

Je ne bouge plus car j'ai
mal

Sylvie NINET
Masseur-Kinésithérapeute
Centre Léon Bérard, Lyon

J'ai mal

- ▶ **Définition : La douleur c'est quoi ?**
 - Une sensation physique : localisation, intensité, évolution (ça pique, ça brûle, ça augmente, ça diminue...).
 - Une émotion : ressentis moral (c'est pénible, désagréable...)
 - Un comportement : manière de réagir, exprimée par le corps ou la parole)
 - Une réaction mentale : façon de gérer la douleur
- ▶ **Douleur Aigüe (≠intense)**
 - Apparaît à cause d'une anomalie
 - De courte durée
 - Due à une cause précise connue ou pas
- ▶ **Douleur chronique**
 - Elle dure au moins 3 mois malgré traitement antidouleur
 - Elle persiste même si la cause a disparu
 - Elle est difficile à comprendre et elle fluctue.
 - Elle est envahissante moralement et physiquement

J'ai mal

- ▶ L'évaluation de la douleur
- ▶ Autoévaluation
 - Localisation
 - Des mots
 - Les échelles : EVA, échelle numérique, échelle verbale simple
 - Questionnaire DN4 type de la douleur
 - Questionnaire HADS (dépression et anxiété)
 - Questionnaire sur les AVQ
- ▶ Hétéroévaluation
 - Echelle ALGOPLUS-DOLOPLUS
 - Chez enfant: EDEN.....

J'ai mal

Les signes de la douleur

- ▶ **Attitude** : expression du **visage** et position du **corps** : position antalgique, réflexe de protection ou ralentissement psycho-moteur (retentissement sur la communication)
- ▶ **Respiration** : souvent blocage en « inspir » qui entraîne une Impotence par : crispation/raideur/prostration
- ▶ **Retentissement sur comportement** : demande pressante de secours ou agressivité/méfiance
- ▶ **Diminution de l'alimentation solide et liquide**
- ▶ **Parole** non articulée/faible
- ▶ **Epuisement** : douleur **dévoreuse d'énergie**, il est donc difficile de demander un effort à une personne douloureuse
- ▶ **Isolement** : la douleur **emprisonne** la personne. La douleur est une expérience **VECUE** difficile à partager (**SOLITUDE**)

Je ne bouge plus

Retentissements plurifactoriel :

- ▶ **Physiologique** : cardio-vasculaires, bronchopulmonaires, articulaire, osseuse, musculaire, digestifs et urinaires, cutané.
 - ▶ **Activité physique**
 - ▶ **Psychologique**
 - ▶ **Qualité de vie**
 - ▶ **Vie sociale**
 - ▶ **Entourage**
- 

Je ne bouge plus : impact vasculaire

Oedème et thrombose veineuse profonde

Deux grands mécanismes : la modification des volumes et la stase

- ▶ ↗ volume sanguin central, ↘ du volume périphérique ⇒ **diminution progressive du volume sanguin total**;
- ▶ l'immobilité ⇒ une **inefficacité des valvules veineuses** ⇒ une stase veineuse, principale source de thrombose veineuse profonde.
- ▶ autres mécanismes : modifications des parois et du tonus des capillaires artériolaires. Vasoplégie en cas de lésion neurologique des voies végétatives.

Prévention

- ▶ la contention veineuse des membres inférieurs 24 h/24 (bas ou bandes) ;
- ▶ **les contractions musculaires régulières des membres inférieurs.**
- ▶ **la verticalisation précoce ;**
- ▶ le traitement antithrombotique par les héparines de bas poids moléculaire à titre préventif.

Je ne bouge plus : impact cardiaque

Hypotension orthostatique et diminution des capacités d'endurance

Mécanismes

- ▶ la réduction du volume sanguin total ;
- ▶ les modifications des fibres myocardiques et de la conduction auriculoventriculaire ;
- ▶ l'augmentation de la fréquence cardiaque.

Conséquences :

- ▶ la chute du volume d'éjection systolique ;
- ▶ la diminution importante des capacités d'endurance (perte de 25 % de la capacité maximale aérobie (VO₂ max.)) ;
- ▶ un syndrome de désadaptation à l'orthostatisme avec hypotension orthostatique.

Je ne bouge plus : impact cardiaque

Manifestations :

- ▶ Les modifications cardiaques sont sévères à partir de la 3e semaine (la remise en orthostatisme, à partir de cette période, peut conduire à l'incapacité du cœur à assurer un débit suffisant).
- ▶ La modification de répartition du volume sanguin s'associe à de nombreuses modifications hormonales.

Prévention

- ▶ la verticalisation progressive ;
- ▶ le port de bas de contention élastique ;
- ▶ l'utilisation de moyens médicamenteux dans les cas les plus graves
- ▶ le réentraînement à l'effort constitue une partie essentielle de la rééducation postimmobilisation.

Je ne bouge plus : impact broncho-pulmonaire

Mécanismes et conséquences

Les effets prolongés de l'immobilité sur l'encombrement bronchique sont dus en priorité :

- ▶ aux effets gravitationnels sur la circulation et la ventilation pulmonaires,
- ▶ aux altérations de la cinétique mucociliaire
- ▶ aux modifications de la course diaphragmatique.

Ces anomalies → **syndrome restrictif** qui, associé aux **troubles de ventilation**, favorise le développement d'atélectasies et de pneumopathies segmentaires.

L'encombrement peut être majoré par la survenue de RGO, et de troubles de déglutition favorisés par le décubitus.

Conséquences :

- ▶ Diminution de la capacité aérobie
- ▶ Limitation de l'aptitude à l'effort

Je ne bouge plus : impact broncho-pulmonaire

Prévention

Objectifs : Lutte contre :

- ▶ la stase bronchique
- ▶ l'hypoventilation
- ▶ La surinfection.

Moyens

- ▶ Surveillance clinique (FR , coloration cutanée) ou paraclinique (SaO₂, gazométrie)
- ▶ **Kinésithérapie respiratoire**
 - Permet une prévention chez les patients à risque de décompensation,
 - Doit être quotidienne voire biquotidienne,
 - Utilise les techniques : toux contrôlée, modulation du flux expiratoire, postures, traitements supposant modifier les propriétés rhéologiques des sécrétions.

Je ne bouge plus : impact articulaire

La raideur articulaire = perte d'autonomie et une augmentation de la charge en soins.

Mécanismes et conséquences (synthèse de la recherche sur l'animal)

Immobilisation → des modifications de toutes les structures articulaires :

- ▶ Les **surfaces articulaires affrontées** : érosions, nécrose localisée, et formations kystiques intratissulaires, en partie comblées par un tissu conjonctif.
- ▶ Le **cartilage articulaire profond** : également remplacé progressivement par un tissu de même type.
- ▶ La **capsule articulaire** : désorganisation de la structure fibrillaire et à une diminution du contenu en eau, glycosaminoglycanes et collagène.
- ▶ Les **ligaments** : perte d'élasticité et de résistance aux contraintes , partiellement corrigées par la reprise de l'activité.
- ▶ Le **tendon** : altérations proches de celles observées dans les autres tissus abarticulaires (facteur important dans la réduction du jeu articulaire) = une diminution d'extensibilité (net en cas d'immobilisation en position raccourcie).

Je ne bouge plus : impact articulaire

Manifestations

L'enraidissement articulaire se fait dans le sens

- ▶ du muscle le moins déficitaire en cas de paralysie ;
- ▶ du muscle le plus hypertonique ;
- ▶ des positions prises par le patient.

Le tableau clinique est souvent stéréotypé

- ▶ flexum de hanche, de genou
- ▶ équins aux pieds,
- ▶ limitation des rotations et de l'abduction d'épaule,
- ▶ flexum de coude,
- ▶ raideur des métacarpophalangiennes,
- ▶ griffe des orteils.

Je ne bouge plus : impact articulaire

Prévention

Objectifs

- ▶ de conserver les amplitudes articulaires ;
- ▶ de prévenir les attitudes vicieuses.

Si un enraidissement s'installe, il faut essayer de préserver une mobilité avec des amplitudes compatibles avec la fonction (par exemple 90° de flexion de hanche pour pouvoir s'asseoir).

Moyens

- ▶ un **positionnement** correct des patients alités, (en évitant les positions segmentaires en flexion au membre supérieur comme au membre inférieur)
- ▶ des **postures** alternées (par exemple en flexion et extension de hanches) ;
- ▶ des **mobilisations articulaires**.

Ces mobilisations doivent être effectuées **dans les limites imposées par la douleur, d'éventuelles lésions osseuses, articulaires, ou par un processus de cicatrisation** (par exemple suture tendineuse...).

Je ne bouge plus : impact osseux

Mécanismes et conséquences

Le maintien des fonctions mécaniques et métaboliques du squelette adulte

= assuré par un **renouvellement** constant du tissu osseux

= résulte d'un **équilibre** entre la résorption due aux ostéoclastes et la formation osseuse due aux ostéoblastes.

Immobilité (levée des contraintes) = **augmentation de la résorption** des secteurs corticaux et trabéculaires de l'os, **non compensée** par la formation osseuse.

Phénomène précoce, intense et durable (jusqu'à un an), qui aboutit à une négativation de la balance calcique MAIS perturbations réversibles dans les semaines suivant la reprise de la déambulation.

Ainsi l'alitement prolongé est associé à une perte osseuse sous l'effet conjoint d'une hyperrésorption ostéoclastique et d'une balance calcique négative.

Je ne bouge plus : impact osseux

Manifestations cliniques et paracliniques

La perte de masse osseuse est **constante chez tous les sujets immobilisés**.

Pas de manifestation clinique hormis des douleurs chez certains sujets lourdement handicapés (myopathes).

Le **risque fracturaire** est augmenté chez un sujet déjà ostéoporotique ou présentant une paralysie grave.

Détectée sur la **radiographie (uniquement après 3 semaines) ou en absorptiométrie**, la **diminution** est évaluée de 3 % à 10 % selon les sites (rachis, col fémoral...), uniquement dans les régions du squelette habituellement en charge ou paralysées (compartiment trabéculaire de l'os).

Des **fractures** peuvent être observées à la **remise en charge** (en particulier du talus), **lors de chutes (os longs, rachis)**, lors de manoeuvres en torsion (tibia lors d'un transfert chez un paraplégique).

L'**hypercalciurie** que la perte osseuse engendre augmente le risque de **lithiase urinaire**. Phénomène adaptatif et précoce.

L'**hypercalcémie** est en règle générale modérée et bien tolérée.

Je ne bouge plus : impact osseux

Prévention

Dans les indications limitées des handicaps sévères et chroniques, les diphosphonates par voie veineuse ont montré leur efficacité.

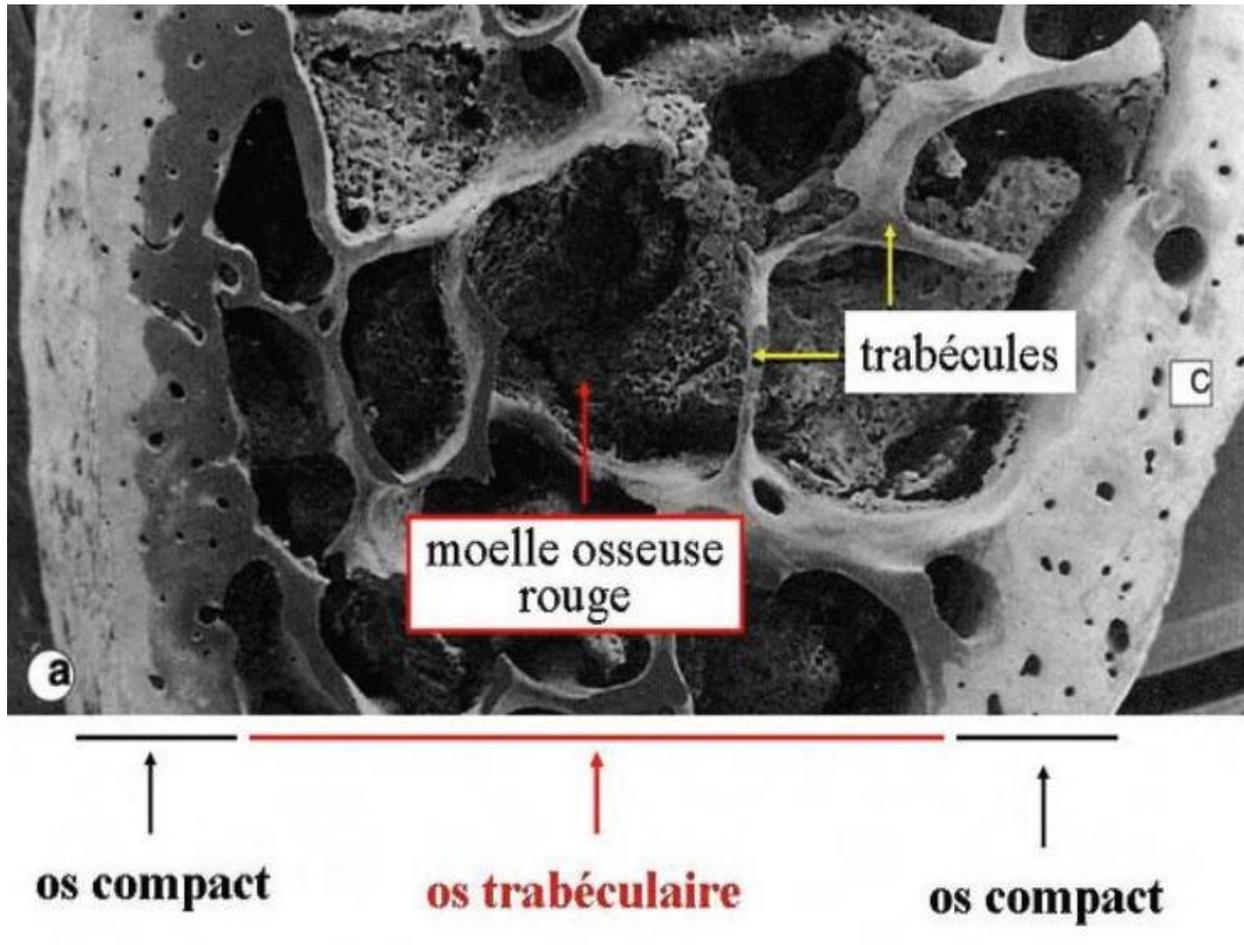
Aucun traitement per os n'a montré son efficacité.

La prévention non médicamenteuse de la perte osseuse n'a pas clairement démontré son efficacité.

Elle est cependant mise en oeuvre dès que possible et comporte :

- ▶ un travail musculaire actif ;
- ▶ une verticalisation précoce.

Je ne bouge plus : impact sur les os



Je ne bouge plus : impact musculaire

Mécanismes et conséquences

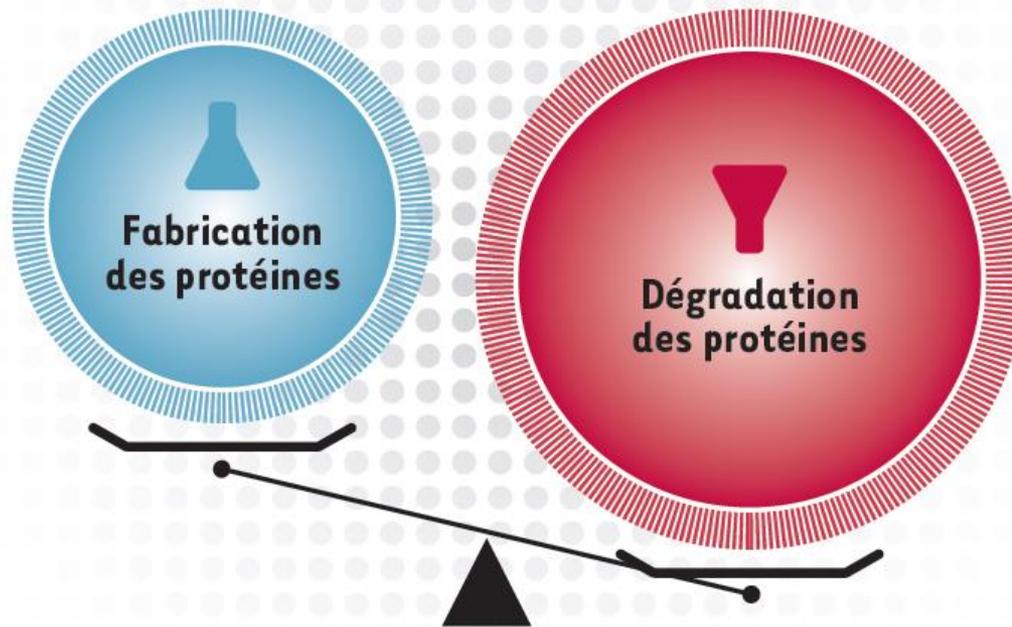
Le décubitus = **perte des contraintes** exercées sur les **muscles antigravitaires** et sur les muscles participant à la **station debout** et à la **marche** de façon générale.

Plusieurs mécanismes interviennent :

- ▶ les atteintes : **l'ensemble des propriétés du muscle** : **force maximale** (masse musculaire), **endurance** (répartition entre les différents types de fibres et vascularisation), **élasticité, viscosité, extensibilité** (caractéristiques dépendant de la structure interne du muscle) ;
- ▶ la perte de force serait **plus importante en position de raccourcissement** ; ainsi la position d'immobilisation doit être la plus proche de la position de fonction;
- ▶ la perte de force peut être particulièrement **rapide** pour certains muscles : le quadriceps perd 15 à 30 % de sa force dès le 8^e jour d'immobilisation et 26 à 40 % à un mois ;
- ▶ la **récupération est d'autant plus longue** que l'immobilisation et le décubitus seront prolongés, mais elle est toujours plus rapide que pour l'os. Le patient aura récupéré son autonomie musculaire, alors qu'il présentera encore une fragilité osseuse.

Je ne bouge plus : impact musculaire

DÉSÉQUILIBRE



Je ne bouge plus : impact musculaire

Manifestations

L'immobilisation entraîne :

- ▶ une **réduction du volume musculaire**, souvent visible et appréciable par la diminution du périmètre du segment de membre immobilisé ;
- ▶ une **perte de la force** de contraction maximale ;
- ▶ une **diminution de la capacité d'endurance** à l'effort ;
- ▶ un **raccourcissement musculaire** (appelé rétraction) qui dépend de la position d'immobilisation et peut entraîner des **déformations** d'un ou plusieurs membres pouvant être irréversibles.

Je ne bouge plus : impact musculaire

Prévention

- ▶ **l'installation correcte du patient**, en position de fonction : membres en extension, pieds à 90°, doigts en extension neutre, la main légèrement surélevée du plan du lit pour prévenir la stase veineuse ;
- ▶ **des étirements musculaires et des mobilisations articulaires**. Le travail du kinésithérapeute est ciblé sur les muscles les plus à risque en fonction de la position. Si possible, en fonction de l'état du patient, renforcer les muscles.
- ▶ la correction de la perte protidique par une supplémentation protidique adaptée, en vitamine E, en sélénium, en acides gras.

La récupération des complications musculaires après une phase de décubitus est **longue et parfois impossible** en particulier pour les rétractions (chirurgie). Il est essentiel de les prévenir de façon **précoce** (dès l'admission) et elles doivent être poursuivies tout au long de la période d'alitement. Elles sont suivies d'un renforcement musculaire en fonction de la diminution de force constatée.

Je ne bouge plus : impact cutané

- ▶ Les complications cutanées sont dominées par les escarres.
- ▶ L'escarre est une nécrose ischémique des tissus cutané et sous-cutané liée une pression prolongée des parties molles, supérieure à la pression de perfusion capillaire, en regard d'un relief osseux.
- ▶ La survenue d'escarre est une des complications les plus invalidantes du décubitus et de l'immobilisation.
- ▶ Sa fréquence augmente en cas de pathologie neurologique (paraplégie, tétraplégie, coma), chez la personne âgée et en milieu de réanimation.
- ▶ **Prévention :**
 - **Réduction des durées d'appui**
 - **Changer de position** : reste la meilleure prévention. (toutes les 4 heures au minimum) et surveiller systématiquement tous les points d'appui. Utilisation de supports adaptés.
 - Prévenir toute **macération** : il est nécessaire de prévenir toute macération, en particulier en cas d'incontinence urinaire ou anale.
 - Assurer des apports nutritionnels suffisants
 - Favoriser l'éducation du patient et de son entourage aux techniques de prévention d'escarre, et à la surveillance cutanée.

Je ne bouge plus : impact digestif

Anorexie : symptôme préoccupant lorsqu'elle apparaît chez le sujet âgé hospitalisé et immobilisé.

Reflux gastro-oesophagien

- ▶ Favorisé par le décubitus mais pas induit par l'immobilité. Souvent insidieux, sa fréquence augmente avec la durée d'immobilisation. Il est source de complications pulmonaires.
- ▶ Symptomatique, il justifie la prescription d'accélérateurs de la vidange gastrique ou d'un surnageant protecteur.
- ▶ **Prévention** = maintien en position assise ou demi-assise pendant une heure après le repas.

Fausse routes

- ▶ Augmentent avec l'âge par retard de déclenchement du réflexe de déglutition.
- ▶ Doivent être systématiquement recherchées chez les sujets à risque.
- ▶ Premières prises alimentaires en présence d'un tiers soignant avec recherche de signes direct (toux) ou indirect (vocalisation gargouillante après déglutition = stase laryngée).
- ▶ Sont prévenues par des **mesures simples** :
 - adaptations diététiques (informer les familles)
 - position demi-assise lors des repas ;
 - prise des repas par le patient lui-même à privilégier ;
 - position de tête en légère antéflexion pour favoriser la protection laryngée par la base de langue ;
 - bonne hygiène dentaire, pour éviter les inhalations septiques, sources de pneumopathies.

Je ne bouge plus : impact digestif

Constipation

Fréquente chez le sujet alité, particulièrement chez le sujet âgé.

Consécutives à la stase colique et rectale, elles favorisent des modifications de la flore fécale, source de météorisme.

Elle est aggravée par la prise de certains médicaments, en particulier antalgiques (codéine, morphine...) et certaines conditions neurologiques (coma, paraplégie...).

La prévention associe :

- ▶ une surveillance du nombre de selles hebdomadaires ;
- ▶ la **verticalisation précoce** ;
- ▶ l'utilisation de laxatifs osmotiques ou lubrifiants ou par stimulation du réflexe de défécation
- ▶ l'exonération par évacuation des selles au doigt,
- ▶ un apport hydrique suffisant.

Je ne bouge plus : impact urinaire

Manifestations cliniques :

L'hypercalciurie due à la perte de masse osseuse augmente le risque de lithiases.

Le résidu postmictionnel traduit des mictions incomplètes.

L'origine de ce trouble peut être multiple :

- ▶ obstacle à l'évacuation urinaire dont le plus fréquent est l'adénome prostatique.
- ▶ caractère inhabituel des mictions effectuées en position allongée
- ▶ contexte neurologique (lésion médullaire, polyneuropathie)

Les principaux risques sont les infections urinaires et les lithiases.

Prévention

- ▶ Diurèse abondante d'au moins 1,5 litre par 24 heures ;
- ▶ Dépistage et traitement du résidu postmictionnel (sondages intermittents, traitement médicamenteux) ;
- ▶ La sonde à demeure ou le cathéter sus-pubien ne doivent être utilisés qu'en cas de contre-indication médicale ou d'impossibilité aux sondages intermittents ou dans certains cas d'escarres dont les soins nécessitent une continence parfaite.

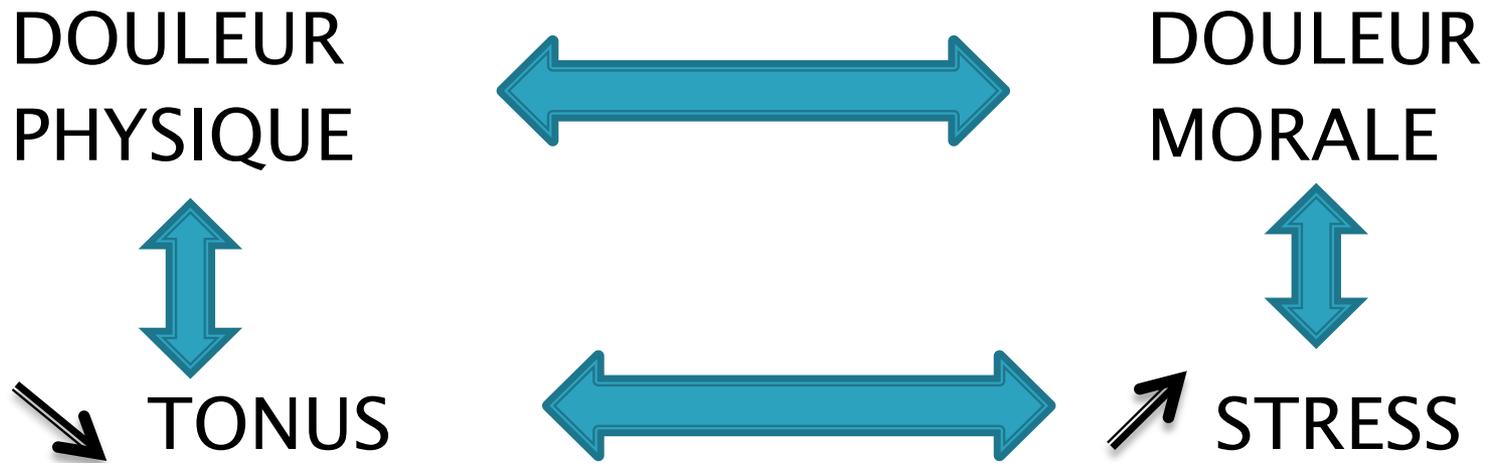
Je ne bouge plus

- ▶ Impact sur la qualité de vie
- ▶ Impact sur la vie sociale
- ▶ Impact sur l'entourage

Tous ces impacts physiologiques de l'immobilité et l'immobilité elle-même entraîne des impacts sur la qualité de vie, la vie sociale et l'entourage du patient, qui s'isole progressivement, augmentant l'envie de ne pas bouger, et des douleurs.

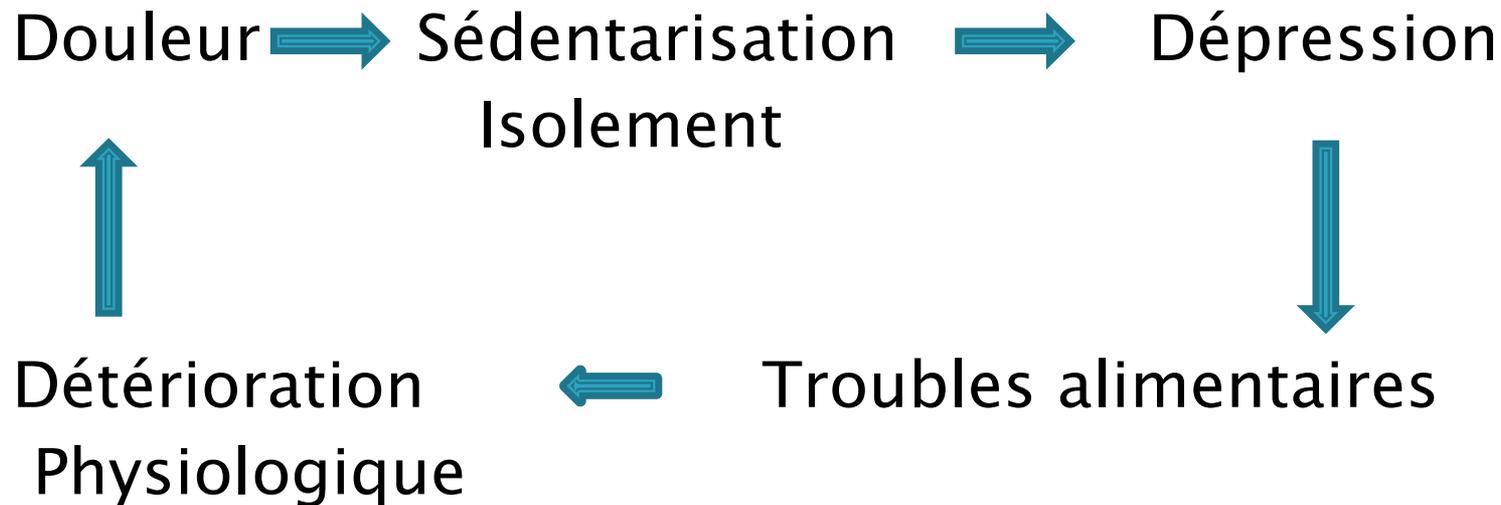
Je ne bouge plus : un cercle vicieux

Cercle vicieux :



Je ne bouge plus : un cercle vicieux

Cercle vicieux :



Je ne bouge plus : quelle activité ?

Etude : Inoue et Al 2014 sur l'efficacité d'un programme multidisciplinaire sur des patients présentant des douleurs chroniques réfractaires

- ▶ 65.8 ± 9.1 ans
- ▶ Durée douleurs: 8,6 ans
- ▶ Douleurs du dos et des jambes, en majorité

Je ne bouge plus : quelle activité ?

Etude : Inoue et Al 2014 sur l'efficacité d'un programme multidisciplinaire sur des patients présentant des douleurs chroniques réfractaires

- ▶ Programme : 2h / pendant 9 sem
- ▶ Cours sur la douleur chronique
- ▶ Activité physique
 - ✓ – Étirements
 - ✓ – Endurance sur ergocycle (10min)
 - ✓ – Exercices dans eau (30min)
 - ✓ – RM et exercices au sol (30 min)
 - ✓ – Relaxation
 - ✓ +25min EX à domicile (au choix pour type d'EX)

Je ne bouge plus : quelle activité ?

Etude : Inoue et Al 2014 sur l'efficacité d'un programme multidisciplinaire sur des patients présentant des douleurs chroniques réfractaires

Conclusions : Des améliorations significatives de l'intensité de la douleur, des capacités de mouvements, la dépression, le handicap, les pensées catastrophiques, la souplesse, la marche et l'endurance suggèrent que le programme était efficace.

Le rôle du kinésithérapeute

- ▶ Kinésithérapie : traite par le MOUVEMENT (la plupart du temps)
 - ▶ Douleur : source de NON MOUVEMENT
 - ▶ donc PROBLEME A RESOUDRE
- 

Le rôle du kinésithérapeute

- ▶ Restaure/améliore une fonction mécanique (articulation, membre, mécanique ventilatoire...)
 - ▶ Permet/Préserve la réalisation correcte d'actions concrètes.
(se déplacer, s'habiller, déglutir,...)
 - ▶ Diminuer les douleurs et améliorer la qualité de vie.
 - ▶ Nous devons donc interroger notre pratique et considérer le problème de la douleur provoquée.
- 

Rôle du kinésithérapeute Dans le cadre de la douleur chronique

▶ Attitude

- Connaissance : du dossier (pathologie, histoire de la maladie, histoire de vie...)
- Respect du patient
- Evaluation de la douleur (connaître et utiliser les échelles)
- Confiance : prendre du temps pour mettre en confiance , mettre en place une relation
- Calme : voix, dimension physique (porter la main sans agresser)
- Empathie : démontrer par l'attitude que l'on prend en compte la personne et pas seulement la douleur (em :dedans et pathie : ce qu'on éprouve)

Attendre les réponses, accepter les silences, « rendre » la parole à la personne.

La douleur est une expérience vécue, il faut prendre conscience de son retentissement.

Si non reconnaissance de la douleur et de la gravité de la maladie : Sentiment d'injustice = aggravation de l'anxiété.

Chaque douleur est unique : le soignant doit s'adapter.

Rôle du kinésithérapeute

Dans le cadre de la douleur chronique

▶ Démarche

- **Rassurer** : et mettre en confiance par des mouvements conduits, lents, stoppés lorsque la douleur apparaît (la prémédication est souvent possible).
- **Avertir** la personne si on pense qu'une manœuvre peut-être désagréable.
- **Expliquer** :
 - ce qu'on va faire : mobilisations/tests/palpation précautionneuse (principe de non douleur).
 - les principes de l'antalgie et relativiser ses effets secondaires (constipation/clonies/prurit/hallucinations).
 - le projet de soins : toujours privilégier l'activité de la personne. Remettre si possible le projet entre les mains de la personne douloureuse. Pas de dépendance vis-à-vis du thérapeute : nous nous occupons de lui ou d'elle mais c'est son corps et sa douleur
- **Toucher** : la personne, le massage est un bon moyen d'exploration.
- **Etre près** du patient (quelque soit notre action : transferts, marche, respiratoire...)
- **Encourager** : Donner les objectifs à court et moyen terme: « baliser le terrain ».

Cadrer les accompagnants « angoissés – angoissants », (surprotection étouffante /révolte /agressivité/ nourriture à tout prix.)

- leur expliquer la douleur.
- leur montrer ce qu'ils peuvent faire (techniques de déglutition, nettoyage de la bouche, massage, mobilisation.)

Rôle du kinésithérapeute

Dans le cadre de la douleur chronique

- ▶ **Positionnement/Installation/Immobilisation :**
 - rechercher de positions antalgiques
 - permettre à la personne de se détendre, de dormir
 - prévenir les escarres
- ▶ **Ergonomie :**
 - aides techniques . couverts/canards/plateaux/rehausseurs.
 - fauteuils adaptés..
 - corsets
- ▶ **Mobilisations :**
 - vu dans la prévention de beaucoup d'impacts physiologiques de l'immobilité.
 - Actives, passives, mixtes,
 - récupération de fonction, rééducation de la commande (mouvements conduits).
 - premier lever, marche...
- ▶ **Techniques respiratoires :**
 - techniques de désencombrement.
 - mécanique ventilatoire (spirométrie incitative)
 - Rééducation de la déglutition : Position de tête et cou / Synergie respiratoire

Rôle du kinésithérapeute

Dans le cadre de la douleur chronique

- ▶ **Massage** : permet une prise contact douce, proche du patient. Il permet une baisse du tonus, et donc du stress, un relâchement musculaire. Il est analgésiant et prépare au mouvement.
- ▶ **Relaxation** : Les techniques de relaxation visent globalement à une réduction du stress et ont pour objectif de générer une « diminution du niveau d'alerte, de la fréquence cardiaque et respiratoire, et de la tension artérielle ». On peut citer : musique de relaxation, réflexologie, relaxation progressive de Jacobson, travail respiratoire, sophrologie, training autogène, yoga...
- ▶ **Hypnose** : L'hypnose peut être considérée comme un état modifié de conscience induit chez une personne et utilisée dans le but de guérir. Mais c'est également la relation avec le thérapeute et la disponibilité dont il fait preuve à ce moment là qui agit.

Cas concret : l'hypnoalgésie au service des kiné au CLB

▶ La situation

- patients adultes atteints de **cancer** à différents stades de leur maladie
- Lors de l'évolution de ces cancers, l'apparition de **métastases** est possible, peuvent être présentes dans tout l'organisme, mais **localisations préférentielles** : poumons, foie et os particulièrement le **rachis**.
- traitement des métastases vertébrales est complexe
- souvent envisagé un traitement « conservateur », par la mise en place d'un corset

Cas concret : l'hypnosanalgie au service des kiné au CLB

▶ Situation

- mise en place de ce corset : souvent un échec ou dans quasiment tous les cas très compliquée et difficile.
 - corset rigide, là pour maintenir la colonne vertébrale en évitant tout mouvement dangereux et/ou très douloureux pour lui.
 - Le patient, partant pour être soulagé, se retrouve « coincé » (sensation d'oppression, panique souvent très vite) lors du premier essai, refusant de le réessayer.
 - Si le premier essai se passe bien, et que le patient garde le corset, les points d'appui de celui-ci sur le corps engendrent parfois de nouvelles douleurs. Là-aussi le patient peut alors refuser de remettre son corset.
- ▶ Ces échecs sont souvent coûteux pour le CLB et peuvent mettre le patient en danger par le risque de paralysie possible.
- ▶ Par l'**hypnoanalgie**, on essaie d'améliorer la mise en place de ce corset : le but est de diminuer l'angoisse du patient et les douleurs associées.

Cas concret : l'hypnosanalgésie au service des kiné au CLB

- ▶ Lors de la séance d'hypnose, j'utilise plutôt de l'hypnose formelle, basée sur des **récits métaphoriques**.
- ▶ L'essai d'un corset demande une **participation active du patient lors des retournements** une métaphore amenant le patient à bouger est intéressante.
- ▶ Bien sûr si le patient n'est pas à l'aise avec cette technique, la séance est faite sur un mode plutôt conversationnel.

Cas concret : l'hypnosanalgésie au service des kiné au CLB

- ▶ L'induction, qui amène le patient à l'état de conscience modifié (transe), suit une trame simple, permettant de créer une dissociation.
- ▶ Pour la phase de travail, j'utilise plutôt le récit métaphorique, et je vous propose de vous en conter un.

Je vous remercie de
votre attention

