

Douleur et Trauma

En pratique : Quelle attitude pour l'Infirmier Ressource Douleur ?

Dominique GILLET
IRD - CH VOIRON

Caen 12 juin 2019

Documents de référence

- Décret de compétence IDE
- Référentiel d'activités IRD (CPI – SFETD)
- La prise en considération de la dimension psychologique des patients douloureux (Publication pluriprofessionnelle SFETD)



Place de l'IRD dans le parcours du patient

- Formation axée sur des connaissances :
 - Soins infirmiers
 - Sciences biomédicales
 - Sciences humaines
- Du fait de ses compétences et de ses connaissances, l'IRD est à la croisée des chemins du concept de prise en charge
« Bio-Psycho-Sociale »



Connaissances et compétences de l'IRD

(non exhaustif)

- Connaissances
 - Physiologie, Pathologies
 - Traitements et techniques de prise en charge
 - Évaluation de la douleur
 - Parcours de santé
 - Législation du travail
 - ...
- Compétences
 - Recueil de données cliniques, identification de symptômes
 - Suivi des traitements
 - Soins physiques et psychiques (relation d'aide et soutien psy)
 - Orientation vers d'autres professionnels
 - ...



TRAUMA : rôle de l'IRD

- Evaluation et Dépistage
- Orientation vers un professionnel de la psyché
- Accompagnement et soutien psychologique
- Prise en charge des symptômes concomitants



Dépistage identification des symptômes

- L'ESPT se dévoile progressivement
- Symptômes d'alerte
 - Reviviscence de l'événement
 - Cauchemars
 - Hypervigilance
 - Anxiété
 - Évitements
 - Troubles psychosomatiques
 - Automutilation ou autolyse
- Situations d'alerte :
 - Troubles du comportement relationnel
 - Echec de tous les traitements (médicamenteux ou non)
 - Le patient qui se révèle au fil des entretiens comme une victime





- Suspicion ESPT



- Orientation vers psy



Orientation vers le psy

- Quand ?
 - Quand le patient le demande
 - Quand le patient est prêt, quand le changement semble possible
- Comment ?
 - Simplement
 - Sous forme de proposition
 - Soulignant les liens somato-psychiques déjà fait par le patient



Orientation vers le psy

- Que faire en cas de refus ?
 - Comprendre les motifs de refus (financier, représentation, expérience ancienne...)
 - Amener le patient à faire des liens somato-psy
 - Souligner l'ébauche de travail psychique déjà débuté
 - ETP / nécessité d'une prise en charge globale
 - Travailler en lien IDE/MED/PSY
 - Ne pas dépasser ses limites professionnelles (ne pas se mettre en situation d'omnipraticien)





Orientation
vers le psy

Poursuivre
la prise en
charge IRD



Prise en charge IRD

- Ne pas rompre l'alliance thérapeutique
- Soutien et accompagnement psychique
- Prise en charge des symptômes concomitants
 - Douleur, Anxiété, Troubles du sommeil
 - ETP, Techniques non médicamenteuses, ...



Cas clinique : Aubélia

- Femme 40 ans
- Adressée au CETD par son médecin traitant pour Migraine
- Cs médicale :
 - Migraine + Céphalées de tension + Anxiété ++
 - Antécédents : psoriasis cutané, 10 chirurgies, SAS, surpoids
 - « Eléments biographiques pouvant contribuer à son état douloureux »
 - Traitements : Triptan + Nocertone® + Kiné
 - Adressée à la Cs IDE pour :
 - Evaluation complémentaire
 - TENS
 - Hypnose



Consultation Evaluation IDE

- Mariée avec Julie
- Une fille de 3 ans Lou (grossesse de Julie, FIV)
- Auteure compositrice et animatrice musicale scolaire après avoir été assistante sociale (arrêt suite à burn out)



Recueil des éléments liés à la migraine

- 1ère migraine récente : 2016
 - Contexte d'apparition: dans les jours qui ont suivi la naissance de sa fille, complications post-partum pour Julie (réanimation)
« elle a vraiment failli mourir »
- 8/10 pendant les crises de migraines « fanfare dans la tête et il y a trop de grosses caisses dans cet orchestre ! »
- Triptans en cas de crise : efficaces en 30mn, pas d'abus, pas d'effets secondaires
- Nocertone® : bien toléré, pas d'effets secondaires



Recueil des éléments liés à la CT

- Apparition suite à la 1ère migraine, itérative pendant 2 ans puis quotidienne depuis environ 1an
 - Contexte d'installation : tension avec sa mère « elle ne s'est jamais comportée en mère et elle est incapable de se comporter en grand-mère »
- 4/10 au minimum, permanent
- Pas de kiné « pas envie, je n'aime pas qu'on me touche »



Recueil des éléments liés à l'anxiété

- Anxiété très ancienne « permanente, pour tout et rien » « liée à des difficultés de l'enfance jusqu'à aujourd'hui » :

DC Père
« quand
j'avais 7ans,
non 12ans »

Mère « non
aimante »

Sœur
« perverse
narcissique
toxico »

DC de son
ami Louis
(AVP)

Julie
« a failli mourir
lors de
l'accouchement »



Recueil des éléments liés à l'anxiété

- Evaluation de l'anxiété
 - Mini 2/10 « toujours aux aguets »
 - Maxi 9/10 « envie de mourir pour que ça s'arrête»
- Pas de traitement : refus de la patiente « trop sensible aux drogues »



Retentissement sur la qualité de vie

- Vie professionnelle
 - S'adapte, peu gênée
- Vie familiale et sociale
 - Anxiété : « ça bouffe nos vies... », « j'ai tellement peur de perdre Julie et Lou que j'en suis étouffante »
 - Migraine et CT : s'isole
- Sommeil
 - Endormissement difficile et réveils nocturnes fréquents avec ruminations
 - 2 cauchemars récurrents « je suis seule au monde, la seule survivante » ou « mon père tombe et ne se relève pas »
- Etat psychologique et émotionnel ressenti
 - Anxieuse et quelques fois triste
 - « Hyperémotive au point de ne plus regarder la TV... trop de gens qui meurent »



Consultation Evaluation IDE

Conclusions

- Anxiété est plus handicapante que les céphalées
- Migraine et traitements bien gérés : pas besoin d'ETP/migraine
- Besoin d'une prise en charge / psycho pour l'anxiété et vu le contexte biographique : refus catégorique de la patiente « j'ai déjà vu des psy et ça ne peut pas changer ma vie »
- Actions à mettre en place
 - TENS pour la CT
 - Hypnose surtout pour l'anxiété et les troubles du sommeil
 - Relation d'aide et soutien psychologique pour l'amener progressivement à rencontrer la psychologue



Consultations de suivi IDE

(toutes les 2 à 3 semaines)

- TENS : bonne observance, soulagement 50% CT
- Hypnose et apprentissage de l'auto-hypnose : amélioration de l'endormissement mais cauchemarde toujours, gère progressivement mieux son anxiété
- Relation d'aide :
 - Parle facilement
 - Souvent de fortes émotions (pleurs, colère...)
 - Évoque des situations d'abandon à répétition
 - Parle de ses difficultés actuelles et fait quelques liens avec sa biographie dont elle donne progressivement plus de détails



Éléments biographiques

- 1986 (7 ans) père rupture anévrisme, EVC, décès en 1991 (12 ans)
« le seul qui m'aimait vraiment »
- Sœur de 5 ans son aînée lui a imposé des relations incestueuses entre ses 8 ans et ses 12 ans
- Mère « elle ne m'a jamais aimée...vivait sa vie avec ses mecs », partie pour quelques jours de vacances en Asie suite au décès du père, revenue 5 ans après (12 ans/17 ans) - Placement en famille d'accueil
- 1996 (17 ans) « retour de vacances » de sa mère, secte - s'en « échappe » avec son ami Louis en 1999
- 2002 décès de Louis (AVP)
- 2016 naissance de sa fille, complications du post-partum pour Julie



Éléments biographiques

- « Mon père est tombé devant moi quand j'avais 7ans et il ne s'est jamais réveillé,..., il m'a abandonnée à une mère qui ne m'aime pas. Ma mère s'est mise à se suicider régulièrement, je l'ai retrouvé plusieurs fois inconsciente dans son lit..., ou avec ses amants..., j'ai voulu trouvé du réconfort auprès de ma grande sœur, elle a abusé de moi (pleure). Puis mon père est vraiment mort. Ma mère est parti en vacances, elle est revenue 5 ans plus tard ! (colère)... Je me suis retrouvée en famille d'accueil, ma sœur a fugué et a commencé à se droguer. Quand ma mère est rentrée de vacances elle est venue me chercher et m'a emmenée dans une secte, je n'ai pu en partir qu'avec le soutien et la patience de Louis qui m'a lui aussi abandonnée (pleure)..., puis Julie qui a failli me quitter après l'accouchement »



ESPT ?

- Cauchemars : « seule au monde », « chute de son père »
- Évitement : Impossibilité de conduire
- Hyperémotivité (impossibilité de regarder la TV « si les gens meurent ») = reviviscence des événements ?
- Anxiété/perte de sa fille et Julie « j'en suis étouffante »
- Trouble psychosomatique : psoriasis
- Émotions fortes en relation avec certains événements de vie
- Trouble du comportement relationnel : refuse qu'on la touche

- Reprise de ces éléments avec la patiente
- Accepte de rencontrer le médecin EMDR de l'équipe



Consultation EMDR

- Nouvelles informations et nouveaux diagnostics :
 - Carence affective
 - Utilisation « forcée » de drogues dans une secte : à cru mourir à plusieurs reprises
 - Addiction au sucre
 - ESPT avéré (PCLS à 48)
- Conclusion : « trouble de Stress post-traumatique sur plusieurs éléments de sa biographie, favorisant des troubles anxieux et l'addiction au sucre, réactivation des troubles lors de l'accouchement de sa compagne. Une prise en charge en EMDR est indiquée. »



RSP

- Prise en charge plurimodale
 - Neurologue
 - Psychologue + EMDR
 - IDE :
 - Arrêt de l'hypnose pendant la prise en charge en EMDR, à réévaluer plus tard
 - Poursuivre la relation d'aide
 - RESC pour les troubles du sommeil et l'anxiété



Conclusion

- « ... maintenant je sais que mon avenir sera ce que j'en ferai et même si je ne vais pas encore parfaitement bien, je vais mieux. »

Aubélia



Pour ne pas conclure

« Ouverture vers l'avenir ou pavé dans la mare ! »



- L'IRD :
 - Assure le suivi de patients qui lui sont confiés par le médecin
 - A pour mission d'orienter, d'éduquer, de faire de la prévention et du dépistage
 - Fait des actes d'évaluation et de conclusion clinique
 - Participe à des temps d'échange et de coordination
 - ...
- L'IRD remplit les missions d'Infirmier de Pratique Avancée...

A suivre !

