

édito

La douleur est une expérience réelle, individuelle et subjective. Du fait de ses différentes composantes, la douleur s'inscrit dans l'interdépendance de la vie somatique et psychique de la personne souffrante. La douleur est un phénomène complexe et en même temps routinier, difficile à traiter. La douleur chronique, installée depuis longtemps est constante, répétitive, elle freine les activités de la vie quotidienne et les loisirs, pousse l'individu à consommer des médicaments d'une manière excessive et prolongée et en même temps augmente l'anxiété, l'agressivité, le repli sur soi. La douleur chronique conduit à la dépression; elle va renforcer et entretenir certains comportements, attitudes, croyances qui vont altérer la vie intime, personnelle, familiale, sociale et professionnelle de la personne. Dans ce contexte, on comprend pourquoi les consultations et Centres de la Douleur préconisent différentes stratégies médicamenteuses et non médicamenteuses d'une manière concomitante et les proposent au patient.

>>>

dossier

Relaxation et sophrologie pour le soulagement de la douleur

Relaxation et sophrologie sont des techniques proches utilisées dans les structures de prise en charge de la douleur. Elle prennent leur origine dans l'hypnose par le choix d'une méthode moins directement inductive. En élaborant sa relaxation à partir de 1908, Schultz la définissait comme une auto-hypnose. Plus que la technique elle-même, c'est la rigueur de la formation et de l'exercice du professionnel de santé qui prime.

Relaxation et sophrologie en consultation infirmière

Théorie et expérience d'une infirmière clinicienne



Pascale De Bonville Infirmière,
Consultation Douleur du CHU d'Amiens Picardie.

Actuellement au sein des consultations de la douleur, la relaxation, la sophrologie, la visualisation sont pratiquées par des intervenants venant d'horizons différents (psychologue, kinésithérapeute, sage-femme, médecin, infirmier...). Chaque intervenant, de par son parcours professionnel et son diplôme de base, propose des méthodes de suivi différentes. L'infirmière n'est ni relaxologue, ni sophrologue au départ. Dans sa fonction de soignant, celle-ci peut se former à ces techniques pour le bien du patient. Au sein de la consultation de la douleur du CHU d'Amiens, je les utilise en consultation infirmière.

repères

Témoignage	p 4
Biblio	p 4 et 10
Fiche de suivi	p 5 et 6
En bref	p 11 et 12
Congrès	p 12

1. Consultation infirmière

La consultation infirmière est un mode de pratique qui se développe de façon importante dans le domaine de la douleur. L'infirmière reçoit des patients adressés par un médecin de la consultation douleur dans un but précis, défini (relation d'aide, éducation médicamenteuse, pose d'un appareil de neurostimulation transcutanée

et éducation d'un patient, relaxation, visualisation, sophrologie, hypnose, toucher-massage...).

Après une observation, un recueil des données, elle formalise avec le patient ses attentes, ses besoins, pose un diagnostic infirmier dans une perspective de soins infirmiers, prodigue certains soins, éduque, fournit des informations et des conseils dans le cadre de son champ de compétence.



Le soutien au patient, l'information, l'éducation, associés aux différentes thérapies et techniques sont des moyens qui vont interagir sur la composante affective, émotionnelle, cognitive et comportementale. Ces thérapies visent à l'autonomie du patient, l'aide à être acteur de son projet de soins, favoriser l'estime de soi, le mieux être dans son corps et la reprise d'activités, de loisirs ou autres.

L'apport de ces différentes approches dans le traitement de la douleur s'inscrit dans une démarche d'équipe pluri et interdisciplinaire.

L'infirmière par l'acquisition de ces techniques et leur mise en œuvre au sein de la relation d'aide a une part active dans ces modes de prise en charge. L'objet de cette lettre décline, d'une part, la spécificité de l'infirmière clinique pour les patients pris en charge en sophrologie et, d'autre part, les techniques de relaxation pratiquées par la psychologue en consultation douleur.

✦ *Hélène Fernandez*

2. Recueil des données

Le recueil des données est une étape déterminante puisque l'infirmière et le patient vont décider conjointement du travail à effectuer et de la place de la relaxation, la sophrologie, la visualisation dans le suivi envisagé.

Pour analyser la situation, je vais m'appuyer sur la personne soignée (son discours : fond et formes, ses émotions, ses comportements), sur le dossier médical, mes connaissances, mon expérience, mes intuitions (la confrontation de mon expérience et de mes connaissances) et, bien sûr, l'échange avec mes collègues (psychologues, psychiatres, médecins, infirmière coordinatrice douleur). C'est un entretien semi directif, guidé dont l'objectif est clairement expliqué à la personne soignée.

Une première consultation, un recueil de données ne débouche pas obligatoirement sur un suivi comme l'avait envisagé au départ le médecin.

Les critères sur lesquels s'appuient les médecins pour adresser un patient douloureux chronique en relaxation peuvent s'avérer divergents de ceux du patient ou de l'infirmière (représentation, étayage, relais...). Plusieurs principes doivent être respectés

dossier > Relaxation et sophrologie pour le soulagement de la douleur

dans le cas des techniques soignantes essentiellement appuyées sur la relation soignant-soigné. Il est primordial d'éviter d'engager une relation d'aide, une relaxation auprès de personnes qui ne nous ont pas exprimé de demande ou n'attendent rien. Ce sont les patients qui ont le choix de ce qu'ils doivent vivre. Souvent, avant d'intégrer des règles de santé face à la douleur, ils ont besoin de résoudre d'autres problèmes.

Après avoir commenté, reformulé les attentes du patient, nous concluons ensemble que je me tiens à leur disposition pour une suite à tenir au moment décidé par eux-mêmes et du travail que nous pourrions effectuer ensemble. Il est important de ne pas imposer nos principes et d'accepter l'autre dans sa différence. De plus, le soignant n'est pas à l'abri des difficultés qu'il a à canaliser ses propres émotions. Ceci implique une formation spécifique du soignant.

La relaxation, la visualisation et la sophrologie sont des outils au service de la relation d'aide. Ces méthodes, si elles sont suivies d'une écoute active permettent au patient d'établir ⁽²⁾ une alliance avec le thérapeute, de prendre conscience de son corps, de ses sensations, de libérer les tensions, d'expulser le négatif, de prendre conscience de sa respiration, de se réapproprier son schéma corporel, d'exprimer la douleur, les tensions, d'accepter le traitement, de potentialiser le traitement, d'envisager de nouveaux comportements, de trouver un sens à son problème, d'adopter une nouvelle attitude.

Entreprendre une séance n'a de sens que si elle s'entoure d'une compétence de soignant dans la qualité d'écoute, de présence, d'observation pour, d'une part, apprécier si l'outil est adapté, pour, d'autre part, en faire un moment tout à fait privilégié pour le bénéficiaire.

Une relaxation vécue comme satisfaisante par le patient peut lui permettre d'acquérir un sentiment positif, de maîtrise en terme de réussite par rapport à ce qu'il est encore possible de faire, ce qui l'aide à continuer à faire face à une dure réalité, aux épreuves successives que lui impose sa douleur physique et morale (perte des capacités, difficultés familiales, difficultés au travail, perte d'emploi, arrêts de travail successifs, endettement...).

3. Déroulement d'une séance

Voici comment peut se dérouler une séance de relation d'aide débouchant sur des séances de relaxation à la Consultation Douleur d'Amiens quand elle est menée par l'infirmière.

Recueil des données, diagnostic infirmier

Le recueil de données va nous amener à poser un diagnostic infirmier avec ses caractéristiques, ses facteurs d'influence ou de risque. Le principal diagnostic infirmier rencontré est douleur chronique ⁽³⁾ (État de tension physique et mentale lié à la douleur et/ou l'angoisse) avec sa caractéristique essentielle : « la personne dit que la douleur est présente depuis plus de 3 à 6 mois ».

Les caractéristiques secondaires possibles peuvent être immobilité ou inactivité physique. Dépression, multiplicité des endroits douloureux, tension des muscles squelettiques, inquiétude face à son corps, fatigue, perturbation des relations sociales et familiales, repli sur soi, irritabilité, anxiété, air abattu, agitation, diminution de la libido. Les facteurs favorisant sont ceux reliés à une altération du bien être.

D'autres diagnostics infirmiers peuvent être cités : deuil, stratégie d'adaptation individuelle inefficace, anxiété, fatigue.

Avant de définir le cadre, pour entrer dans

Objectifs

Les objectifs visés sont le plus souvent :

- Retrouver des sensations corporelles positives
- Se détendre, bien-être
- Retrouver de l'énergie
- Gérer sa douleur
- Dormir
- Se projeter dans l'avenir, résolutions de problèmes
- Envisager autrement certains examens médicaux ou interventions chirurgicales
- Augmenter l'efficacité d'un traitement
- Diversion

Définitions

le monde du patient, la première séance sera une prise de connaissance avec un recueil de données semi directif (voir annexe page 10 & 11). Cela va permettre de savoir à quoi sert le symptôme, l'existence possible de bénéfices secondaires, d'appréhender les souhaits du patient, de partir de ses représentations mentales, de ses ressources, d'évaluer sa capacité de concentration, de sa possibilité ou non à fermer les yeux, de poser un diagnostic infirmier et de définir des objectifs et des techniques. (voir encadré page suivante)

En accord avec le patient, nous allons définir la durée de la séance (1 heure maximum), le nombre de séances (10 séances éducatives avec un bilan à la 10^e séance), le rythme (toutes les semaines, tous les 15 jours) avec la journée et l'heure la plus logique pour le patient (l'idéal est de pratiquer au moment de la journée où la douleur n'est pas encore installée ou peu ; une trop grande douleur ou une fatigue intense peuvent diminuer des possibilités psychiques ; il est important de respecter l'écologie de la personne), et enfin pour quel suivi après (relais extérieurs, relation d'aide, objectifs encore non atteints à retravailler).

Les techniques d'induction ⁽⁴⁾

L'induction qui permet d'accéder à la zone de perméabilité peut être différente d'un patient à l'autre. Elle peut utiliser tous les canaux de communication.

Il y a possibilité :

- d'inductions visuelles, par exemple fixer une gommette au plafond ou sur le mur de la pièce ou proposer au sujet d'imaginer qu'il y a un point, s'il ne peut au départ fermer les yeux.
- d'inductions auditives, cela consiste à se fixer sur un son qui dure (le soupir, le claquement de doigts).
- d'inductions kinesthésiques : avec prise de conscience du schéma corporel, respecter la continuité et de la globalité du corps. Ce type d'induction est particulièrement efficace, la plupart des personnes peuvent les percevoir avec une adaptation nécessaire selon d'éventuels troubles sensoriels ou cognitifs.
- d'inductions olfactives et gustatives, comme une fleur, le café, le pain grillé, le citron, à ressentir.

RELATION D'AIDE ⁽²⁾

→ C'est un échange à la fois verbal et non verbal qui permet de créer le climat dont le patient a besoin pour changer, retrouver son courage, se reprendre en main et évoluer. Certains assimilent la relation d'aide à la psychothérapie de soutien, d'autres en font une particularité de l'exercice infirmier.

MÉTHODES DE RELAXATION

→ Elles sont des thérapeutiques rééducatives ou éducatives. Elles visent toutes en général et avec des techniques différentes, élaborées, codifiées, à produire un état de détente musculaire plus ou moins volontaire et conscient, de façon à favoriser la réduction des tensions liées au stress, à la douleur, à diminuer l'anxiété et la surcharge émotionnelle des personnes aidées. Ces méthodes dérivent presque toutes de la Méthode d'Edmund Jacobson et du training autogène de Schultz.

LA SOPHROLOGIE

→ C'est une discipline récente élaborée par le Docteur Caycedo. Elle est généralement considérée comme une méthode de relaxation. C'est l'étude des changements d'états de conscience chez les êtres humains, c'est également une philosophie. C'est une méthode dans laquelle interviennent le corps et l'esprit pour développer la sérénité et l'harmonie, par l'intermédiaire d'un ensemble de gestes accomplis en état de relaxation.

VISUALISATION

→ Processus d'activation ou de réactivation des expériences sensorielles ou émotionnelles positives permettant de mettre les ressources accumulées au service des projets futurs ou de construire de nouvelles ressources par un apprentissage et un entraînement adéquats.

Le travail à effectuer en activation intra sophronique, visualisation

À l'aide de techniques de visualisation le patient va pouvoir collecter des informations et prendre conscience de ses propres capacités stockées dans son subconscient. Le travail doit être personnalisé et vise à mobiliser ces ressources. Il doit être en lien avec le diagnostic infirmier et les objectifs posés. Pour que le patient puisse refaire l'exercice seul, je mets à sa disposition des fiches techniques, la possibilité de ramener une cassette ou autre technologie audio pour enregistrer la séance s'il le désire.

Retour à la tonicité et la verbalisation

Cette dernière phase est tout à fait indispensable pour que le patient intègre les éléments découverts lors de l'exercice. La relaxation, la sophrologie ne sont que des outils au ser-

vice du soignant pour établir une relation d'aide formelle au rythme du patient. En soins infirmiers, c'est dans le prendre soin que se structure le rôle infirmier. Le patient va pouvoir partager avec nous son vécu de la séance, son ressenti, ses découvertes, ses possibilités futures. Nous allons renforcer les décisions exprimées et ancrer au niveau conscient les points positifs du travail. Le patient peut aussi se rendre compte qu'il est possible de trouver un vrai temps de repos, d'accalmie, que cela n'est pas un luxe face à la douleur, aux épreuves successives qui peuvent le submerger.

4. Conclusion

Notre travail infirmier au quotidien est basé sur la relation d'aide. Le processus d'aide ou de soin exige que l'infirmière s'investisse vraiment dans la relation. Elle doit savoir refor-

muler, réitérer, émettre du feed-back, avoir conscience du pouvoir de la communication non verbale. La relaxation, la visualisation, la sophrologie peuvent servir de guide pour renforcer, générer une attitude empathique, potentialiser les effets du traitement, responsabiliser le patient dans sa prise en charge, l'amener à l'autonomie, le guider sur le chemin d'une vie avec moins de douleurs ou un regard différent sur sa douleur.

Biblio

- 1/ **Ljiljana Jovic**, La Consultation infirmière à l'hôpital - Éditions ENSP, 2002 Rennes
- 2/ **Collectif SFAP - Comité de rédaction : M. C. Daydé, M. L. Lacroix, C. Pascal, E. Salabarás Clergues**, Relation d'aide en soins infirmiers - Édition Masson, 2007
- 3/ **Module 4** : Certificat d'approfondissement à la demande clinique infirmière, ISIS Documents pédagogiques - 2003
- 4/ **Lynda Juall Carpenito**, Diagnostics infirmiers : traduction de la 9^e édition, adaptation française Lina Rahal ; édition Masson - 2003 Paris
- 5/ **François-Jean Paul-Cavalier**, Visualisation : Des images pour des actes, Inter Éditions 1991 Paris
- 6/ **Grimault Cécile**, Infirmière clinicienne, un chemin de croissance, Infirmière clinicienne en CHRU - La méridienne, Virginia Henderson coéditeur, 1994
- 7/ **Petrognani Annie**, Sous le signe d'hypnos, Infirmière clinicienne la nuit. La méridienne, Virginia Henderson coéditeur, 1994

Articles :

La revue du généraliste et de la gériatrie. La relaxation dans la douleur chronique chez les personnes douloureuses âgées : étude rétrospective de 86 dossiers. Auteurs : Annie Verrier, psychologue ; Pascale De Bonville, infirmière ; Eric Serra, praticien hospitalier, février 2002 - N° 82

Témoignage

Pascale De Bonville

Infirmière, Consultation Douleur du CHU d'Amiens Picardie

La relaxation est une technique, cette technique et les nombreuses théories autour doivent servir l'humain et non pas l'enfermer dans un modèle pré-établi. J'ai conscience de m'être accrochée à la technique au départ en l'utilisant comme une bouée. Ce n'est pas en appliquant des techniques qu'on accompagne le patient. Il est important de vérifier que sans congruence on n'arrive pas à aider. Quand un patient et les professionnels de santé sont dans l'échec, ils cherchent une solution médico-technique et s'y raccrochent sans en avoir évalué au mieux la pertinence, l'adaptation au patient et à sa situation.

Mon recueil de données a évolué grâce à mon expérience et ma formation de clinicienne ^{(6) (7)}. J'en tire plusieurs leçons parmi lesquelles je citerais la nécessité d'obtenir plus d'informations sur les patients avant de s'engager dans une relation, par exemple l'importance de regrouper les informations contradictoires que le patient peut donner aux différents membres de

l'équipe, pour un suivi adapté.

Prendre soin de soi est important lorsqu'on se décide à vouloir vraiment prendre soin des autres. Avec certains patients, on se sent tellement impliqué qu'on oublierait de penser à sa propre santé et que c'est épuisé que nous pouvons aborder des temps de repos. Votre propre investissement peut dépasser l'investissement professionnel. Attention à ne pas nous identifier au patient. Trop peu de distance peut être nuisible.

J'ai appris que c'est avec l'humilité de se savoir un être humain vulnérable que nous pouvons le mieux aider et non du haut d'un savoir théorique.

Maintenant je me pose certaines questions avant d'envisager un suivi de patient : est-ce que c'est bien mon rôle d'aider cette personne ? en ai-je les moyens ? est-ce que j'en ai envie ? quels sont ses problèmes ? quels résultats peut-on attendre ? qu'est-ce que le patient veut pour lui ? À quoi verra-t-il les résultats ?



Expressions qui suivent une séance de relaxation

- Je commence à comprendre le rythme de mon corps.
- Cela aide à la plénitude.
- C'est fabuleux, Je revis !
- Je sens que la douleur dort.
- Je me sens bien dans ma tête.
- C'est agréable, étonné d'avoir réussi.
- Cela permet de sortir ce qu'il y a de bloqué à l'intérieur.
- Je gère mieux les émotions.
- Je gère mieux les attentes dans les salles d'attente.
- Quand je reçois une prise de sang, je respire, je fais une mini séance et je ne sens plus la prise de sang.
- Cela calme le cœur, la tête, le corps suit comme il peut.
- Pendant la relaxation, je suis légère, je ne sens plus mon corps, cela fait du bien.
- C'est marrant malgré la douleur je me sens décontracté, la douleur est juste à côté.
- La colère est descendue.
- Je me comprends mieux.
- Cela rend un peu de tonus, impression de flotter
- Je me sens moins énervé, je ressens de la chaleur.
- Malgré le bruit j'arrive à me détendre.

Soins infirmiers : connaissance de la personne en vue d'un suivi en relation d'aide, en relaxation

Nom :

Prénom :

Date : Couverture sociale :

Tél Dom : Mode de transport :

Tél Portable :

- En vue d'un suivi en relation d'aide
- Relaxation
- Éducation
- Autre

Quel est son problème?

Que sait-il de sa pathologie?

Pourquoi vient-il consulter?

Profession :

Situation familiale :

Revenu, aides financières :

Habitat :

Degré d'autonomie :

Cellule familiale :

Frères et sœurs :

Enfant	Âge	Situation familiale	Activités	Domicile

Histoires familiales (décès, maladies, finances, ambiances ...)

.....

Ressources de la personne (activités, loisirs, habitudes, vie sociale, personnes ressources)

.....

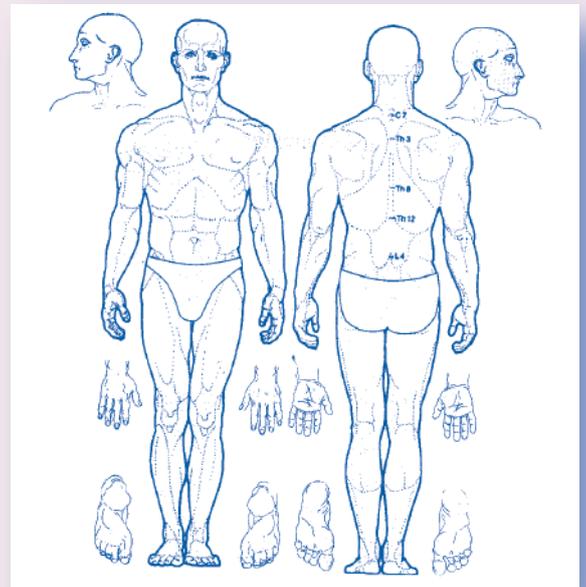
Facteurs déclenchants les douleurs et moments d'apparition

.....

Mesures de soulagement employées et modes de diversion face à la douleur (médicaments, lesquels, posologie, voie d'administration ; application de chaud, de froid ; repas ; gestion des complications ; respect des consignes)

.....

Tensions, localisation des douleurs : durée, fréquence, intensité



Réactions habituelles à la douleur

- calme
- gémissements
- larmes
- grimaces
- silence
- va et vient dans la pièce
- agitation
- colère
- repli sur soi
- autre

Fiche de suivi

Soins infirmiers : connaissance de la personne en vue d'un suivi en relation d'aide, en relaxation

Effets sur la douleur de chacun des facteurs suivants :

A = augmentation douleur

D = diminution douleur

AE = aucun effet

alcool	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> AE	mouvements ou activités	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> AE
stimulant (café)	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> AE	sommeil, repos	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> AE
nourriture	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> AE	distractions	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> AE
chaleur	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> AE	miction	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> AE
froid	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> AE	défécation	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> AE
humidité	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> AE	tension	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> AE
changement de t°	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> AE	lumière vive	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> AE
massage	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> AE	bruit fort	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> AE
vibration	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> AE	départ pour travail	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> AE
pression	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> AE	rappports sexuels	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> AE
immobilité	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> AE	exercices physiques	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> AE
fatigue	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> AE	de faible intensité			

Commentaires :

Ressources, limites (qualité, défaut)

Quels sont vos projets d'avenir ?

Comment envisagez-vous l'évolution de vos douleurs ?

Connaissez-vous des méthodes de diversion ? Lesquelles ?

Est-ce que la musique vous détend ?

Quel genre de musique vous détend ?

Autres :

Diagnostic infirmier

état de tension physique et mentale lié à la douleur et/ou à l'angoisse

Caractéristiques secondaires

- Perturbation des relations sociales et familiales
- Irritabilité
- Immobilité ou inactivité physique
- Dépression
- Friction des endroits douloureux
- Anxiété
- Air abattu
- Repli sur soi
- Tension des muscles squelettiques
- Inquiétude face à son corps
- Agitation
- Fatigue
- Diminution de la libido

Autres diagnostics infirmiers possibles :

Contrats (rythme prévu, objectifs fixés, souhaits du patient)

Objectifs

- Retrouver des sensations corporelles positives
- Se détendre, bien être
- Retrouver de l'énergie
- Gérer sa douleur
- Dormir
- Se projeter dans l'avenir
- Résolution de problème :
- Envisager autrement certains examens médicaux, interventions chirurgicales :
- Diversion
- Diminution de l'anxiété
- Autres

Mode de prise en charge :

Rythme prévu, nombre de séances, journée préférable, progression, durée :



La relaxation

Annie Verrier,

Consultation Douleur. CHU Amiens

Le mot relaxation est fréquemment utilisé dans le langage courant en terme de simple détente, ce qui est très réducteur car la relaxation est bien plus qu'une simple décontraction. Dans le « Que sais-je » sur la relaxation, Robert Durand de Bousingen décrit les méthodes de relaxation comme étant

« des procédés thérapeutiques bien définis visant à obtenir chez l'individu une décontraction musculaire et psychique à l'aide d'exercices appropriés. La décontraction musculaire aboutit à un tonus de repos, base d'une détente physique et psychique. La relaxation est ainsi une technique de recherche d'un repos le plus efficace possible, en même temps que d'économie des forces nerveuses mises en jeu par l'activité générale de l'individu ». La relaxation apporterait donc une certaine maîtrise des comportements avec une détente musculaire et mentale. De plus, dans une dynamique psychothérapique, elle peut entraîner des processus de changement grâce au transfert, au travail d'élaboration psychique du vécu corporel. Le relaxateur devient alors quelqu'un qui permet d'ache-miner le patient vers un équilibre personnel afin de l'aider à se sentir « bien dans sa peau », et non plus simplement un simple technicien de la détente.

1. Historique

La relaxation est la méthode de relaxation psycho-physiologique la plus ancienne. Elle trouve son origine dans le yoga et pourrait même remonter au IV^e millénaire avant Jésus-Christ.

Au 18^e et 19^e siècle le développement de l'hypnose, qui a pour objectif d'amener le patient dans un état spécifique de conscience, c'est-à-dire modifiée par rapport à l'état de veille, entraîne les premières réflexions sur la relaxation.

L'hypnose utilise divers procédés afin d'aboutir à l'état hypnoïde : fixation d'un objet, parole, regard, voire l'ensemble de ces procédés.

À cette même époque trois courants émergent des travaux de Mesmer et de Puysegur : le fluidisme, le mouvement neuro-physiolo-

gique et le mouvement psychologique.

Mesmer est à l'origine, en 1785, du fluidisme en émettant l'hypothèse de l'existence d'une réalité physique transmissible à l'origine des états de conscience modifiée. Il a commencé ses premières thérapies en utilisant le magnétisme par l'application d'aimants, qui concentreraient le fluide magnétique sur le mal.

Par la suite, il a émis le principe qu'un courant magnétique, conduit par le métal, émanait du corps du thérapeute et allait vers le patient. Il invente ainsi les thérapies groupales en immergeant les patients reliés entre eux par des cordes dans de l'eau magnétisée par de la limaille de fer et des éclats de verre. Le mouvement neuro-physiologique postule que la parole suggestive peut amener des modifications fonctionnelles du cerveau et donner des résultats thérapeutiques. Braid fonde en 1841 la technique hypnotique qui est toujours pratiquée en France.

Le marquis de Puysegur, quant à lui, a poursuivi les travaux de Mesmer en reconnaissant l'effet de la relation magnétiseur-magnétisé et l'influence de la suggestion, remplaçant les baquets d'eau par des arbres magnétisés. Il conduit le mouvement psychologique.

Au début du XX^e siècle, le Docteur Roger Vittoz propose également une « rééducation du contrôle cérébral » qui vise à rendre conscient des automatismes habituellement peu conscients. Il cherche ainsi à ramener la personne à une unité cohérente avec elle-même en lui faisant développer une certaine réceptivité et en apprenant au patient à ressentir son propre corps dans toutes ses parties, à comprendre les sensations cénesthésiques et kinesthésiques élémentaires, à saisir les impressions sensorielles du monde ambiant.

2. Les différentes méthodes

La méthode de Jacobson

Elle concerne principalement le plan physiologique de la relaxation. Son but est de faire relaxer des patients sous tensions. Jacobson réfute tout aspect psychothérapique et de suggestion à sa méthode malgré la soumission nécessaire à l'exacte observance des directives.

Le relâchement musculaire est obtenu par une éducation du sens musculaire et une prise de conscience des modalités de fonctionnement musculaire dans le couple contraction-relâchement et non par des techniques de concentration mentale. Les relaxations neuromusculaires permettent ainsi l'obtention du calme dans le domaine psychique.

dossier > **Relaxation et sophrologie**

pour le soulagement de la douleur

La méthode comporte plusieurs niveaux dont le premier est exclusivement musculaire alors que les derniers amènent les patients à la « relaxation psychique ». La technique nécessite par ailleurs des connaissances parfaites de la physiologie musculaire et de ses implications psychosomatiques.

Le training autogène de Schultz

Cette méthode fait partie des méthodes globales à point de départ psychothérapique. Elle a été fortement influencée par l'auto-hypnose de Vogt et par l'intérêt de Schultz pour le yoga. Elle se caractérise par l'utilisation thérapeutique de moyens et procédés psychologiques.

La décontraction musculaire et viscérale est envisagée comme support pour permettre un relâchement psychologique, une détente mentale. Elle n'est qu'un moyen d'aboutir à un état de déconnexion centrale psychique, un état hypnoïde, ce qui fait considérer la méthode de Schultz comme une méthode psychothérapique au sens propre du terme. Le training autogène de Schultz, se présente comme une auto-hypnose créée par des modifications volontaires de l'état tonique, associée à une concentration de la conscience et du travail imaginaire sur certaines cénesthésies choisies.

Chaque séance commence par la formule : « Je suis tout à fait calme ». Ensuite l'induction fait intervenir la pesanteur, la chaleur, le rythme cardiaque, le rythme respiratoire, la chaleur du creux épigastrique et enfin la fraîcheur du front.

Ces formules favorisent la concentration sur la vie corporelle et l'apparition de l'état d'auto-hypnose où le patient n'est ni en sommeil, ni en état de veille, la conscience étant déconnectée de la réalité par une immersion intériorisante qui facilite la méditation. Le Docteur Durand de Bousingen a d'ailleurs écrit, dans son article de l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale : « *le training autogène est une psychothérapie et non une physiothérapie. La décontraction musculaire, la relaxation au sens périphérique et neuro-vasculaire du terme ne sont que des moyens pour aboutir à l'état de déconnexion centrale psy-*

chique, à l'état hypnoïde. C'est cet état qui constitue l'objectif essentiel et qui agit secondairement sur les symptômes ».

La méthode de Jean Ajuriaguerra

Développée dans les années cinquante, elle accorde beaucoup de place à l'étude des résistances à la relaxation. L'attention du thérapeute, nécessairement de formation psychanalytique, vise essentiellement l'analyse des empêchements de la cure et les attitudes du patient face à sa maladie. L'hypothèse est que le patient qui présente des troubles somatiques ou psychomoteurs éprouve des difficultés de relation à autrui. Ces patients présentent également une tension anxieuse importante avec des incidences psychologiques et physiologiques qui provoquent un cercle vicieux, entretenu par le symptôme et l'entretenant à son tour.

Ajuriaguerra se rapporte aux travaux de Wallon impliquant la notion d'image du corps. Dans cette perspective, procurer une modification tonique n'a d'intérêt qu'en rapport avec le changement qu'elle favorise dans la relation à autrui. Grâce au travail psychothérapique, le patient prend conscience de ses réactions toniques, la décontraction souhaitée étant une sensation à acquérir progressivement, dans le but d'avoir une maîtrise nouvelle.

La méthode de relaxation Ajuriaguerra est donc psychothérapique puisqu'utilisant le vécu personnel, l'analyse des résistances et la relation thérapeutique médecin-malade tout en tenant compte des aspects transférentiels et de l'analyse du vécu corporel au cours de la séance de relaxation.

La méthode à inductions multiples

Elle a été développée par Michel Sapir et François Reverchon qui ont été influencés par les travaux d'Ajuriaguerra et de Lemaire. De ce fait elle est également nommée relaxation de sens analytique. C'est une méthode qui se veut applicable en cure individuelle ou en groupe, avec la faculté d'aller plus ou moins loin selon la demande, et qui doit donc être principalement souple et relationnelle. Le patient procède à des élaborations verbales des sensations vécues corporelles et

affectives qui sont interprétées de façon analytique par le relaxateur. Dans cet esprit, il s'agit d'une « psychothérapie à médiation corporelle ».

La relaxation à inductions variables doit être comprise, selon Sapir, comme une méthode permettant de modifier les rapports entre le corps et la transmission de la parole et donc également la relation transférentielle médecin-malade. Le relaxateur analyse les attitudes contre-transférentielles qu'il perçoit.

Ce type de relaxation se pratique en individuel, mais peut également se pratiquer en groupe ne dépassant toutefois pas dix personnes. Dans cette seconde possibilité, il est nécessaire, en vue de permettre la référence à la scène primitive, que les relaxateurs forment un couple, avec une présence paternelle et maternelle. Les objectifs de la méthode, qui présume que les animateurs ont une formation d'analyste, sont de parvenir à une régression profonde amenant soit l'acceptation d'une soumission œdipienne, soit le rejet. Une restructuration pourra se faire à partir de cette régression.

En pratique, les méthodes de Schultz ou Jacobson seraient les plus utilisées. Mais chaque professionnel semble les adapter à sa pratique. Certains se contentent même d'exercices respiratoires ou de décontractions musculaires plus ou moins localisées. Enfin, nous évoquerons les techniques de bio feed-back, qui viennent parfois compléter le dispositif.

3. Les applications et les indications

Les applications possibles de la relaxation sont très larges. Cette thérapie psychocorporelle intervient à la fois sur le plan somatique et sur le plan psychologique, et les indications thérapeutiques sont donc nombreuses.

Il existe toutefois des contre-indications qu'il paraît utile d'évoquer.

Les sujets trop instables sur le plan psychomoteur, hyperactifs, incapables d'envisager l'idée d'un relâchement sont généralement

réfractaires à la relaxation. Ce peut être aussi le cas de patients trop anxieux. De même la relaxation peut amener une accentuation des mécanismes de défense chez certaines personnalités obsessionnelles avec un combat pour ne pas se laisser aller. Enfin dans la schizophrénie, pathologie mettant en jeu un corps morcelé, la relaxation peut majorer la déstructuration psychique. Elle doit donc être proposée avec discernement.

La relaxation peut être employée, par contre, avec succès dans les pathologies physiques et/ou mentales ainsi que dans les avatars auxquels se confronte l'individu dans sa vie quotidienne, par sa dimension psychothérapique.

La relaxation apporte une renarcissisation bienfaisante, elle permet de traiter l'anxiété et participe à l'amélioration la qualité de la vie, ce qui peut expliquer qu'elle se soit notablement développée dans le cadre de la cancérologie.

Dans les troubles organiques dont l'allure peut faire évoquer une étiologie totalement ou en partie psychique c'est-à-dire affective et émotionnelle, pour lesquelles les thérapies classiques sont peu ou pas efficaces, la relaxation est maintenant habituellement utilisée. Elle peut aider également à obtenir une détente réparatrice, à augmenter l'efficacité mentale, les capacités physiques, à permettre une meilleure maîtrise des émotions, de la gestion du stress, du contrôle de soi et favoriser la capacité à affronter les situations angoissantes ou stressantes, comme le souligne Yves Ranty.

L'emploi de la relaxation dans le cadre technique de la désensibilisation systématique associée aux thérapies par inhibition doit être évoqué. Dans ce cadre, la relaxation permet de favoriser les désensibilisations, par exemple aux situations angoissantes ou douloureuses, et est utilisée comme outil de déconditionnement.

Dans une perspective plus cognitive, la relaxation est aussi utilisée comme aide à l'acceptation ou à la méditation dans les thérapies d'acceptation et d'engagement (ACT)

ou dans la thérapie de pleine conscience. Enfin, dans la prise en charge de la douleur chronique, la relaxation a prouvé son efficacité.

4. Relaxation et douleur chronique

L'utilisation de la relaxation dans la lutte contre la douleur apparaît maintenant incontournable. La relaxation chez le patient douloureux chronique est classiquement décrite comme un complément et même parfois une alternative aux traitements médicamenteux. La conception la mieux adaptée apparaît toutefois d'appréhender la relaxation comme une composante thérapeutique du traitement plurimodal de la douleur chronique. Dans ce cadre, la technique n'a pas pour but d'intervenir directement sur la dimension somatique de la pathologie qui entraîne la douleur mais sur sa dimension psychologique ou comportementale.

Cet avis, émis dans une perspective médicale dualiste, séparant le corps de l'esprit, est contrarié par une perspective moniste, globale, bio-psycho-sociale.

En effet, la relaxation agit sur la dimension « émotionnelle » mais également sur la dimension « sensorielle » de la douleur. Elle agit, plus précisément, sur la composante musculaire de la douleur chronique.

La relaxation permet d'agir sur le tonus musculaire pour obtenir une détente, une décontraction, source d'antalgie. Elle doit également être considérée dans sa dimension psychothérapique favorisant, par une amélioration de l'état psychique, une amélioration symptomatique. C'est cette orientation que nous précisons ici.

La composante émotionnelle de la douleur est établie comme en témoigne la définition de l'IASP qui évoque une « expérience désagréable, à la fois sensorielle et émotionnelle, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel ou décrit en ces termes ».

La dimension du vécu corporel est donc clairement définie, désignant naturellement la

en savoir +

La sophrologie, 2000, éditions Milan, Les essentiels

Bien dans son corps au quotidien, 2003, Les Editions d'Organisation

Découvrir la Sophrologie, InterEditions (Dunod)

relaxation dans la prise en charge de la douleur chronique.

La modification de l'état de conscience paraît être un élément central de toutes les tentatives de lutte contre la douleur. Évidente lors du sommeil anesthésique médicamenteux, on la retrouve, également au cours des différents états hypnotiques obtenus dans le cadre des thérapies corporelles.

Les techniques de relaxation, en induisant une modification de l'état de conscience à partir de la focalisation de l'attention sur une partie ou sur la totalité du corps interviennent directement sur le vécu douloureux qui provoque des perturbations du schéma corporel et de l'image du corps.

Le travail initial de la relaxation chez les douloureux chroniques consiste à tenter de diminuer le niveau d'investissement libidinal canalisé au profit de l'excitation douloureuse, et à modifier la quantité de la douleur dans un sens plus acceptable.

On cherche ainsi à rétablir la cohérence de l'individu en un tout, somatique et psychique.

Mais, la relaxation peut aussi favoriser la régression positive d'un patient enfermé dans sa douleur et lui permettre, par là même, d'accéder à un travail d'élaboration ultérieure.

Éliane Ferragut dans son livre « La dimension de la souffrance chez le malade douloureux chronique » a souligné l'intérêt de la relaxation qui instaure un espace intermédiaire où le patient douloureux peut, à partir d'une analyse de l'éprouvé corporel et dans le cadre d'une relaxation transférentielle,

dossier > **Relaxation et sophrologie**

pour le soulagement de la douleur

opérer un réaménagement thérapeutique. Le travail sur la psyché s'engage dans un premier temps par une renarcissisation, la technique renvoyant l'individu à des phases archaïques comme celles par exemple où la mère apprend à l'enfant à reconnaître son corps par les soins, les jeux, le langage.

Il s'accompagne d'une action sur le schéma corporel dans une dimension somato-psychique globale, restaurant l'image de soi, permettant de lutter contre l'angoisse et/ou la dépression.

Dans un temps suivant, le patient peut effectuer un travail de verbalisation, lui permettant d'exprimer des impressions, des sentiments, de favoriser les processus de mentalisation, de tenter de le désengager d'éventuelles problématiques de répétition.

Dans notre pratique personnelle, nous sommes amenés à associer, selon les cas, à la technique du Training Autogène de Schultz, des inductions variables telles que définies par Michel Sapir, méthode influencée, comme il le disait lui-même, par sa rencontre avec Balint.

Il est ainsi demandé au patient de fixer son attention sur la recherche d'un calme inté-

rieur, sur une prise de conscience de ses sensations, sur des images, des rêveries, des fantasmes. La concentration permet de lutter également contre la fixation sur la zone douloureuse.

Les inductions verbales suggèrent mais aussi incitent à la fantasmatisation. La parole suggestive par l'intonation, la musicalité, la rythmicité doit être porteuse de calme, de sécurité, de bien-être et de plaisir. C'est une invitation à la sensation.

La fantasmatisation se fait par les sensations perçues au travers des mots, sensations qui vont être génératrices de fantasmes. L'induction verbale peut être considérée ainsi comme nourriture de l'imaginaire.

Le toucher, quant à lui, a toujours été utilisé dans l'histoire des thérapies corporelles pour entraîner des changements. Il inaugure avec le regard la relation entre l'enfant et sa mère. Le toucher peut ainsi être perçu, comme maternel et sécurisant, enveloppant et restructurant.

Le toucher permet de contrôler la relaxation. Il aide le sujet à mieux sentir son corps, à mieux structurer son schéma corporel et son image du corps, à se détendre, à éprouver des sensations agréables.

La relaxation favorise enfin, dans un nombre non négligeable de cas, une verbalisation qui indique clairement l'entrée dans un processus psychothérapeutique. Celui-ci bien souvent au départ est refusé, le sujet ne pouvant accéder immédiatement à ce type de prise en charge qu'il peut percevoir comme niant la véracité de ses douleurs.

L'intérêt de la relaxation chez le patient douloureux chronique peut ainsi se concevoir à un double niveau : au niveau d'un processus d'autonomie physique et au niveau d'un processus d'autonomie psychique.

L'autonomie physique s'articule à la notion d'apprentissage. C'est d'ailleurs cette notion qui est évoquée lors de la consultation préalable à la mise en route des séances.

La maîtrise de la technique permet au patient d'être acteur de sa prise en charge, de pouvoir avoir le sentiment d'un repérage et d'un contrôle de ses sensations corporelles, de mieux gérer la douleur et d'agir sur son vécu douloureux.

La prise de conscience de son corps, des sensations, la libération des tensions permettent de se réapproprier son schéma corporel, potentialisant par ailleurs les effets des traitements

Biblio

Aboulker P., Chertok M.

Sapir M. : La relaxation. L'expansion. Paris. 1971.

Anzieu D. : Le Moi-Peau. Paris, Dunod, 1985.

Brioulet M. : Training autogène : pratique et perspectives. Ellébore. Paris. 1995.

Ajuriaguerra J. : Tonus corporel et relation avec autrui. L'expérience tonique au cours de la relaxation (rapport au 1^{er} Congrès de médecine psychosomatique, de langue française, 8-9 et

10 juillet 1960, Vittel) Paris, Maloine, Revue de Médecine psychosomatique, 1960, Tome II, n°2, 89-124.

Durand de Bonsingen R. : La relaxation. Paris, P.U.F (que sais-je ? n° 929). 1971.

Ferragut E. et coll : La dimension de la souffrance chronique chez le malade douloureux chronique, Paris, Masson, 1995.

Lemaire J-G. : La relaxation. Petite Bibliothèque

Payot. Paris-1964.

Ranty Y. : Le corps en psychothérapie de relaxation. L'Harmattan, Paris. 2001.

Ranty Y. : Le Training autogène progressif. Une relaxation psychothérapique. P.U.F, Paris, 1990.

Ranty Y. et coll : Douleur et relaxation. Revue Française de Relaxation psychothérapique. L'esprit du temps. Bordeaux. 1996, n°15

Reverchon F., Meyer M. :

Psychanalyse et relaxation : autour de la chronique d'un groupe. E.S.F. Paris. 1985.

Sapir M. et coll : La relaxation, son approche psychanalytique. Dunod. Paris. 1979.

Sapir M. : Psychothérapies de relaxation chez l'adulte : in Encyclopédie Médico Chirurgicale. Psychiatrie, 1974, 37820 B 10, 6

Schultz J-H. : Manuel pratique de training autogène. PUF. Paris, 1987.

Schultz J-H. : Le training autogène. PUF. Paris, 1987.

Verrier A., Serra E. : La relaxation. Cahiers de l'APCS, 14, 2004.

Verrier A., De Bonville P., Serra E. : La relaxation dans la douleur chronique chez les personnes douloureuses âgées. La Revue du Généraliste et de la Gériatrie, février 2002, IX, 82 : 93-96.

En bref...

médicamenteux, favorisant le développement de nouvelles attitudes et de nouveaux comportements par rapport à la douleur.

Par ailleurs, la fantasmatisation et la verbalisation encouragées par les inductions peuvent révéler au sujet des ressources psychiques et des capacités qu'il ne repérait pas comme telles.

On peut évoquer un sentiment positif, de maîtrise, de réussite en lien avec ce qu'il est encore capable de faire.

Les possibilités de se détendre, de retrouver des sensations corporelles positives, de l'énergie, de mieux gérer sa douleur mais également, par là même de se projeter dans un avenir qui n'est pas uniquement centré sur la douleur, peuvent être considérés comme des indicateurs d'un processus d'autonomie psychique, ayant un effet positif sur un narcissisme fragilisé par la douleur.

La relaxation peut concourir ainsi à la restauration d'une estime de soi indispensable pour l'équilibre mental et à une revalorisation narcissique par la technique en elle-même, par l'implication du sujet dans le processus d'apprentissage.

Le sujet est en effet actif, c'est lui qui maîtrise une technique lui apportant un mieux être et un plaisir. Le corps peut alors redevenir un objet de plaisir et non plus uniquement un objet douloureux. ■

L'utilisation du MEOPA chez les patients en IRC en pré dialyse ou en dialyse

L'insuffisance rénale chronique est l'aboutissement obligatoire de la plupart des néphropathies touchant les deux reins. Elle est due à l'altération progressive de la fonction excrétrice des reins. Elle se définit par la réduction permanente de la filtration glomérulaire mesurée approximativement par la clairance de la créatinine. Elle correspond à la destruction fonctionnelle des néphrons. La progression de l'IRC est variable avec un retentissement qui peut amener des douleurs : anomalies osseuses (ostéodystrophie et ostéomalacie), anomalies neurologiques, atteintes de l'appareil cardio-vasculaire et lésions artéritiques, différents types de lésions d'origine diabétique. Ceci peut amener au besoin d'une analgésie.

Pourquoi choisir le MEOPA ?

Il s'agit d'un mélange équimolaire d'oxygène 50 % et de protoxyde d'azote 50 %. Produit très peu soluble dans le sang, doué d'une très grande absorption par inhalation et éliminé rapidement par voie pulmonaire sans métabolite. Il établit une analgésie équivalente à celle produite par 15 mg de morphine en intramusculaire tout en préservant le réflexe de déglutition. Il induit un état de sédation, d'analgésie consciente.

Technique : sur prescription médicale

- commencer à 9 ml environ,
- appliquer le masque sur le visage du patient et surveiller l'état de gonflement du ballon,
- optimiser l'étanchéité,
- surveiller l'état de conscience du patient pendant toute l'administration,
- l'administration ne doit pas excéder 60 minutes,
- l'utilisation nécessite la présence d'une source d'oxygène à proximité
- un médecin doit pouvoir intervenir à tout moment.

Nous avons utilisé le produit à l'aura aussi bien en hospitalisation qu'en consultation pour des mobilisations (lever, mise au fauteuil, kinésithérapie), des nursings, des toilettes, des pansements d'artérite, en particulier dans des cas où il y avait impossibilité de faire prescrire des doses supplémentaires d'antalgiques car ils étaient mal supportés. Nous avons observé une bonne efficacité permettant même une baisse des analgésiques habituels. Quelques migraines ont été observées chez les soignants dues peut-être à des masques mal adaptés ou à un local mal aéré.

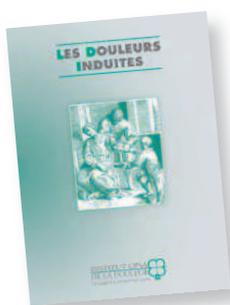
Le MEOPA se caractérise donc par sa simplicité de mise en œuvre. Il est obtenu sur prescription médicale mais sans présence d'un médecin (celui-ci reste toutefois joignable à l'étage). Son action comme son élimination sont rapides. Tout ceci en fait un produit de choix dans l'arsenal fort restreint du patient IRC en pré-dialyse ou en dialyse.

Marie-Claire Baud, infirmière en consultation douleur

→ À voir... à lire

« Le Temps d'une toilette »

Ce film a été conçu par le groupe douleur du Centre Saint Antoine de Saint-Exupéry, (à Vendin Le Vieil, avec le soutien du CNRD et de la fondation CNP Assurances). Ce film est destiné aux professionnels de santé comme support pédagogique et à la formation de l'ensemble des personnels soignants ou d'accueil d'enfants et de jeunes adultes handicapés. Il montre l'ensemble de la réalisation des soins d'hygiène et de manutention accompagnés des moyens de prévention de la douleur générée par ces actes. Le film est diffusé par le CNRD (Centre National de Ressource de Lutte contre la Douleur).



« Les douleurs induites » :

Ce premier ouvrage réalisé sur le sujet répond aux problématiques des douleurs provoquées, iatrogènes, associées, liées, induites... Une réflexion qui propose des pistes pour une terminologie plus homogène. Une description de la physiopathologie des douleurs induites et des facteurs de passage à la chronicité. Une analyse de l'organisation de la prévention et du soulagement des douleurs induites ainsi que du rôle des soignants. Un portrait des causes des douleurs induites, de leur traitement et de leur prévention.

Téléchargeable sur le site de l'Institut : www.institut-upsa-douleur.org

Congrès

15^e Congrès national de la SFAP "Soins palliatifs, médecine et société : acquis et défis"

Du jeudi 18 au samedi 20 juin 2009
 CNIT Paris La Défense
 Renseignements : www.sfap.org

8^e Forum de Sophrologie Plurielle

Du 18 au septembre 2009
 Château de Fondjouan (Mur de Sologne)
 Renseignements : www.sophrologie-francaise.com/fichiers/forum2008.pdf

Congrès de la SFETD 2009 « Douleurs viscérales »

Du 18 au 21 novembre 2009
 CNIT Paris La Défense
 Renseignements : www.setd-douleur.org

→ Pour les soins palliatifs pédiatriques : dialogpalliatif.org

Ce site permet aux professionnels de santé impliqués dans les soins palliatifs du bébé, de l'enfant et de l'adolescent, de dialoguer et d'échanger entre eux, mais aussi et surtout avec les professionnels en charge d'adultes. Ce projet est soutenu par le Réseau Francophone de soins palliatifs pédiatriques, le Centre

d'excellence en soins palliatifs pédiatriques du CHU Sainte Justine de Montréal, l'Association France pour la promotion des soins palliatifs pédiatriques, la Fondation de France, la SFAP, la Société Française de Pédiatrie et la Fondation CNP.

Législation

Réforme de la gouvernance hospitalière DHOS – Janvier 2007

→ www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/gouvernance/gouvernance.pdf

Je désire recevoir gratuitement par courriel *La Lettre de l'Infirmière et la Douleur*

(merci de remplir très lisiblement)

Civilité (cochez) : Madame Mademoiselle Monsieur Docteur Professeur

Nom : Prénom :

Profession (cochez) : Médecin Généraliste Spécialiste (précisez)

Infirmier(e)/Cadre de Santé Aide Soignant Pharmacien Étudiant

Autre (précisez)

Établissement : Service :

Adresse professionnelle complète :

Code Postal : Ville : Pays :

Adresse courriel : Téléphone :

À renvoyer à l'Institut UPSA de la Douleur : 3 rue Joseph Monier, BP325
 92506 Rueil-Malmaison Cedex

Toutes les informations ci-dessus sont nécessaires pour votre abonnement. Conformément à la loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant auprès du Directeur de l'IUD.

INSTITUT UPSA
 DE LA DOULEUR

avec le soutien de Bristol-Myers Squibb

Directeur de la Publication : Éric Boccard

Rédacteur en chef : Hélène Fernandez

Coordonnateur/Rédacteur Adjoint : Françoise Beroud

Comité de Rédaction : Nadine Attal,

Françoise Beroud, Jean-Marie Besson, Eric Boccard,

Bernard Calvino, Alain Eschaliér,

Dominique Fletcher, Ivan Krakowski,

Bernard Laurent, Nadine Memran, Eric Serra,

Richard Trèves, Jacques Wrobel

Conception - réalisation : A CONSEIL Paris

Site : www.aconseil.fr

N° ISSN : 1633-339X

Dépôt légal : 2^e trimestre 2009

Institut UPSA de la Douleur

Association loi 1901 à but non lucratif

3 rue Joseph Monier - BP325

92506 Rueil-Malmaison Cedex

Tél : 01 58 83 89 94 - Fax : 01 58 83 89 01

E-mail : institut.upsa@bms.com

Site : www.institut-upsa-douleur.org