux.



L'hypnothérapie éricksonienne comme modèle thérapeutique

Avant d'aborder les indications et l'utilisation de l'hypnose dans la prise en charge de la douleur, il est judicieux de rappeler quelques observations sur les effets neurophysiologiques des suggestions hypnotiques d'antalgie et d'anesthésie.

Le développement et le progrès de l'imagerie cérébrale permettent de commencer à comprendre ce qui se passe dans le cerveau d'un sujet hypnotisé. L'on peut ainsi étudier l'activité à l'intérieur du cerveau humain au niveau de la perception douloureuse. Milton Erickson suggérait à ses patients que leur douleur se composait de 3 parties : un tiers était constitué de

judicieux de pouvoir suivre le patient de façon continue durant les premiers jours de prise en charge : il est recommandé (4) de renforcer le contrôle de la douleur immédiatement après la réapparition de celle-ci. Au cours des premières 24 heures il serait intéressant de pouvoir suivre le patient toutes les 4 heures, et de procéder à un rapide apprentissage de l'autohypnose. Il est également très important de tenir compte, dans le cadre de la prise en charge de la douleur, du renforcement du moi dans le travail hypnotique avec les patients qui présentent des douleurs chroniques. Ces patients ont souvent tendance à douter d'eux-mêmes, à se sentir dévalorisés par rapport à eux-mêmes et à leur entourage.

Protocoles thérapeutiques

Plusieurs protocoles thérapeutiques peuvent être utilisés dans le traitement de la douleur, et l'hypnothérapeute choisit toujours l'outil le mieux adapté au patient. Le travail thérapeutique porte sur les effets anesthésiants ou analgésiques de l'hypnose (5).

L'analgésie ou l'anesthésie peuvent être créées chez le patient en état de conscience modifiée en suggérant simplement que la perception de la douleur est en train de changer, qu'elle diminue, ou que la région douloureuse s'engourdit, si bien que la douleur disparaît progressivement. On peut, par exemple, utiliser le souvenir d'une anesthésie déjà vécue dans le passé. Pour certains patients il peut être plus facile de percevoir une augmentation du confort plutôt qu'une diminution de la douleur. Dans certaines situations on procède à une substitution de la sensation douloureuse par une sensation différente, moins douloureuse, plus confortable ou plus

supportable pour le patient. Pour certaines personnes la substitution est plus facile quand la sensation de remplacement n'est pas totalement agréable ; par exemple, la brûlure d'une douleur névralgique peut devenir une démangeaison, ou un chatouillement ; un patient qui, pour une raison spécifique, aurait besoin de continuer à percevoir le stimulus de la douleur, va se sentir plus à l'aise avec cette technique. Une autre technique utilisée est le déplacement de la localisation de la douleur vers une zone du corps différente ou, parfois, à l'extérieur du corps. On choisit en général une zone qui a une moindre importance sur le plan psychologique, comme un orteil, par exemple. Souvent, on laisse le choix de cet endroit au patient lui-même, en lui suggérant de choisir par où il souhaite que la douleur s'en aille. Cela se pratique surtout pour les patients qui souhaitent se libérer complètement de leur

douleur. La dissociation spatiale ou temporelle de l'attention du patient est une autre technique fréquemment utilisée. Cela se pratique généralement quand le patient peut ou doit rester immobilisé (lors des interventions chirurgicales, lors des soins dentaires, ou pendant les phases terminales de certaines maladies). Cette technique est également la plus fréquente dans la prise en charge de la douleur chez les enfants. On propose à l'enfant de s'imaginer tout simplement dans un autre endroit, dans un autre moment (du passé ou du futur), ou encore dans un autre état de confort, voire de non souffrance. Durant la dissociation on « ancre » (6) l'état de bien être, comme une ressource positive qui pourra par la suite être utilisée lors des séances d'autohypnose. Dans certains cas un rééquilibrage de la douleur est proposé. Grâce à l'hypnose, le patient trouve la capacité de modifier des perceptions et de contrôler des fonctions physiologiques habituellement involontaires.

Une simple hypno-relaxation musculaire peut être en elle-même un élément favorisant le travail sur la douleur. En partant des ressentis corporels, d'une écoute attentive des phénomènes corporels lors de l'hypno-relaxation, on atteint un état de conscience modifié qui permet au patient de se libérer de la peur, de la crainte de la douleur.



Conclusion

A travers les études cliniques entreprises pour comprendre le mode d'action de l'hypnose et de l'autohypnose ainsi que de leurs champs d'application, il apparaît un élément constant observé par l'ensemble des chercheurs, celui de la relation des patients face à la douleur. Certes, la douleur paraît réduite,

atténuée et supportable, mais surtout l'hypnose modifie considérablement la façon dont est vécue la douleur, qu'elle soit aiguë ou chronique. Cette pratique permet de gérer l'appréhension et la peur de la douleur, de bien vivre les soins ou de mieux aborder l'acte chirurgical éventuel. Par son action à plusieurs niveaux, l'hypnose peut également éviter le passage à la chronicité d'une douleur aiguë ainsi que la survenue d'un syndrome post-traumatique. Une large partie de la population peut bénéficier des effets analgésiques de l'hypnose seule ou associée à d'autres thérapies antalgiques comportementales ou pharmacologiques.

L'intérêt de l'apprentissage de l'autohypnose n'est plus à démontrer. Cette pratique peut constituer une sorte de « sparadrap », toujours à portée de main, facilement utilisable par le patient au moment le plus opportun pour lui.

L'apprentissage de l'autohypnose est toujours associé à la synchronisation respiratoire nécessaire au bon ressenti de l'état hypnotique, ce qui offre au patient la possibilité de gérer d'autres problématiques, comme le stress, la fatigue etc... Elle permet un retour vers une autonomie dans la vie de tous les jours.

L'hypnothérapie prend progressivement, et de plus en plus, un statut de thérapie à part entière. Il faut néanmoins rester réaliste à propos du rôle de l'hypnose. L'hypnose est comme toute autre technique de prise en charge : elle n'est pas efficace de la même façon chez tous les patients. Certains bénéficient grâce à l'hypnose d'un soulagement spectaculaire de la douleur presque immédiatement, d'autres la trouvent très utile mais ont néanmoins besoin d'autres méthodes pour être soulagés, pour d'autres encore l'on remarque juste la modification du seuil de tolérance de la douleur. Il arrive également que certains patients n'y trouvent aucun bénéfice, sinon le côté relaxant d'une transe hypnotique. Il reste donc indispensable que chaque hypnothérapeute connaisse les possibilités et les apports de traitements non hypnotiques afin de pouvoir au mieux, le cas échéant, réorienter le patient. Le travail avec une équipe pluridisciplinaire ainsi que les échanges entre différents spécialistes, restent essentiels.

1. VAKO – ce terme de la PNL résume l'approche dominante dans la manière de penser et de percevoir d'un individu. V - visuel, A - auditif, K - kinesthésique, O - olfactif et gustatif)

2. L'exemple de Madame B.: cette patiente, asthénique et présentant d'importantes douleurs du dos, s'est imaginée, lors de la première séance d'hypnothérapie, en grand et puissant baobab. Cette métaphore l'a par la suite accompagnée au quotidien, dès le moindre signe de fatigue elle revoyait spontanément « son baobab » pousser en elle.

3. Le mot « hypnose » n'apparaîtra qu'en 1843

4. Crasilneck & Hall, 1985

5. Anesthésie : absence totale de sensation, de façon locale ou généralisée, analgésie : diminution ou disparition de la douleur seule.

6. Terme « ancrage » issu de la PNL

Bibliographie

Benhaiem Jean-Marc., L'hypnose qui soigne, Edition Josette Lyon, 2005

Corydon Hammond D., Métaphores et suggestions hypnotiques, Le Germe , 2004

Kerforme Philippe, Hypnose et autohypnose, initiation à une pratique au quotidien, Editions Dangles, 1994, collection « Initiation ». 1982

Rouet Marcel, La maîtrise de votre subconscient. La solution de vos problèmes personnes par l'autohypnose associée à la pensée créatrice. Editions Dangles, collection « Psycho-soma »

Simon Idelman, Psychosomatique et guérison. De la dualité à l'unité : vers une santé holistique, Edition Dangles, 2004

Michaux D., Halfon Y., Wood C., Manuel d'hypnose pour les professions de santé, Maloine, 2007

« Document Clinique et Thérapeutique, Chertok, Michaux et Droin : Douleur et Hypnose » L'Evolution Psychiatrique, année 1976, tome XLI, Janvier-Mars, Privat, Editeur

« La Douleur », Hypnose et Thérapies Brèves, Revue internationale de langue française, Hors série n° 3



La manipulation d'un appareil de TENS*

Auteurs : LEFEBVRE bernadette, Infirmière, Consultation Douleur du CH d'Abbeville
 LIMOUNI Florence, Infirmière anesthésiste, Consultation Douleur du CH

La **TENS** (Transcutaneous Electrical Neuro Stimulation ou Neurostimulation TransCutanée) est un moyen thérapeutique non médicamenteux non invasif destiné à soulager la douleur à l'aide d'un courant électrique transmis aux nerfs par des électrodes placées sur la peau.

Un peu d'histoire (1) :

Dès la **haute Antiquité égyptienne** (2500 avant notre ère), les décharges électriques produites par le poisson-chat sont représentées dans les bas reliefs ; puis celles du poisson torpille sont utilisées par les médecins de l'empire romain contre la migraine ou la goutte.



Le poisson chat

À l'**époque de Socrate**, philosophe de la Grèce antique (- 470 à - 399), on traitait également de la sorte les douleurs arthritiques et les maux de tête. Ce n'est cependant qu'en **1965** que **Ronald Melzack** (psychologue) et **Patrick Wall** (physiologiste) systématisent la technique et lui donnent le nom de «**neurostimulation électrique transcutanée** ».

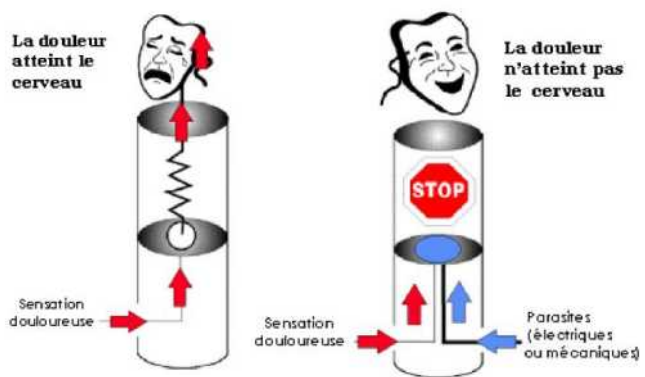


Patrick WALL et Ronald MELZACK

Les principes de fonctionnement de la TENS :

► **Le gate control**

utilisation en TENS dite « conventionnelle » 70 – 100 Hz :



Photos issues d'une présentation de Valérie Marteau IRD au CHA Libramont - Belgique

► **Le relargage de substances opioïdes endogènes**

utilisation en TENS dite "acuponcturale" 2 - 4 Hz : stimulation des motoneurons alpha responsable de secousses musculaires.

Selon la HAS (2) :

- La TENS est indiquée « dans les douleurs chroniques lorsqu'il y a insuffisance et/ou inadéquation des traitements médicamenteux »
- La commission n'a « pas déterminé d'amélioration du service rendu par rapport aux alternatives ou entre les différentes modalités de TENS ». Donc pas de recommandations d'utilisation d'une modalité de stimulation par rapport à l'autre. Cependant, il existe des fiches patient en fonction des pathologies, bien utiles dans nos pratiques. Les 3 dernières ont été réalisées avec la collaboration de médecins picards (La fibromyalgie – Dr SERRA; Douleurs neuropathiques de l'amputé et Douleurs de névrome chez l'amputé – Dr SOROT-THOMAS).
- Elle maintient : « un essai préalable à la prescription, 6 mois de location avant achat ».
- Elle élargit le champ des prescripteurs « sous

* Travail présenté lors du 10ème Colloque "Douleur Picardie"

réserve qu'ils bénéficient d'une formation spécifique à la technique et des capacités nécessaires pour un suivi adapté au patient ».

La HAS (3) précise que la technique doit être proposée au « patient motivé et ayant une bonne capacité d'observance ». Un cahier des charges indiquent les spécificités des appareils (pour ouvrir droit à remboursement – 2 niveaux d'appareil = marque ou générique).

Ce rapport donne également les conditions de prescription :

- Prescription après essai, éducation, suivi à 1, 2, 3 et 6 mois pendant la location puis tous les 6 mois après achat. La prescription doit, en théorie, faire suite à un « avis pluridisciplinaire comprenant au moins un rééducateur, un chirurgien orthopédiste, un gynécologue, un psychiatre, un rhumatologue, un neurologue ou un neurochirurien ».

- Formation du patient par « le prescripteur ou un professionnel de santé en relation avec celui-ci titulaire d'un DU douleur (kiné, IDE, pharmacien, AS) ».

- Les consommables peuvent être prescrit par « le prescripteur initial ou un médecin en relation avec ce dernier ».

- Cas particulier du patient ne pouvant placer seul les électrodes, il est possible de prescrire le passage d'une IDE ou d'une AS formée à la technique.

L'atelier proposé lors du 10ème COLLOQUE « Douleur en Picardie » a pour objectif de venir compléter l'apport théorique réalisé lors du DIU douleur. Il s'agit donc d'un atelier pratique visant à mettre en situation des soignants amenés à prescrire ou éduquer un patient à l'utilisation du TENS. Nous souhaitons faire prendre conscience aux soignants concernés qu'il ne s'agit pas simplement de prescrire l'appareil. L'utilisation de cette technique implique un accompagnement, donc du temps, sinon elle est vouée à l'échec.

Nous demandons aux participants (environ 18 par groupe) quelle est leur fonction et leurs attentes vis-à-vis de l'atelier. Chaque groupe comprend 1 ou 2 médecins et principalement des infirmiers. Leurs attentes sont homogènes, puisqu'ils souhaitent manipuler les appareils, avec pour quelques uns, un projet de devoir éduquer des patients.

La manipulation d'un TENS est un geste technique que le patient doit acquérir pour se soulager lui-même. Mais une éducation pratique seule ne suffit pas. Pour obtenir cette autonomie, pour optimiser la réussite de ce moyen thérapeutique, **le versant éducatif a toute son importance.**

Lors d'un premier rendez-vous, un projet de soins est donc fait avec le patient. Nous précisons ensemble les objectifs possibles en restant réalistes, il est nécessaire d'insister sur sa

participation active et d'expliquer avec des mots simples le principe de la neurostimulation. Un support écrit est remis au patient ainsi que la possibilité d'un contact téléphonique. Le suivi du patient comprend l'évaluation de l'efficacité du traitement, l'avancée des objectifs fixés et si besoin des réajustements sont proposés.

Lors de cet atelier pratique, il nous semble important de faire ce rappel avant de passer à la technique proprement dite (cf *page suivante*).

Pour cet atelier nous bénéficions du prêt d'appareils par les 2 principaux laboratoires actuellement sur le marché :



Le TENS éco 2



Le Cefar Primo Pro

Nous proposons aux personnes qui le souhaitent de placer les électrodes sur eux de façon à ressentir les différentes sensations offertes en fonction du programme choisi. Nous pouvons les répartir en 3 groupes grâce à la participation de Pascale ce qui permet de nombreux échanges. Les principales questions concernent le choix des programmes et leur utilité, le placement des électrodes et quelques questions pratiques sur les remboursements.

Selon le retour des questionnaires de satisfaction, l'atelier a été très apprécié. Notre objectif a visiblement été atteint puisque les participants, selon ce retour, ont pu se rendre compte que la TENS n'était pas simplement une « histoire de boîtier et d'électrodes » !

Bibliographie

- (1) WIKIPEDIA, encyclopédie généraliste sur le net
- (2) Avis HAS, (17 février 2009), Commission d'Evaluation des Produits et Prestations
- (3) HAS, (septembre 2009), Evaluation des appareils de Neurostimulation électrique



Éducation du patient à l'utilisation de la TENS

Atelier 10^{ème} Journée Douleur en Picardie

B. LEFEBVRE - IDE CONSULTATION DOULEUR - CH ABBEVILLE
F. LIMOUNI - IADE CONSULTATION DOULEUR - CH COMPIEGNE

Objectifs éducatifs

- évaluer adhésion de la personne
- évaluer ses croyances et ses connaissances
- autonomiser la personne dans son utilisation
- la soutenir :
 - Techniquement, réajuster si nécessaire
 - sur l'utilisation des traitements associés
 - émotionnellement

Texte : recommandations HAS

- séance test : efficacité ? % soulagement
- location maxi 6 mois puis achat
- suivi mini à 1, 2, 3 et 6 mois puis tous les 6 mois
- si besoin aide IDE pour placement électrodes

Adhésion ? Croyances !

- La personne a-t-elle compris l'intérêt de ce qui lui a été proposé ?
- Expériences perso ou non de TENS ?
- Exemples croyances : pense TENS = repos, pas en dehors du domicile ...
- Attentes ? => pas de MAGIE !

Connaissances ?

- Principes GATE CONTROL => adapter théorie Acuponcturale - Endorphinique
- Évaluation douleur +++ => où ? Quand ?
- Placement et maintenance électrodes, réglage appareil, limites utilisation ...

Autonomie

- Est-il capable de placer électrodes : seul ou non
- Respect sécuritaires ?
- Réglage appareil ?
- Demander de l'aide si besoin ?

Sécuritaires

- Zone cutanée saine et sensibilité ok
- + surveillance cutanée (allergie, brûlure)
- Pas en regard sinus carotidien, ni cœur
- Pas quand conducteur
- Pas quand on dort
- Prescription médical => pas aux proches sans avis

Et maintenant ... à vous d'essayer !



La Posturologie

Auteur : GAGÉ Lionel, Podologue, Abbeville



Un petit historique

FLOURENS (1794-1867) : rôle du vestibule

LONGET (1845) : rôle de la proprioception des muscles para vertébraux

ROMBERG (1846) : rôle de la vue et de la proprioception podale

DE CYON (1911) : rôle de la proprioception oculomotrice

MAGNUS (1926) : rôle de la sole plantaire

BARON (1952) : montre que de légères modifications proprioceptives entraînent des adaptations posturales et locomotrices majeures ; ces dernières générant un cortège de pathologies sont traitées par des stimulations posturales au niveau des organes sensoriels.

RANQUET (1953) : création d'une plateforme posturographique permettant l'enregistrement du phénomène sans le modifier.

DA CUNHA (1979) : description du syndrome de déficience postural en y incluant les troubles de l'axe corporel.

VILLENEUVE et collaborateurs (1985) : apportent les connaissances podologiques orientées vers la posture et

enrichissent les perspectives cliniques (posturo-dynamique, épine irritative d'appui plantaire, chaînes neuromusculaires, etc.) et thérapeutiques (semelles de posture) en développant la Posturologie.

GAGEY, BIZZO et col. (1986) : interprétation posturographique efficace grâce à l'informatique et création de normes.

MARINO et VILLENEUVE (1994) : suite à des recherches cliniques créent la Posturodentie. Cette thérapeutique posturale utilise des réactions d'orientation, à point de départ stomatognathique par l'intermédiaire de gouttières ou d'alph sur les faces vestibulaires ou linguales des dents.

LEMAIRE et VILLENEUVE (1996) : développent une véritable Thérapie Manuelle Informationnelle au service de l'homme debout : la Posturothérapie, à partir d'une synthèse entre les recherches fondamentales en neurosciences et les découvertes cliniques.

Qu'est-ce que la posturologie?

La posturologie est la science de l'équilibre humain. Elle étudie l'équilibration dans des conditions proches de la physiologie qui sont celles de la posture orthostatique.

C'est l'étude du système de régulation de la posture, de sa stabilité et de son orientation : le système postural fin (SPF) permet à l'homme de se situer dans son environnement gravitaire et fait appel à l'œil, à l'oreille interne, au pied, à la proprioception et à la viscéroception.

Ce système postural fin est constitué par des entrées dans le système qui l'informe, d'une « boîte noire » qui traite l'information et d'une sortie du système qui est le maintien de l'équilibre.

Les entrées sont les exocapteurs (informations venant de l'extérieur : oreille interne, rétine, sole plantaire) ainsi que les endocapteurs (informations venant de l'intérieur : capteurs proprioceptifs et viscéroceptifs).

La « boîte noire » représente l'ensemble des structures neurologiques qui gèrent l'équilibre, elles sont sous-corticales et fonctionnent de façon automatique en modifiant le tonus postural.

La sortie du SPF est le maintien de la position érigée , l'équilibre postural est un équilibre stable, c'est à dire « l'état

Introduction à l'entretien motivationnel

Auteur : FONSECA DAS NEVES Jeremy, psychologue clinicien, CH de Laon

Résumé :

Contrairement à ce que l'on peut imaginer, la motivation n'est pas quelque chose de binaire qui serait présente ou absente. Elle est fluctuante, construite sur un continuum et surtout, elle peut émerger de l'interaction qui s'établit entre le patient et son thérapeute. C'est autour de ces notions que l'entretien motivationnel va proposer une approche centrée sur l'individu, qui crée les conditions favorables pour l'aider à sortir de son ambivalence et à s'engager vers des valeurs qui lui sont chères. Nous nous proposons ici, après avoir décrit le modèle transthéorique du changement qui propose une vision dynamique de la motivation, d'introduire les principes et les méthodes de l'entretien motivationnel, basés sur le respect de l'autonomie, tels qu'ils ont été décrits par Miller et Rollnick (2006).



Miller R.M. et Rollnick S.

« J'ai mal, soignez-moi Docteur ! »

Si on interroge des soignants pour leur demander ce qui les a poussés à choisir la voie des soins, nous obtiendrions sans aucun doute une majorité de : « afin de soulager la souffrance de l'autre ». Ainsi, après une formation et une expérience de plusieurs années, après avoir passé du temps à transmettre les bons gestes, les bons comportements, les bonnes façons de prendre le traitement, il peut être frustrant de revoir un patient qui, une fois sorti de la consultation, n'a rien changé dans sa façon de vivre, n'a rien mis en place pour aller mieux. Et pourtant, ce patient souffre...

Face à cette frustration il est facile et naturel d'invoquer la notion de motivation. « Après tout, j'ai fait ce qu'il fallait, maintenant s'il n'est pas motivé à se prendre en charge je ne peux rien y faire. »

Cette façon d'appréhender la motivation a cependant quelque chose de limitant.

Une conception binaire et statique VS une conception dynamique de la motivation :

La motivation a longtemps été considérée et peut l'être encore aujourd'hui, comme quelque chose de binaire. Je suis motivé ou je ne le suis pas et cela va dépendre de ma personnalité.

Or, il s'avère que les conceptions les plus actuelles de celle-ci en font une description beaucoup moins rigide.

Le modèle transthéorique du changement (Prochaska, Di Clemente & Norcross, 1992) est l'une de ces conceptions. Les auteurs, suite à l'observation clinique de fumeurs, proposent une vision dynamique, non binaire de la motivation. Celle-ci serait fluctuante dans le temps et connaîtrait six phases ou stades repérables :

- **Le stade de précontemplation** : Ici le problème n'est pas identifié comme tel par la personne. C'est le déni que l'on peut rencontrer dans les problématiques d'addictions.
- **Le stade de contemplation** : A ce stade, la personne commence à prendre conscience du problème et un désir d'éviter les risques ou les dommages du comportement apparaît mais le changement n'est pas réellement envisagé. Le comportement problème est attribué à des contingences externes à l'individu qu'il ne peut contrôler.
- **Le stade de préparation** : A ce stade, la décision de changer est prise mais la personne n'a pas encore mis en place les actions nécessaires à ce changement. Le changement est planifié dans un futur proche.
- **Le stade d'action** : Ici, le changement est effectif, la personne modifie ses comportements et y consacre du temps et de l'énergie.
- **Le stade de maintien** : Quand l'action s'est inscrite dans la durée, que le changement ne demande plus autant d'efforts et d'énergie on peut parler de maintien.
- **Le stade de rechute** : Le stade de rechute, notamment dans les problèmes d'addiction, est une phase possible du parcours. Il ne doit pas être considéré comme un échec mais comme un moyen d'apprendre, de gagner en expérience. La rechute doit donc être préparée et évoquée avec la personne qui souhaite établir un changement durable.

c'est une façon d'être avec la personne, de créer les conditions favorables à la prise de décision et au changement. Il repose sur des principes et des méthodes, et c'est son esprit d'ouverture, de soutien de l'autonomie et la manière d'être avec la personne qu'adopte le thérapeute qui en font une méthode efficace pour préparer le changement. La formation reste essentielle si l'on veut pratiquer l'entretien motivationnel mais c'est avant tout l'esprit l'accompagnant que nous avons voulu faire passer ici.

Le tableau ci-dessous, repris de l'ouvrage de Miller & Rollnick (2006) résume ce qu'il faut retenir de l'esprit de l'entretien motivationnel.

Approche fondamentale de l'entretien motivationnel	Approche opposée du conseil directif
<p>Collaboration : L'intervention implique un partenariat qui met en valeur l'expertise du client et ses points de vue. L'intervenant assure une ambiance qui se veut guidance plus que contrainte au changement.</p>	<p>Confrontation : L'entretien consiste à contrarier les perspectives inappropriées du client, en lui imposant la prise de conscience et l'acceptation de la « réalité » qu'il ne voudrait ou ne pourrait admettre.</p>
<p>Evocation : Les ressources et les motivations pour le changement sont censées résider dans le client. La motivation intrinsèque est augmentée par la mise au jour des perceptions propres du client, de ses buts, de ses valeurs.</p>	<p>Education : Le client est supposé manquer d'informations essentielles, ou de capacité d'introspection, ou de savoir-faire, nécessaires pour qu'un changement se produise. L'intervenant cherche à combler ces déficits en fournissant les éclaircissements nécessaires.</p>
<p>Autonomie : l'intervenant affirme les droits et la capacité du client à diriger son sort et facilite un choix éclairé.</p>	<p>Autorité : L'intervenant dit au client ce qu'il doit faire.</p>

Tableau 1 : L'esprit de l'entretien motivationnel

Bibliographie :

Brehm, S.S., Brehm J.W., 1981. Psychological reactance : a theory of freedom and control, New-York, Academic Press. Cité dans : Miller, R.M., & Rollnick, S., 2006. L'entretien motivationnel. InterEditions.

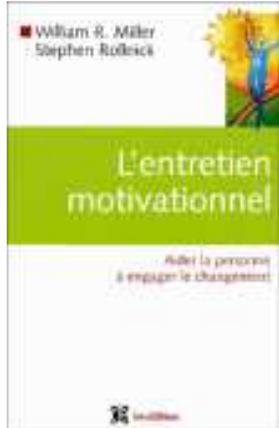
Miller, R.M., & Rollnick, S., 2006. L'entretien motivationnel. InterEditions.

Prochaska, J.O., Di Clemente, C.C., Norcross, J.C. 1992, "In search of how people change. Applications to addictive behaviors.". American Psychologist, 47, 1102-14.

Rokeach, M., 1973. The nature of human values. New York, Free Press.

Bandura, A., 2003. Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle. Paris : De Boeck.

Site Web : <http://www.entretienmotivationnel.org/>





Le système de santé est construit pour répondre aux problèmes de santé du citoyen. Mais ça n'est que récemment que celui-ci s'est retrouvé acteur. Les associations d'usagers sont maintenant incontournables. Quand le problème de santé est mal reconnu et mal pris en charge, les associations occupent une place particulière. Elles sont alors guide ou aiguillon pour les professionnels de santé. Mais elles aussi source d'information, lieu d'échange, structure de soutien. C'est le cas dans plusieurs situations de santé comme la Fibromyalgie. Le journal offre ses colonnes à l'expression d'une association militante et aidante qui trouve sa place au côté des professionnels de santé. La fibromyalgie est un trouble fonctionnel qui reste insuffisamment compris et auquel répondent des traitements médicamenteux et non médicamenteux insuffisamment validés. Les structures douleur chronique proposent des soins aux patients souffrant de fibromyalgie. En Picardie, la recherche et la formation sur la fibromyalgie et sur les traitements non médicamenteux sont particulièrement développées. L'offre de soins sera alors mieux pratiquée, mieux adaptée, mieux validée, mieux sécurisée et mieux connue. La fibromyalgie et les individus qui en souffrent ne seront plus indignement considérés. Les traitements non médicamenteux ne seront plus considérés seulement comme alternatifs, complémentaire, adjuvants ou non conventionnels.

Eric Serra CETD CHU Amiens Picardie

La fibromyalgie

Texte rédigé par l'Union des Fibromyalgiques de Picardie

La fibromyalgie

La fibromyalgie est un syndrome caractérisé par des douleurs diffuses, durables (plus de 3 mois) et non expliquées, associées très fréquemment à des troubles du sommeil, une fatigue et une fatigabilité musculaire, et d'autres manifestations fonctionnelles diverses (troubles digestifs notamment), avec un examen clinique normal en dehors des points douloureux à la palpation.

Le patient perçoit la douleur comme musculaire, tendineuse ou articulaire. Il peut s'agir de contractures, de tension musculaire, de brûlures, de paresthésies. La douleur n'est pas toujours décrite d'emblée comme diffuse par le patient, qui peut avoir une plainte initiale axée plus particulièrement sur une articulation ou une région.

En plus des douleurs, il existe des signes associés presque constants : une raideur matinale assez prolongée, un sommeil non réparateur, une fatigue générale (les patients déclarent que la fatigue est encore plus invalidante sur les activités quotidiennes que la douleur elle-même), une fatigabilité au moindre effort, notamment pour accomplir des gestes simples,



comme lever les bras pour se coiffer, une difficulté à tenir une attitude prolongée.

Que sait-on aujourd'hui sur la fibromyalgie ? Elle n'est pas une maladie du muscle, les études histologiques ou biochimiques n'ont pas mis en évidence de lésions spécifiques. Mais le muscle peut subir des modifications non spécifiques liées au désentraînement, du fait que le fibromyalgique va faire moins d'efforts à cause de la douleur.

La clé du problème se situe probablement au niveau du système nerveux central : il existe dans la fibromyalgie un trouble de la modulation centrale de la douleur, des molécules qui contrôlent la douleur.

La FNAFF

Le rôle de la FNAFF : la Fédération Nationale des Associations Françaises de Fibromyalgie a été créée le 5 mai 1998 sous le régime de la loi du 1er juillet 1901. Elle regroupe des associations régionales qui poursuivent un but commun : faire connaître et reconnaître la fibromyalgie pour une meilleure prise en charge médicale et sociale, en développant la communication sur cette pathologie. Pour remplir la mission qu'elle s'est fixée, elle met en oeuvre des actions afin :

- de diffuser des informations validées scientifiquement sur la fibromyalgie au niveau national afin d'obtenir une meilleure reconnaissance de cette pathologie auprès du corps médical, paramédical, des pouvoirs publics, des organismes sociaux, des compagnies d'assurance ;
- d'aider l'action médicale dans le domaine de la fibromyalgie et des syndromes analogues, en établissant des liens entre les centres de recherche et les équipes soignantes ;
- de contribuer à la réinsertion sociale et/ou professionnelle des personnes atteintes de fibromyalgie ;
- de coordonner les actions des associations membres, en vue de la réalisation de leurs buts ;

La FNAFF joue un rôle important pour réunir médecins et chercheurs impliqués dans cette pathologie, afin qu'ils puissent mettre en commun les recherches effectuées ainsi que les résultats obtenus, notamment par le biais des congrès nationaux qu'elle organise sur la fibromyalgie ; les thèmes développés par les intervenants favorisent de manière sérieuse, et sans faux espoirs, la reconnaissance de la maladie.

En participant au développement de la recherche, en oeuvrant pour la reconnaissance de la maladie et sa prise en charge à 100% par la Sécurité Sociale, la Fédération Nationale et les Associations de Fibromyalgiques affiliées répondent aux attentes des malades, tout en leur apportant le soutien nécessaire dans les moments difficiles.



Les patients perçoivent comme douloureuses des stimulations qui sont au-dessous du seuil de la douleur chez des sujets normaux : les seuils sont de 2 à 3 fois plus bas aux stimuli mécaniques, thermiques, électriques. Les patients présentent également un seuil de tolérance à la douleur qui est diminué. Sur les troubles du sommeil, le sommeil lent profond, qui permet aux personnes de récupérer au niveau musculaire et d'être en forme le matin, est complètement désorganisé du fait des nombreux micro-éveils, et cela explique la fatigue.

La fibromyalgie s'apparente-t-elle à la dépression ? L'Académie Nationale de Médecine a déclaré en janvier 2007 qu'il n'existait pas de profil psychologique spécifique, ni de preuve permettant de rapporter ce syndrome à une origine uniquement psychogène. Un contexte de tension émotionnelle, d'anxiété et de dépression est cependant constant et impose une prise en charge particulière.

Les traitements médicamenteux : On va s'efforcer de trouver l'antalgique adapté et que l'on supporte le mieux.

Les traitements non médicamenteux : le désentraînement à l'effort (l'inactivité) joue un rôle aggravant sur les symptômes, avec une sensibilité musculaire aux microtraumatismes. La rééducation tient une place très importante dans le traitement de la fibromyalgie, et le maintien d'une activité physique est fortement recommandé. Il faut éviter les efforts violents, l'entraînement doit être progressif et régulier, accompagné si nécessaire d'un programme de rééducation: exercices

d'étirement, de musculation douce, de réentraînement cardio-vasculaire.

Les techniques adjuvantes : balnéothérapie, massages, chaleur, acupuncture ne constituent qu'une aide au traitement.

L'approche psychologique est proposée en aide dans toute douleur chronique. Diverses techniques mentales peuvent être mises en oeuvre : la pratique d'exercices de relaxation, de sophrologie, peut être bénéfique, mais tout le monde n'y adhère pas.

L'association "Union des Fibromyalgiques de Picardie"

Création : L'association a été créée en juillet 2007 (association Loi 1901) pour essayer de répondre au souhait des malades fibromyalgiques.

Siège social : 126 rue de l'école 60880 ARMANCOURT (proche de COMPIEGNE)

tél : 06 09 49 30 52 ou 03 44 83 40 79

mail : unionfibromyalguespicardie@yahoo.fr

L'association est affiliée à la F.N.A.F.F (Fédération Nationale des Associations Françaises de Fibromyalgie) et membre du C.I.S.S PIC (Collectif Inter-associatif sur la Santé, Picardie).

L'association compte 80 adhérents.



Objectifs :

- Regrouper les patients afin de leur apporter toutes les informations utiles, ainsi qu'à leurs proches.
- Apporter un soutien moral, en favorisant les contacts avec les patients et ceci afin de rompre leur isolement.
- Faire connaître et reconnaître la fibromyalgie pour une meilleure prise en charge médicale et sociale, en développant la communication sur cette pathologie.
- Aider l'action médicale dans le domaine de la fibromyalgie, donc contribuer à la diffusion d'informations de type médical ou social en établissant des liens avec les équipes soignantes, les malades et leurs familles.
- Sensibiliser l'opinion publique aux problèmes posés par cette pathologie.



Activités :

- **Ecoute téléphonique :** 06 09 49 30 52
- **Réunions rencontres tous les deux mois.**

Afin de rompre l'isolement dont souffrent de nombreuses personnes fibromyalgiques et leur apporter des informations, l'association organise tous les deux mois des réunions rencontres, parfois avec la participation de professionnels de la santé. Les proches sont conviés à ces rencontres (parfois cela peut aider à mieux comprendre les souffrances de l'autre).

Les adhérents témoignent régulièrement de ne pas être compris par le conjoint, leurs proches et leur milieu professionnel....

• Conférences

Afin d'apporter un maximum d'information dans notre région, l'association organise des conférences avec la participation des médecins de la région.

2 octobre 2010 : rencontre avec Docteur Courtelhaç au Centre Hospitalier de Compiègne sur le thème « L'importance de l'activité physique et du régime alimentaire équilibré dans la prévention des risques cardio-vasculaires ».

27 mars 2010 rencontre avec Docteur Céline Talmant à Compiègne autour du thème « La fibromyalgie ».

6 novembre 2010 Conférence à Institut de Formation en Soins Infirmiers à Compiègne avec la participation des Docteurs : Eric SERRA, Céline TALMANT et Philippe AUTRET et avec pour thème « Vivre avec la Fibromyalgie ».

8 juin 2011 au Théâtre du Chevalet à Noyon Conférence avec le Docteur Céline Talmant « Vivre mieux avec la fibromyalgie ».

Autres projets :

5 novembre 2011 Conférence à Beauvais « Fibromyalgie, quoi de neuf » sous la présidence du Docteur Thavy NGUON et avec l'intervention du Docteur Eric SERRA.

Une conférence avec le Docteur Jean LEGOUT, est en préparation à Creil.

- **Diffusion des revues de la Fédération Nationale** auprès des adhérents, des professionnels de la santé et des médecins.

- **Valorisation de l'activité physique**

Plusieurs adhérents ont intégré un groupe de gymnastique douce et participent régulièrement aux séances et cela depuis la création de l'Association. Toutes ont constaté une meilleure souplesse des articulations, moins de raideurs, une amélioration certaine de leur quotidien et un meilleur moral. Les séances se passent en musique et dans la bonne humeur. Le groupe est composé de personnes plus au moins valides et en majorité non fibromyalgiques.

La pratique de la marche, bien sur selon les possibilités de chacun est une activité simple et à la portée de tous. Cette expérience a montré aussi un certain bénéfice dans la gestion de la pathologie.

- **Intégration dans un groupe de sophrologie** « Caycédiennne » dans le but d'acquérir une meilleure approche des émotions et des ressentis.

- **Contribution à la connaissance de techniques**, pouvant à plus ou moins long terme et selon les patients, montrer un « mieux-être » : kinésithérapie douce, balnéothérapie, ostéopathie, acupuncture, mésothérapie...

- **Coopération avec les médecins et hôpitaux.**

- **Participation de l'association au sein du Collectif Inter-associatif sur le Santé de Picardie.**

Témoignages :

Dominique

« Je vais faire une petite synthèse de ma gestion quotidienne de la fibromyalgie dont je souffre.

Déjà, quand je me lève à 6H pour aller au travail, je suis de plus en plus fatiguée, je suis souvent contrainte de retourner m'allonger quelques mn. Si je suis confrontée à un problème, je suis très angoissée, voire même prise de tremblements et palpitations et les douleurs diverses de mon corps se font bien présentes.

Je constate aussi beaucoup de ralentissement dans mes gestes, mouvements, une hyper sensibilité, un sommeil en pointillé, des réveils tout au long de la nuit, malgré le somnifère.

Je sais aussi que si j'ai déjà marché 1/2 h (pour faire l'aller - retour travail domicile) je ne peux envisager de refaire de la marche Je suis trop fatiguée, prise de malaise et je souffre. La station debout étant maintenant impossible, je suis privée de certaines sorties si je sais que je ne pourrai m'asseoir.

Je ressens un mieux-être si je gère les efforts à fournir, par exemple, ne pas prévoir de faire des courses si j'ai fait du ménage avant. J'ai besoin, maintenant, de prendre mon temps, et de me reposer si nécessaire.

La concentration, pour les dossiers est de plus en plus difficile, j'ai déjà été appelée à plusieurs reprises par ma supérieure qui m'a fait constater que ma productivité avait baissé. Quant à mon entourage professionnel aucune compréhension ! Je préfère d'ailleurs ne parler de rien. »

Témoignages :

Cathy

« Agée de 34 ans, j'exerce le métier de monitrice éducatrice depuis 2001. Je suis maman d'un petit garçon de 4ans.

En 2005 surviennent des premiers signes de douleurs ainsi qu'une fatigue anormale. Débutent alors des examens médicaux afin de déterminer la cause de ces symptômes. La survenue de ma grossesse interrompt la poursuite des examens ainsi que les traitements anti-douleur. Suite à la naissance de mon fils, les douleurs et la fatigue générale associées à des troubles musculaires s'accroissent et deviennent un réel handicap pour les gestes de la vie quotidienne. Des raideurs matinales me demandent un certain temps afin de trouver une mobilité. Une série d'examens ne révéleront rien d'anormal. Je mets donc ces symptômes sur le compte du rythme de vie, de la grossesse, du post accouchement et tente de me faire une raison. A la fin de mon congé maternité je reprends le travail.

En 2010 les symptômes m'handicapent toujours autant. Des douleurs rendent mon quotidien difficile et surviennent même la nuit empêchant un sommeil serein et récupérateur. De simples faits et gestes sont désormais très pénibles et fatigants. Quelques exemples : Difficultés pour frapper à l'ordinateur (pour rédiger un courrier informatique tel que celui-ci, je dois m'y reprendre en plusieurs étapes car très vite apparaissent des douleurs dans les mains, les doigts, puis les bras), difficultés pour tenir un téléphone, tenir la station debout trop longtemps, conduire sur de longs trajets. Ma concentration est vite perturbée et je fatigue très vite. Sur les conseils de mon médecin, en avril 2010, je consulte un rhumatologue. Examens radiographiques et analyses de sang sont effectués. En conclusion on me diagnostique « La fibromyalgie ».

Mon activité professionnelle est remise en cause. Je suis éducatrice et accompagne dans leur quotidien, des jeunes majeurs en difficultés sociales et familiales. Mon travail demande beaucoup d'attention, d'énergie, d'adaptation et de gestion du stress. La masse horaire ainsi que le rythme décalé (journée, lever, soirée, week-end) ne me permettent plus d'être fiable et opérationnelle au quotidien car j'ai régulièrement besoin de temps de repos et d'un rythme beaucoup moins soutenu.

A ce jour, je suis suivie par mon médecin généraliste et par le centre anti douleur de Noyon. J'ai une séance de kinésithérapie et de sophrologie hebdomadaire.

-La kinésithérapie me soulage des douleurs mais l'effet immédiat ne dure pas dans le temps. Les séances sont toutefois nécessaires car elles me soulagent des tensions et contractions liées à la maladie.

-La sophrologie « caycédienne » est d'un grand soutien. Cette méthode m'aide à prendre conscience de mon corps, m'apporte une détente et un certain lâcher-prise. La sophrologie m'aide aussi à faire face aux conséquences qu'engendre la maladie, j'apprends davantage à vivre au jour le jour, je prends conscience que je dois désormais adapter mon quotidien en fonction de mon état et diviser le temps de mes activités de moitié.

-Ayant entendu dire et lu que la fibromyalgie pouvait éventuellement être la conséquence d'un ou plusieurs « chocs émotionnels importants, » j'ai donc rencontré une psychologue pour une EMDR. Plusieurs séances ont eu lieu. Nous avons travaillé sur plusieurs troubles émotionnels survenus dans mon enfance, adolescence et vie d'adulte. Je peux constater que l'EMDR est une méthode assez surprenante car j'ai évacué des événements de mon passé qui me perturbaient jusqu'alors et qui ne me « hantent » plus à ce jour. Malheureusement, les résultats pourtant positifs, n'ont eu aucun impact sur ma pathologie.

-Sous les conseils d'un médecin spécialisé, j'ai modifié mon alimentation. Essentiellement, j'ai supprimé le lait de vache que je remplace par du soja, lait de riz...J'ai réduit mon apport en gluten et en sucre. Je mange davantage de féculents sans gluten (riz, quinoa...). Souffrant d'inconfort digestif je constate que ce changement alimentaire m'apporte un mieux-être. Je constate également qu'une consommation excessive de sucre rapide accentue mes douleurs et mon état de fatigue !!!

-Je pratique la course à pieds entre 35 et 50 minutes deux fois par semaine. (Le sport a toujours été une soupape donc pas question de cesser). Autant une sortie peut me procurer un bien être, autant parfois il me faut parfois 2/3 jours pour récupérer. « Avec la fibromyalgie il est important d'écouter son corps sans trop s'écouter ». Mais trouver le juste milieu n'est pas si simple d'autant plus lorsque fatigue et douleurs sont chroniques.

-Enfin, depuis peu, j'ai décidé de prendre contact avec la psychologue du centre antidouleurs qui prend en charge des patients souffrant de Fibromyalgie. L'objectif de cette démarche est d'avoir une écoute, de pouvoir échanger et de ne perdre « ni pieds ni tête » face à une maladie qui est un réel handicap au quotidien, qui ne se voit pas mais se fait bien ressentir.

Pour conclure, la Fibromyalgie est devenu un combat de chaque jour, un réel travail quotidien sur moi-même pour accepter la maladie afin de vivre avec et le mieux possible.

Cette maladie si vicieuse, qui ne se voit pas et qui a un impact si lourd sur le quotidien peut avoir d'importantes conséquences sur le mode de vie, le moral, les relations. La chute peut être rapide et brutale. D'où l'importance de ne pas s'isoler mais de garder du lien social. La compréhension et le soutien de l'entourage sont d'une ressource vitale. »

Bernadette

« J'ai été diagnostiquée fibromyalgique en 2004 et cela a été un grand soulagement de pouvoir mettre un nom sur cette souffrance permanente, présente depuis plusieurs années !!! A cette période de ma vie la douleur était telle que je pensais devenir folle à certains moments, je me disais que c'était dans ma tête et en même temps je ne voulais pas me résigner à cette restriction !

C'est une douleur permanente, envahissante, oppressante, lancinante qui influe grandement sur la qualité de vie au quotidien ! Ce n'est pas visible par les autres ! Ce n'est pas comme un bras cassé qui se voit ! Aussi l'entourage a beaucoup de mal à reconnaître cette « bête » qui nous mange de l'intérieur et contre laquelle on lutte tout le temps ! On est obligé de mettre en place un comportement social différent de celui que l'on avait !!! Je suis quelqu'un de très actif et j'ai dû ralentir mes activités, et renoncer à des choses que j'aimais beaucoup !!! Au niveau professionnel, c'est un handicap. J'étais institutrice, travail qui demande énormément d'énergie et il m'a fallu beaucoup de volonté et un grand amour de mon travail pour ne pas déclarer « forfait ». Personne ne peut savoir au prix de quels efforts sur nous-mêmes on garde le sourire quand on pourrait hurler de douleur. C'est le caractère toujours présent de cette souffrance à des degrés plus ou moins forts qui est le plus dur à supporter !

Cette maladie est tout le temps présente par une douleur continue au niveau des muscles et des tendons autour des articulations ; et les douleurs « bougent » ! On les croit installées à différents endroits et il y a toujours un nouvel endroit qui fait mal ! Et en plus il y a des moments de crises : là c'est tout le corps qui est anéanti et qui subit cet envahissement... et cela peut durer 3 jours, 1 semaine, 1 mois !!! C'est aussi une maladie très aléatoire : on peut partir se promener en n'ayant pas de douleur particulière et devoir s'arrêter parce que la marche déclenche une douleur intense au niveau d'un genou, des chevilles...ou au contraire on part en ayant bien mal et la douleur va s'atténuer avec la marche... On ne sait jamais quand vont se déclencher les « crises », même si à force on apprend à ses dépens que la fatigue physique, psychologique et morale y sont pour une grande part !!

Il faut beaucoup de volonté...et ne pas se laisser envahir par le découragement, ce qui n'est pas toujours facile ! Et on craque quand on est à bout de forces et de résistance !

Petit à petit des « stratégies » se sont mises en place. Sur les conseils du rhumatologue j'ai fait de la marche tous les jours : 20 minutes au départ puis jusqu'à ¾ d'heure et plus.

Depuis plus de 15 ans je fais de la mise en disponibilité corporelle : gymnastique posturale qui fait travailler tous les muscles en profondeur. Cela me remuscule, me détend et la personne qui s'occupe du groupe est très attentive au ressenti de chacune des participantes et je me sens reconnue dans mon corps souffrant et dans mes limites et mes progrès.

Pendant 3 ans j'ai pratiqué la sophrologie en groupe et cela m'aidait beaucoup à me détendre et à prendre du recul.

Je fais partie d'une chorale avec mon mari et cela aussi m'apporte au niveau de la détente et de la socialisation.

Françoise

Suite d'une rencontre avec Nadine Nougarède, sophrologue, lors d'une réunion de l'association, j'ai intégré un groupe de sophrologie caycédienne.

La pratique est basée sur le ressenti de ce que l'on est en train de vivre au travers d'exercices simples ou le corps est toujours présent ce qui conduit à une meilleure gestion du stress au quotidien. Elle permet de prévenir l'angoisse et dépression. Nous ne travaillons pas sur les contenus mais sur les sentiments et les valeurs.

Nous avons travaillé sur :

- la posture (équilibre debout et assis)
- la maîtrise du souffle
- découverte du centre de gravité (lieu de refuge)
- renforcement de la protection qu'est notre tissu cutané
- renforcement des capacités

Nous avons appris à prendre conscience de notre corps, à évacuer toutes les tensions de notre corps, partie par partie. Moi qui ai beaucoup de mal à me concentrer, j'arrivais certains jours avec des douleurs en début de séance et je sortais décontractée avec les douleurs disparues avec une sensation de légèreté et de vide de tous les sentiments qui nous font souffrir. J'avais la sensation d'être plus forte pour affronter les épreuves qui nous perturbent et qui nous déclenchent les douleurs

Nous avons appris à minimiser toutes les choses qui prennent tant d'importance pour nous et penser un peu à nous sans pour cela se sentir égoïste.

Maryse

Mon combat pour vaincre la fibromyalgie fût difficile mais je savais que j'avais en moi les ressources nécessaires pour y parvenir, je savais qu'après toutes les embûches que la vie m'avait permis de traverser, celle-ci en était une de plus et je me suis accrochée et mon moral d'acier m'a permis d'aller droit vers la rémission.

Lorsque je parle de rémission c'est dans la tête, ce qui provoque forcément une répercussion dans le corps, il faut apprendre à vivre avec cette maladie invalidante et chronique, et accepter que le handicap.

La première étape fût l'acceptation de celui-ci. Je savais également que j'avais besoin d'une aide extérieure afin de pouvoir parler, ce qui m'a permis d'avancer et de garder confiance en moi. Je suis allée voir une psy qui a été capable de me guider afin que j'arrive à dire toutes ces choses qui me faisait souffrir intérieurement.

J'ai été dans l'obligation d'accepter que plus jamais je ne serais comme avant, que je devais avoir une hygiène de vie stricte, faire de l'exercice quotidiennement, faire attention à mon alimentation, apprendre à écouter mon corps et lui donner le sommeil dont il avait besoin, ne pas vouloir en faire trop ou trop peu sur mon lieu de travail ou à la maison, apprendre à tenir un planning et vivre à mon rythme.

Organiser ma vie de façon différente, me dire un jour je ferai les courses, un autre les tâches ménagères, chaque jour de la semaine je faisais quelque chose de différent mais toujours sans vouloir dépasser mes limites, ni me dire mon corps et mes muscles sont chauds donc je peux tout faire d'un coup !!

Je suis allée vers les autres, ne me suis pas arrêtée sur les regards qui se posaient sur moi (surtout lorsque pendant quelques mois j'ai eu recours à un déambulateur à roulettes, aujourd'hui 1 seule canne anglaise !!) et expliquer de quoi je souffrais, employer mon énergie à bon escient.

Noter soit sur papier ou dans un coin de ma tête que certaines choses apaisent les douleurs et toutes les choses qui en provoque.

Faire des massages, me rendre à la piscine, et surtout ne pas avoir peur de la maladie, car un jour elle va me laisser faire 3 pas en avant et le jour suivant 1 pas en arrière donc ne pas se dire que mes efforts sont vains. Je me suis entourée de personnes qui sont capables de faire les mêmes choses que moi, faire de la marche, aller au cinéma au restaurant plutôt le midi que le soir, discuter de tout et de rien, m'occuper l'esprit, par l'écriture, la lecture, la mosaïque afin d'essayer au maximum d'oublier les douleurs, et sortir le plus possible, voir du monde même si parfois cela me coûtait, je me disais tu n'as pas le choix car moins tu en feras et plus ta vie sera un enfer, tes douleurs seront beaucoup plus violentes puisque tu risques de ne faire que de penser à celles-ci, conduire les jours où cela est possible ou opter pour une voiture avec boîte automatique et prendre un minimum de médicaments (prévoir les crises, donc opter pour un traitement de fond).

Dire à mes enfants que j'avais besoin d'eux, et montrer que Maman même handicapée savait toujours faire la folle, les faire rire, les encourager, les accompagner chaque fois que cela m'était possible partout, même dans les parcs d'attractions (je ne faisais pas de choses violentes bien sûr) mais simplement passer un bon moment en compagnie de personnes qui ne juge et ne blâme pas.

Changer de docteur si celui que nous avons ne comprend ou ne connaît pas la fibro et surtout ne jamais se dévaloriser car il faut savoir que lorsque l'on devient handicapé nous développons d'autres sens sans même nous en rendre compte et toujours marcher la tête haute, ne pas nous dire que nous ne sommes plus bon à rien au contraire nous sommes tous et toutes plus sensibles et plus humains que quiconque et se dire que même si aujourd'hui je suis un peu fatigué(e) demain sera un autre jour et que cette journée un peu stressante et pénible sera oubliée dès demain.

Ne pas se désocialiser et travailler même à mi-temps le plus longtemps possible et si travailler est devenu impossible pour certaines personnes occuper ses journées en aidant les autres, en les écoutant, en parlant de votre vécu, et ensuite vous pourrez vous rendre compte que vous avez dépasser vos limites celles que vous ne pensiez jamais pouvoir atteindre de nouveau !!!

Ne jamais baisser la garde, car dame fibro est toujours là et elle tentera toujours de vous faire souffrir mais il faut savoir lui tenir tête et ensuite elle saura à qui elle s'adresse.

Professeur de gymnastique

A la gymnastique, on a commencé tranquillement, en douceur. Puis cette année, j'ai augmenté l'intensité des cours (renforts musculaires, étirements). La Fibromyalgie n'est pas ressentie de la même façon selon les individus, donc je propose ... et chaque personne fait selon ses possibilités ! C'est avec joie que j'ai constaté leurs progrès. Il faut persévérer et surtout pratiquer régulièrement.

Suggestions :

La question de la prise en charge hospitalière pluridisciplinaire semble importante. En 2010 ; Madame R. BACHELOT- alors, Ministre de la Santé - a été destinataire d'une question émanant de la F.N.A.F.F : « Quelle est la position du Ministre concernant la reconnaissance et la prise en charge de la Fibromyalgie. » ?

Réponse : « En ce qui concerne la prise en charge de ces traitements, il semble utile de rappeler les règles qui s'appuient sur l'ensemble des assurés (art L 322-3 du code pénal) et qui offrent la souplesse nécessaire à une prise en charge équitable. La Fibromyalgie, dont la présentation, et l'évolution sont très variables d'un patient à l'autre, ne peut être inscrite sur la liste des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse (A.L.D 30). Pour tout cas de Fibromyalgie reconnue comme grave et nécessitant des soins coûteux par le service médical ou, en cas de refus initial, par un expert, le patient bénéficie d'une exonération de ticket modérateur (A.L.D 31). Afin de s'assurer que ces règles seront appliquées de la même façon pour l'ensemble des personnes atteintes de Fibromyalgie en France, le Directeur général de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie et les médecins-conseils nationaux des différentes caisses ont été saisis afin qu'ils élaborent et distribuent aux médecins- conseils un guide de procédure sur la Fibromyalgie (...) Les directives ont été communiquées aux médecins-conseils, et aux M.D.P.H . On ne peut que constater l'attitude des médecins-conseils ou des experts qui refusent encore de prendre en compte en considération la Fibromyalgie dans l'examen des dossiers sur lesquels ils doivent se prononcer »

Qu'en est-il actuellement des ces dispositions ? En effet, nombre d'adhérents de l'Association a fait part de la disparité de l'écoute et des réponses des médecins –conseils. Comment gérer cette situation ?

Il pourrait, également, être évoquée une prise en charge globale dans un Centre Hospitalier. Toutes les techniques, évoquées plus haut ont un coût non négligeable pour une personne « démunie » (psychologiquement ou matériellement) de part la non - prise en charge par la S.S et/ou la Mutuelle. Nombre d'adhérents se retrouve au seuil de la précarité sociale : perte d'emploi, départ du ou de la conjoint(e) (difficultés à gérer au quotidien la pathologie de l'autre), familles mono-parentales. Quelle réponse leur apporter ?

La reconnaissance de la pathologie et sa prise en charge sont parfois très différentes d'un patient à l'autre. L'Association espérerait qu'une harmonisation globale des pratiques puisse voir le jour.

Nous y étions

23 et 24 Juin 2011 à AMIENS :
Le 8ème CONGRES INTERNATIONAL
Integral Medicine Association IPYMA

IPYMA, l'Association Internationale des Médecins Intégratifs, a le plaisir de vous inviter à son 8^{ème} Congrès International qui se tiendra à Amiens du 23 au 24 Juin 2011. Ce congrès international est dédié à l'échange d'expériences et de savoirs entre les praticiens de la Médecine Intégrative, de la Médecine Complémentaire et de la Médecine Alternative. Le thème de ce congrès est "L'Intégration de la Médecine Complémentaire et de la Médecine Alternative dans la Médecine Conventuelle".

Plus de 1000 participants de plus de 30 pays sont attendus. Le congrès sera animé par des experts internationaux de la Médecine Intégrative, de la Médecine Complémentaire et de la Médecine Alternative. Le thème de ce congrès est "L'Intégration de la Médecine Complémentaire et de la Médecine Alternative dans la Médecine Conventuelle".

23-24 Juin 2011 - Amiens - France



Des Conférences et Séminaires
Présentation de la Médecine Intégrative
Présentation de la Médecine Complémentaire
Présentation de la Médecine Alternative
Présentation de la Médecine Conventuelle

PROGRAMME

Le 23 Juin 2011 : 9h00 - Accueil des participants et inscription. 10h00 - Ouverture officielle du congrès. 11h00 - Conférence plénière : "L'Intégration de la Médecine Complémentaire et de la Médecine Alternative dans la Médecine Conventuelle". 14h00 - Séminaire : "L'Intégration de la Médecine Complémentaire et de la Médecine Alternative dans la Médecine Conventuelle". 18h00 - Dîner de gala. Le 24 Juin 2011 : 9h00 - Conférence plénière : "L'Intégration de la Médecine Complémentaire et de la Médecine Alternative dans la Médecine Conventuelle". 11h00 - Séminaire : "L'Intégration de la Médecine Complémentaire et de la Médecine Alternative dans la Médecine Conventuelle". 14h00 - Séminaire : "L'Intégration de la Médecine Complémentaire et de la Médecine Alternative dans la Médecine Conventuelle". 18h00 - Dîner de gala.

Université des psychologues
25, 26 et 27 Septembre 2011

Université de Paris VIII



Université des psychologues, 25, 26 et 27 Septembre 2011. Le thème de ce congrès est "L'Intégration de la Médecine Complémentaire et de la Médecine Alternative dans la Médecine Conventuelle".

Plus de 1000 participants de plus de 30 pays sont attendus. Le congrès sera animé par des experts internationaux de la Médecine Intégrative, de la Médecine Complémentaire et de la Médecine Alternative. Le thème de ce congrès est "L'Intégration de la Médecine Complémentaire et de la Médecine Alternative dans la Médecine Conventuelle".

25-27 Septembre 2011 - Paris - France

PROGRAMME

Le 25 Septembre 2011 : 9h00 - Accueil des participants et inscription. 10h00 - Ouverture officielle du congrès. 11h00 - Conférence plénière : "L'Intégration de la Médecine Complémentaire et de la Médecine Alternative dans la Médecine Conventuelle". 14h00 - Séminaire : "L'Intégration de la Médecine Complémentaire et de la Médecine Alternative dans la Médecine Conventuelle". 18h00 - Dîner de gala. Le 26 Septembre 2011 : 9h00 - Conférence plénière : "L'Intégration de la Médecine Complémentaire et de la Médecine Alternative dans la Médecine Conventuelle". 11h00 - Séminaire : "L'Intégration de la Médecine Complémentaire et de la Médecine Alternative dans la Médecine Conventuelle". 14h00 - Séminaire : "L'Intégration de la Médecine Complémentaire et de la Médecine Alternative dans la Médecine Conventuelle". 18h00 - Dîner de gala. Le 27 Septembre 2011 : 9h00 - Conférence plénière : "L'Intégration de la Médecine Complémentaire et de la Médecine Alternative dans la Médecine Conventuelle". 11h00 - Séminaire : "L'Intégration de la Médecine Complémentaire et de la Médecine Alternative dans la Médecine Conventuelle". 14h00 - Séminaire : "L'Intégration de la Médecine Complémentaire et de la Médecine Alternative dans la Médecine Conventuelle". 18h00 - Dîner de gala.

Association Française des IDE de Normandie
Jeudi 24 mars 2011 Hospital de Caen



Association Française des IDE de Normandie, Jeudi 24 mars 2011 Hospital de Caen. Le thème de ce congrès est "L'Intégration de la Médecine Complémentaire et de la Médecine Alternative dans la Médecine Conventuelle".

Plus de 1000 participants de plus de 30 pays sont attendus. Le congrès sera animé par des experts internationaux de la Médecine Intégrative, de la Médecine Complémentaire et de la Médecine Alternative. Le thème de ce congrès est "L'Intégration de la Médecine Complémentaire et de la Médecine Alternative dans la Médecine Conventuelle".

24 Mars 2011 - Caen - France

PROGRAMME

Le 24 Mars 2011 : 9h00 - Accueil des participants et inscription. 10h00 - Ouverture officielle du congrès. 11h00 - Conférence plénière : "L'Intégration de la Médecine Complémentaire et de la Médecine Alternative dans la Médecine Conventuelle". 14h00 - Séminaire : "L'Intégration de la Médecine Complémentaire et de la Médecine Alternative dans la Médecine Conventuelle". 18h00 - Dîner de gala.



4ème rencontre des IDE des Consultations Douleur de Picardie

Judi 24 mars 2011 Hôpital de Creil



4^{ème} Rencontre des Infirmières des Consultations Douleur de Picardie
Judi 24 Mars 2011
Salle de conférence, 7^{ème} étage, CH CREIL

PROGRAMME

9h00-9h30	Accueil et introduction de la journée
	Mme Nicole MISMACQ Cadre supérieur du pôle Urgences Réanimation Anesthésie Douleur, Centre Hospitalier Laennec de Creil Mme Catherine CHAMPION Infirmière, Sophrologue, unité douleur – Centre Hospitalier Laennec de Creil Mme Katia LEMOINE Infirmière, Sophrologue, hypnose, unité douleur – Centre Hospitalier de Creil
9h30-10h30	« Se lancer dans un dossier de recherche clinique...une aventure de longue haleine »
	Mme Florence LIMOUNI, Infirmière en anesthésie, Douleur, Centre Hospitalier de Compiègne Questions – Débat
10h30-11h30	Présentation de documents réalisés à l'occasion de la journée mondiale sur l'algodystrophie et la fibromyalgie.
	Mme Martine VAN DAMME, Infirmière, Douleur, Centre Hospitalier de Senlis Questions – Débat
11h30 – 12h30	Dossier douleur, antal'guide et dolo'guide
	Mme Stéphanie ANGAMAN, Infirmière, Douleur, Centre Hospitalier de Noyon Projet macrocible douleur
12h45 – 13h45	Pause déjeuner
13h45- 14h45	Prise en charge du patient migraineux en sophrologie
	Mme Catherine CHAMPION, Infirmière, Douleur, Sophrologue, Centre Hospitalier Laennec de Creil Questions – débat
14h45 – 15h30	Atelier
	M. Laurent MAGGYCS, laboratoire Schaw Médico Présentation et essai du « vasotrain » utilisé pour les migraines
15h30 -16h30	EPP et douleur
	Mme Evelyne ALLIBE, Infirmière, Coordinatrice douleur, Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens Questions - débat

4ème rencontre annuelle paramédicale des Consultations Douleur de Picardie

Cette journée s'est déroulée le 24 Mars 2011 au centre hospitalier de Creil.

Les infirmières ont été accueillies par le cadre de l'URAD, Mme Mismacq, et les deux infirmières de la consultation douleur de Creil et organisatrices de cette 4ème journée : Catherine Champion et Katia Lemoine.

Nous étions 16 soignantes, Abbeville, Amiens, Beauvais, Compiègne, Creil, Laon, Noyon, St Quentin et Senlis. La 5ème rencontre se déroulera peut-être à Abbeville, mais demande confirmation de l'hôpital.

Mme Limouni a commencé par la constitution d'un dossier de recherche clinique. Toutes les démarches administratives, le dossier recherche avec la déclaration AFSSAPS... les liens utiles sur internet, l'investissement, le temps que cela demande....



Ensuite Mme Van Damme a présenté les documents réalisés par l'équipe Douleur de Senlis lors de la journée mondiale sur l'algodystrophie et la fibromyalgie.

Mme Angaman a présenté le dossier douleur mis au point par l'équipe douleur de Noyon:

L'antal'guide, dologuide et le projet macrocible. Un travail que l'ensemble des participants a trouvé remarquable avec beaucoup d'idées à « piquer ».

Mme Champion a parlé de la prise en charge des patients migraineux en sophrologie avec les bénéfices que cela apporte dans leur quotidien.

M Magdycs, a présenté l'appareil le « vasotrain » du laboratoire Shaw médico, lié à une technique comportementale de biofeedback, permet de mesurer le pouls sur l'artère temporale (capteur infra rouge qui transmet sur l'appareil un cercle qui détermine la dilatation de l'artère) et à l'aide de la respiration la relaxation amène une vasoconstriction qui va diminuer voir stopper la migraine.



Enfin, Mme Allibe nous a parlé des EPP, mise en place essentielle pour l'amélioration de nos pratiques.

Dans l'ensemble les participants ont trouvé cette journée très enrichissante et indispensable, riche dans les échanges et les informations qui en découlent.

Catherine Champion, Katia Lemoine

Se lancer dans un dossier de recherche clinique ... une aventure de longue haleine

La médecine basée sur les preuves et les orientations actuelles du système de santé (évaluation des pratiques professionnelles, formation universitaire des IDE) nous amènent, en tant qu'infirmière, à se tourner vers de nouveaux « horizons ». La recherche clinique nécessite de se conformer à des règles d'écriture et de démarches administratives strictes. La présentation faite lors de notre journée annuelle des IDE de consultations de Picardie a eu pour objectif de « tracer ce chemin » nécessaire jusqu'à l'obtention de l'accord du Comité de Protection des Personnes (CPP). Pour résumer, avant de se lancer dans la recherche, il est nécessaire de vérifier dans la littérature si la question n'a pas déjà été traitée, s'entourer d'une équipe, prévoir un financement, écrire ce que l'on souhaite faire (il faudra ensuite faire ce que l'on a dit !) et pourquoi. La protection de l'intérêt des personnes doit rester au centre des préoccupations. Même si la démarche est longue et fastidieuse, c'est une expérience enrichissante qui finira par porter ses fruits.

Florence Limouni, Consultation Douleur CH Compiègne

Présentation de documents réalisés à l'occasion de la journée mondiale sur l'algodystrophie et la fibromyalgie

Dans le cadre des journées mondiales de la douleur 2008 et 2009 parrainées par l'OMS, organisées par l'IASP et la fédération européenne –EFIC célébrées tous les ans le 3ème lundi du mois d'octobre dont les thèmes sont les suivants :

en 2009 : douleurs musculo squelettiques

en 2008 : douleur et cancer

Nous avons organisé 2 rencontres grand public : confection de poster, de dépliant,... exposition et accueil du public dans le hall de l'hôpital et du personnel.

Choix de l'humour : Poster avec caricatures

Choix de démonter des idées reçues (notamment sur le cancer)

Choix de l'info directe : liste des centres douleur de la région

Tout ceci dans une ambiance conviviale autour d'un « pot de l'amitié »

Par la suite, affichage dans les couloirs de l'hôpital de jour chimiothérapie et couloirs des consultations externe de chirurgie et médecine.

Martine Van Damme, Isabelle Luczak, Consultation Douleur CH Senlis

Expérience de prise en charge de patients migraineux en sophrologie

Cinq patients migraineux ont été suivis en consultation individuelle sur une période de trois mois environ à raison d'une séance par semaine.

Au bout de quelques séances et d'implication personnelle par les entraînements à domicile, quatre personnes sur cinq ont senti une amélioration sur la quantité, l'intensité et la durée des crises.

Les patients ont pu intégrer les techniques et les utiliser au moment nécessaire, cela a entraîné en même temps une amélioration dans leur vie familiale et certains ont repris des activités.

La sophrologie est un outil très facile à utiliser dès lors que le patient se l'approprié.

Catherine Champion, Infirmière Sophrologue, Unité Douleur CH Creil

EPP et douleur

Depuis l'année 2000, nous entendons parler d'EPP (Evaluation des Pratiques Professionnelles) dans nos établissements de santé. C'est l'Accréditation qui a imposé la systématisation des démarches qualité dans les établissements de Santé.

Au cours de la certification V2 cette démarche était demandée tout d'abord aux équipes médicales puis pour la V3 s'est étendue aux équipes soignantes.

Mais comment faire une EPP douleur?

Faire le choix d'une thématique porteuse de potentialités d'amélioration selon les différents critères suivants:

- Fréquence
- Durée hospitalisation
- Pratiques observées différentes dans l'Etablissements ou dans d'autres Etablissements
- Coût / économie
- Potentialités d'amélioration « objectifs ».

Elle s'adresse surtout aux domaines cliniques pour lesquelles les pratiques doivent progresser

Pour réaliser une EPP douleur une équipe pluridisciplinaire doit se constituer :

Prévoir un pilote de l'étude, des groupes de travail motivés, un calendrier des différentes actions et beaucoup de ténacité...

L'analyse des pratiques doit se référer à une « méthode » proposée par l'HAS :

- Un audit clinique « ciblé »
- Un chemin clinique
- Une recherche bibliographique,
- Une recherche des références (recommandations, référentiels, pratiques d'autres équipes, etc.).

A la suite de l'analyse, les objectifs d'amélioration sont définis et programmés.

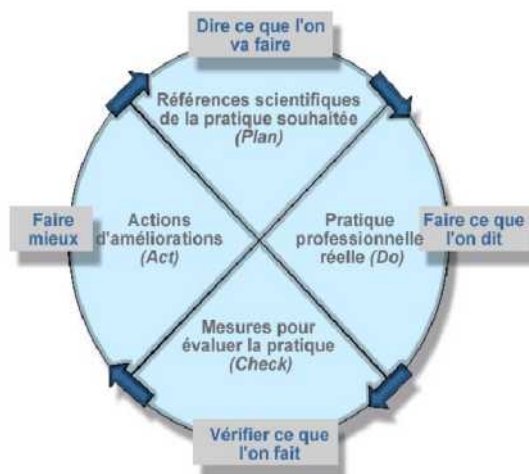
Le niveau d'avancement doit être précisé :

- doit s'effectuer ...
- est en cours...
- s'est traduite par ...

Une Evaluation des résultats de ces améliorations seront définis selon des indicateurs ou toutes autres modalités de suivi.

En conclusion

L'EPP demande une certaine constance, du temps, c'est démarche pragmatique permet de faire progresser, d'améliorer la qualité de la prise en charge de la douleur dans les services pour la sécurité des patients.



Université des psychologues

25, 26 et 27 Septembre 2011

Compte rendu de Perrine TRENEL



Les Universités d'automne des psychologues organisées par la SFETD se sont déroulées les 25, 26 et 27 Septembre 2011, en région parisienne, au domaine de Moussy-le-Vieux.

Le thème de ces Universités est resté inchangé depuis deux années consécutives afin de répondre au mieux à toutes les demandes qui avaient été effectuées lors des premières Universités: « Particularité de l'exercice du psychologue en structure douleur ».

Nous étions 15 psychologues de diverses régions de France, ainsi que 4 psychologues intervenantes: Marie-Claude Defontaine Catteau (CETD Lille), Nathalie Baste (CETD Saint Etienne), Séverine Conradi (UETD Nancy) et Thérèse Dhomont (UETD Aix en Provence).

Nous avons pu échanger autour de différents thèmes constituant le programme de ces journées:

- « La place du corps dans la prise en charge psychologique de patients »
- « Psychopathologie « normale » et psychopathologie psychiatrique en clinique de la douleur »
- « Ateliers pratiques: trois modalités d'intervention du psychologue: psychanalyse, thérapie Cognitive et Comportementale, approche psycho-corporelle».
- « La question de l'évaluation psychologique en pratique de la douleur et ses outils »
- « Psychologue, pluridisciplinarité, et prise en charge de la douleur: un questionnement perpétuel »
- « Hypnose »

Ces interventions nous ont permis d'enrichir nos connaissances et de favoriser les échanges inter-professionnels. Entre autres, nous avons pu nous interroger sur la pluridisciplinarité et le partage du secret professionnel mettant ainsi en évidence des

dynamiques de fonctionnement très différentes selon l'équipe où travaille le psychologue.

De même, nous avons pu aborder une difficulté essentielle que nous rencontrons dans notre pratique quotidienne: la valorisation des actes en tant que psychologue clinicien.

Marie Claude Defontaine-Catteau y travaille beaucoup actuellement. Elle a par ailleurs animé un Atelier Thématique Spécifique sur ce sujet lors du congrès national SFETD 2011. Il s'agirait de réfléchir à la cotation de nos actes en termes de passation de tests, échelles, questionnaires, séances de relaxation, hypnose, etc.



Enfin, le principal débat et questionnement concernait la modalité de prise en charge du patient douloureux en structure douleur: s'agit-il pour un psychologue de mener des entretiens d'évaluation ou d'effectuer un suivi psychologique?

En effet, certains psychologues reçoivent les patients à raison de deux ou trois entretiens afin d'évaluer la problématique douloureuse et de réorienter par la suite, en centre medico psychologique ou en ville. La principale raison invoquée est la surcharge de travail et des agendas plus libérés, n'étant pas contraints aux rendez-vous d'un suivi de patient.

Plusieurs psychologues se sont étonnés de cette pratique car bien que ces arguments soient réalistes, le risque d'une telle approche pourrait mettre en péril notre spécificité en tant que psychologue clinicien de structure Douleur.

Nous étions plusieurs psychologues à exprimer notre désaccord avec ce type de prise en charge et ne percevions pas d'intérêt aussi bien pour le patient que pour le praticien. De même, il faut bien souvent du temps aux patients pour établir un lien entre douleur et souffrance psychologique et ce, quelle que soit la modalité d'intervention du psychologue: analytique, psycho-corporelle ou cognitive et comportementale.

Au terme de ces trois jours, nous étions tous d'accord pour valoriser la complémentarité des différentes approches de chacun qui ont permis un réel échange entre psychologues, confrontant ainsi les pratiques et le fonctionnement de tous. Ce fut un réel plaisir de participer à ces Universités qui offrent une grande richesse humaine et de partage professionnel.

Compte tenue des différentes problématiques soulevées et des implications que cela comporte, tant au niveau des patients que sur notre particularité professionnelle, il me semble important de pouvoir discuter ensemble de ces diverses questions, dans le cadre d'une rencontre entre psychologues de la région Picardie.

Je vous souhaite une très bonne année 2012.

Perrine TRENEL,
Psychologue clinicienne
Correspondante régionale psychologue SFETD
Consultation Douleur CH Montdidier, CH Albert.

Annuaire des Structures Douleur de Picardie

AISNE

CHAUNY

Consultation de la douleur chronique CH
94 rue des Anciens Combattants A.F.N. et T.O.M.
02303 CHAUNY
Dr Tsiry ANDRIAMIHAMISOA, Urgentiste,
Algologue
Dr Jean-Marie Leborgne, Anesthésiste
réanimateur, Algologue
Mme Jenny Damiens, Psychologue

LAON

Consultation d'évaluation et de traitement de la douleur
CH Rue Marcellin Berthelot 02000 LAON
Responsable médicale de la structure:
Dr Jean-Marie Leborgne
Tél: 03 23 24 34 24/ fax: 03 23 24 31 82
Email: jean-marie.leborgne@ch-laon.fr
Secrétariat:
Tél: 03 23 24 32 40/ fax: 03 23 24 31 82
Email: secret-algologie@ch-laon.fr
Dr Raymond Ponchelet, Psychiatre
Dr Vu Dang, Médecin rééducateur
Dr Tsiri Andriamihamisoa, Algologue
Mr Gilles petitjean, Kinésithérapeute
Mme Sabine Martin, Podologue
Mme Delphine Thureau, Assistante sociale
Mme Malika Haschi, Infirmière
Mme Corinne Miel, Sage femme, Sophrologue
Mme Jenny Damiens, Psychologue
Mme Kamila Lecomte, Psychologue
Mr Jeremy Fonseca Das Neves, Psychologue

SOISSONS

Consultation d'évaluation et de traitement de la douleur C.H.G. de Soissons 46 avenue du Général de Gaulle
02209 SOISSONS CEDEX
Responsable médical de la structure:
Dr Badri Matta
Tél: 03 23 75 70 70/ fax: 03 23 75 71 29
Email: b.matta@ch-soissons.fr
Secrétariat:
Tél: 03 23 75 71 29/ fax: 03 23 75 71 29
Email: secretariat.soins-palliatifs@ch-soissons.fr
Dr Alain Martin, Algologue
Dr Roger N'Gomo, Algologue
Dr Jamal Benkirane, Anesthésiste
Dr Ferdinand Nderagakwra, Chirurgien maxillo-facial et stomatologue

Dr Achour Deghrar, Chirurgien orthopédiste
Dr Abdelkrim Ferdjouni, Gastro-entérologue
Dr Lucile Lapersonne, Gériatre
Dr Gisèle Kepgang, Gériatre
Dr Ahed Zedan, Gériatre
Dr Stéphanie Queant, Médecin généraliste
Dr Ban Dang Vu, Médecin rééducateur
Dr Philippe Peruzzi, Neurochirurgien
Dr Jean-Claude Turpin, Neuro-pédiatre
Dr Danièle Habib, Pédiatre
Dr Raoul Kama, Pneumologue
Dr Mahmoud Baba Aissa, Rhumatologue
Mme Dorothee Andrys, Infirmière
Mme Danièle Pillot, Infirmière
Mme Sylvia de Lauriston, psychomotricienne
Mme Sylvie Wyseur, psychologue

SAINT QUENTIN

Unité de lutte contre la douleur CH de Saint Quentin
1 avenue Michel de l'Hospital 02321 SAINT QUENTIN CEDEX
Responsable médical de la structure:
Dr Béatrice Berteaux
Secrétariat:
Tél: 03 23 06 75 93/ Email : anti-douleur@ch-stquentin.fr
Tél: 03 23 06 72 16/ Fax: 03 23 06 74 31
Dr Florance Melin, Gériatre, algologue
Dr Mirdad Moughabghab, Chirurgien orthopédique membres inférieurs
Dr Patrick Biellmann, Rééducateur fonctionnel
Dr Bassam Bourghol, Neurologue
Dr E De Felice, Psychiatre
Dr Dominique Ratte, Mésothérapeute
Mme Agnès Wiart, Infirmière
Mme Danièle Bombled, Infirmière
Mme Sandrine Durand, Secrétaire
Mme Laurence Greuin, Secrétaire
Mme Angélique Mayeux, Secrétaire
Mme Annick Diot, Psychologue

PERONNE

Consultation Douleur avancée du CH de Saint Quentin Consultation externes (2 fois/mois)
Pavillon Caudron rue Hector Berlioz
80200 PERONNE
Secrétariat :
Tél: 03 22 83 61 84/ Fax : 03 22 83 61 47
Email : mdevauchelle@ch-peronne.fr
Dr Béatrice Berteaux, Gériatre, algologue
Mme Agnès Wiart, Infirmière

Mme Danièle Bombled, Infirmière
Mme Devauchelle, Secrétaire
Mme Annick Diot, Psychologue

OISE

BEAUVAIS

Consultation anti douleur Centre Hospitalier de Beauvais
Avenue Léon Blum 60000 BEAUVAIS
Responsable médical de la structure:
Dr Thavy Nguon
Tél: 03 44 11 21 94/ fax: 03 44 11 21 57
Email: t.nguon@ch-beauvais.fr
Secrétariat:
Tél: 03 44 11 20 85/ fax: 03 44 11 21 57
Dr Marie Christine Goutet-Postel, Rhumatologue
Mme Christine Clin, Cadre de Santé
Mme Karine Constans, Infirmière
Mme Françoise Debrie, Infirmière
Mme Pascale Keusch, Assistante sociale
Mme Martine Duval, Secrétaire médicale
Melle Sandrine Thockler, Psychologue
Mr Dufeil Sounga, Psychologue

COMPIEGNE

Unité de prise en charge de la douleur chronique rebelle
Centre Hospitalier de Compiègne Niveau 0 -
Consultation Anesthésiologie/Douleur
8 rue Henri Adnot
60321 COMPIEGNE CEDEX
Responsable médical de la structure:
Dr Philippe Autret, Algologue
Email: p.autret@ch-compiegne.fr
Secrétariat:
Tél: 03 44 23 65 58/ fax: 03 44 23 65 62
Email: anesthesie.secretariat@ch-compiegne.fr
Mme Florence Limouni, Infirmière anesthésiste, coordinatrice douleur
Mme Muriel Demarle, Infirmière anesthésiste, ressource douleur
Mme Christine Savalle, Secrétaire
Mme Sandrine Langelus, Psychologue

Annuaire des Structures Douleur de Picardie

OISE

CHANTILLY

Consultation de la douleur CMCJ
12 avenue du Général Leclerc
60500 CHANTILLY
Responsable médical de la structure:
Dr Jean Legout
Tél: 03 44 62 66 23
Email: jean.legout@cmcj.asso.fr
Secrétariat:
Tél: 03 44 62 66 30/ fax: 03 44 62 66 67
Dr Isabelle De Bague, Soins palliatifs

CREIL

Unité de Consultation de la Douleur Chronique
Centre Hospitalier Laennec
Bd Laennec BP 7260109 CREIL CEDEX
Responsable médical de la structure:
Dr Jean-Marie Farnos
Tél: 03 44 61 60 77/ fax: 03 44 61 65 14
Email: jean-marie.farnos@ch-creil.fr
Secrétariat:
Tél: 03 44 61 69 38 / fax: 03 44 61 65 14
Email: occelli.nathalie@ch-creil.fr
Dr Jean Legout, Anesthésiste, algologue
Mme Katia Lemoine, Infirmière
Mme Catherine Champion, Infirmière
Mme Malorie Dollez, Secrétaire médicale
Mme Sandrine Rybarczyk, Psychologue

SENLIS

Consultation d'évaluation et de traitement de la douleur
Centre Hospitalier de Senlis
Avenue Paul Rougé BP 12160309 SENLIS
Responsable médical de la structure:
Dr Gwladys Fontaine
Tél: 03 44 21 70 00/ fax: 03 44 2170 86
Email: gwladys.fontaine@ch-senlis.fr
Dr Gérard Meyer, Anesthésiste réanimateur, Algologue
Dr Nabil Bouchemine, gériatrie
Dr Jean Michel Barbier, Psychiatre
Dr Mila Sreebhahun, Psychiatre
Mme Martine Van Damme, Infirmière
Mme Isabelle Luczak, Infirmière
Mme Sophie Chosseler, secrétaire médicale
Mme Sandrine Rybarczyk, Psychologue

SOMME

ABBEVILLE

Unité d'évaluation et de traitement de la douleur
CHG d'Abbeville
Rue de l'Isle Adam 80100 ABBEVILLE
Responsable médical de la structure:
Dr Vincent Soriot
Tél: 03 22 25 53 74
Email: soriot.vincent@ch-abbeville.fr
Secrétariat:
Tél: 03 22 25 52 83/ fax: 03 22 25 52 83
Dr Sophie Laboure, Algologue
Dr Catherine Devoldere, Pédiatre
Dr Philippe Gerard, Neurologue
Dr Christophe Chaperot, Psychiatre
Dr Serge Redeker, Interniste
Dr Gérald Tourneur, Urologue
Dr Abdes Bental, Gastro entérologue
Dr Gauthier Basse, Chirurgien Orthopédiste
Dr Bernard Souhami, psychiatre
Mr Maes Loic, Ergothérapeute
Mr Dominique Hochain, Kinésithérapeute
Mme Bernadette Lefebvre, Infirmière
Melle Claire Acquaviva, Psychologue
Melle Cécile Gaffet, Secrétaire médicale

AMIENS

Unité de consultation de la douleur chronique chez l'adulte
CHU Amiens Picardie, CHU Nord - Entrée 5, 4ème étage
Place Victor Pauchet 80054 AMIENS CEDEX
Responsable médical de la structure:
Dr Eric Serra
Tél: 03 22 66 88 20/ fax: 03 22 66 78 49
Email: serra.eric@chu-amiens.fr
Secrétariat:
Tél: 03 22 66 88 20/ fax: 02 22 66 78 49
Email: consultation.douleur.secretariat@chu-amiens.fr
Dr Ludovic Douay, Urgentiste, Algologue
Dr Badri Matta, Néphrologue, Algologue
Dr Jean Zaarour, Anesthésiste réanimateur, Algologue
Dr Sandrine Soriot-Thomas, Algologue
Dr Johan Leclerc, Urgentiste, Algologue
Mme Pascale De Bonville, Infirmière clinicienne
Mme Evelyne Allibe, Infirmière Coordinatrice
Mme Anne Vandenberghe, Secrétaire médicale
Melle Lucile Bonnard, Agent administratif CAE

Mme Christine Jacques, Assistante sociale
Mme Delphine Damay, Diététicienne
Mme Annie Verrier, Psychologue
Mlle Mathilde Barrier, Psychologue
Mr Frédéric Lenglet, Psychologue

Clinique Victor Pauchet

2 avenue d'Irlande
80090 AMIENS CEDEX
Responsable médical de la structure:
Dr Jean Zaarour
Tél: 03 22 33 70 00/ Email:
Dr.zaarour@pauchet.com
Secrétariat:
Tél: 03 22 33 71 05/06/ fax: 03 22 33 71 34
Email: anesthesie@clinique-pauchet.fr
Dr Pierre Grunewald, Neurochirurgien
Dr Francis Jacquemart, Neurologue
Dr Michaël Radji, Anesthésiste réanimateur, algologue
Dr Carole Dewolf, Psychiatre
Mme Catherine Bouquet, infirmière
Mr Jean-Marc Dufour, infirmier

HAM

Consultation Douleur avancée du CH de Saint Quentin
Consultations externes (1 fois/mois)
56 rue de Verdun 80400 HAM
Secrétariat:
Tél: 03 23 81 40 40/ fax: 03 23 81 40 23
Dr Florence Melin, Gériatre, algologue
Mme Agnès Wiar, infirmière
Mme Danièle Bombled, Infirmière
Mme Annick Diot, Psychologue