

Vivre avec sa douleur



La Mutualité Socialiste



www.mutsoc.be

LA FORCE DE LA SOLIDARITÉ

Cette publication est une édition de l'Union Nationale des Mutualités Socialistes.

Elle peut être obtenue gratuitement

- dans un point de contact de la Mutualité Socialiste
- auprès du département communication de l'Union Nationale des Mutualités Socialistes, rue Saint-Jean, 32-38 - 1000 Bruxelles - Tél. : 02 515 05 59.
- sur le site internet www.mutsoc.be

Editeur responsable : Jean-Pascal Labille, Secrétaire Général
UNMS - rue Saint-Jean, 32-38 - 1000 Bruxelles

Supervision : Inge Robyn, responsable du service Promotion de la santé de l'UNMS

Collaborateurs : Inge Robyn, Dr Pierre Baldewyns, Muriel Durant

Rédaction : Marie-Françoise Dispa

Illustrations : Frédéric Thiry

Layout : Valérie Pernot – Héroufosse Communication

Nous remercions tout particulièrement :

- La docteure Anne Berquin, responsable de la consultation de la douleur chronique aux Cliniques Universitaires Saint-Luc.
- La docteure Nathalie Mathieu, coordinatrice du Centre Multidisciplinaire d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (CMETD) de l'Hôpital Erasme – Cliniques Universitaires de Bruxelles.
- Le docteur Thierry Chevolet, responsable de la consultation des douleurs chroniques de la Clinique André Renard (Herstal).
- Anita Violon, docteur en sciences psychologiques, auteur de plusieurs ouvrages sur la douleur.

Ainsi que Gisèle Marlière, Marilyn Descamps et Florence Lebailly.

Dépôt légal : D/2010/1222/05

Table des matières

Mode d'emploi	2
Introduction	4
I. Comprendre la douleur	6
❶ Il y a douleur et douleur	6
❷ Pourquoi avons-nous mal ?	10
❸ La douleur des sans-voix	14
❹ La douleur, ça se soigne...	20
II. Quand la douleur devient chronique	30
❶ Comment ça se passe ?	36
❷ Comment ça se soigne ?	37
III. La douleur et vous	50
❶ La fibromyalgie	50
❷ L'algodystrophie	54
❸ Le mal de dos	57
❹ La migraine	60
❺ L'arthrose	63
Pour aller plus loin	68
Pour vous	71
Carnet d'adresses	77

Mode d'emploi

Pour qui ?

- Vous-même ou un de vos proches est confronté à la douleur
- Vous rencontrez, dans votre cadre professionnel, des personnes confrontées à la douleur

Quoi ?

Trois grandes parties

- **Comprendre la douleur** : comment ça marche ; tout le monde est concerné ; comment soigner ?
- **Quand la douleur devient chronique** : quels mécanismes entraînent la douleur chronique ; que faire pour gérer sa douleur ?
- **La douleur et vous** : 5 causes de douleur chronique les plus fréquentes et des pistes pour apprendre à vivre avec sa douleur.

En complément

- **Pour aller plus loin**, des références supplémentaires.
- **Pour vous** : ce qui est remboursé par la sécurité sociale et les services offerts par la Mutualité Socialiste.
- **Un Carnet d'adresses** très complet.

Vous vous repêrez facilement grâce aux couleurs !

Comment ?

« » indiquent les témoignages

 indiquent les adresses utiles et les centres de références

Introduction

« Certains m'ont dit: " La douleur, il suffit de l'ignorer!" Facile à dire lorsqu'on n'a jamais été confronté à elle, jour après jour. J'ai trop longtemps essayé de l'ignorer, plus exactement de la dissimuler au prix d'efforts démesurés qui m'ont conduite à la dépression. C'est en parlant de la douleur que j'ai pu me sauver! » (Jocelyne Paderi*)

Mal aux dents, mal à la tête, mal au dos... la douleur, tout le monde connaît. Et c'est tant mieux, car elle est, comme signal d'alarme, indispensable à la vie. Imaginez une fracture qui ne ferait pas mal, ou une brûlure qui ne se révélerait qu'à l'odeur !

Trop souvent, cependant, la douleur persiste malgré les traitements, au point de devenir une maladie en soi : un Européen sur quatre souffre de douleur chronique ! Le phénomène douloureux est donc plus complexe qu'il n'y paraît, et les professionnels de la santé, conscients que son aspect biologique peut être modulé par des facteurs psychologiques et sociaux, n'hésitent plus à l'attaquer sur tous les fronts. Le problème, c'est que la douleur ne se voit pas : tant qu'elle n'est pas exprimée, elle n'existe pas pour les autres.

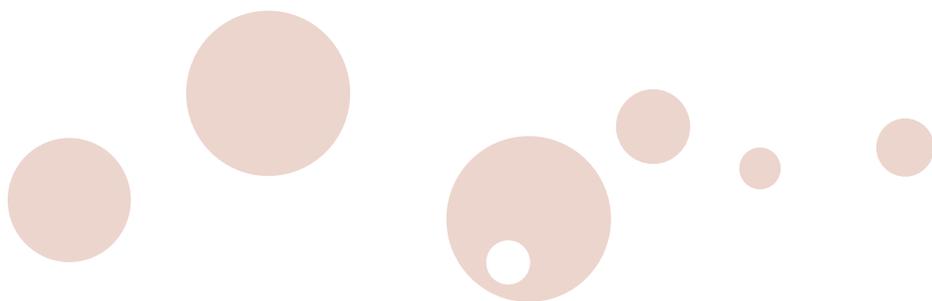


Or, sur dix personnes qui ont mal, deux ne l'avouent pas à leur médecin, et une n'en parle jamais à personne. Ne souffrez pas en silence : pour mettre la douleur en échec, la première chose à faire est d'en parler.

Pour vous accompagner, nous vous proposons cette brochure *Vivre avec sa douleur*. Elle vous permettra de mieux comprendre les mécanismes de la douleur et vous fournira des pistes afin de " vivre avec ", le mieux possible.

Enfin, nous reprenons en page 71 tous les services, avantages et remboursement à votre disposition. N'hésitez pas à contacter votre mutualité pour en savoir plus (*voir carnet d'adresses, page 77*).

Bonne lecture !



* Douleureuse chronique, auteure de *A la douleur du jour* (Coëtquen Editions 2004) et coauteure avec la psychologue Anita Violon du *Guide du douloureux chronique – J'ai mal et je vais bien* (Desclée De Brouwer, 2010).



Comprendre la douleur

① Il y a douleur et douleur

L'Association Internationale pour l'Etude de la Douleur définit la douleur comme *“ une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée ou non à des lésions réelles ou potentielles, ou décrites en des termes évoquant de telles lésions ”* (IASP 1994).

Comme le remarque le Docteur Michel Vanhalewyn de la Société Scientifique de Médecine Générale, *“ cette définition évoque deux caractéristiques importantes de la douleur. Premièrement, la douleur est une expérience subjective multidimensionnelle, à la fois sensorielle et émotionnelle. Deuxièmement, elle accepte la possibilité d'une dissociation complète entre l'intensité de la perception douloureuse et la gravité d'une lésion ”*.

On classe généralement la douleur en deux catégories :

- **La douleur aiguë**

Elle nous signale qu'il se passe quelque chose d'inhabituel dans notre corps (blessure, maladie, traumatisme) et nous incite à réagir.

Ce signal d'alarme nous est indispensable : même si elle peut avoir plusieurs origines (carie, pulpite – inflammation causée par une carie trop proche d'un nerf – ou abcès), une rage de dents nous incite à prendre sans tarder ce rendez-vous chez le dentiste que nous reportons depuis (trop) longtemps; la douleur associée à une déchirure musculaire ou à un claquage nous impose un arrêt immédiat de l'exercice en cours et un repos de plusieurs semaines à plusieurs mois; une douleur dans la poitrine, qui se propage dans les bras et/ou la mâchoire, révèle souvent un infarctus du myocarde – situation d'urgence s'il en est ! Mais, une fois sa cause écartée et ses conséquences traitées, la douleur aiguë disparaît – en principe – spontanément et relativement vite.

Le saviez-vous ?

Certaines personnes souffrent d'**insensibilité congénitale à la douleur**, maladie génétique très rare (à peine une centaine de cas avérés dans le monde) qui peut être diagnostiquée dès le plus jeune âge, lorsqu'on constate des brûlures, morsures, corps étrangers dans la peau, infections etc. chez un enfant sans que celui-ci s'en soit plaint.

Les fans du “ Docteur House ” se souviendront que l'héroïne d'un des épisodes (14 de la saison 3) de cette célèbre série télévisée, intitulé “ Sans peur et sans douleur ”, était une jeune fille atteinte de cette maladie et sortie apparemment en pleine forme d'un accident de la route. Un enfant insensible à la douleur doit évidemment être surveillé en permanence : même s'il n'est pas particulièrement turbulent, il court beaucoup plus de risques que les autres !

- **La douleur chronique**

On appelle ainsi une douleur qui persiste alors que sa cause a été éliminée ou dont on ne parvient pas à déterminer la cause et qui dure depuis trois à six mois, selon les définitions, ou qui est associée à une maladie chronique, cancéreuse ou non cancéreuse.

Le saviez-vous ?

La “ **douleur du membre fantôme** ”, est une forme de douleur chronique ressentie par 65% environ des amputés, un tiers s'en plaignant encore au bout d'un an.

L'amputé éprouve des sensations plus ou moins désagréables – chaud, froid, picotements, fourmillements, crampes, constriction – dans le membre ou partie de membre qui a été sectionné, et qui brille donc par son absence.

Même quand ces sensations deviennent envahissantes, voire réellement douloureuses, leur victime n'ose pas toujours en parler, car elle craint d'être taxée de folie. Or, si la “douleur du membre fantôme” est en effet “dans la tête”, la folie n'y est pour rien : l'explication se trouve dans la zone du cerveau appelée cortex somatosensoriel, où les voies nerveuses dessinent une sorte de carte du corps. Après une amputation, cette carte se réorganise – mais, dans certains cas, la représentation et la sensation du membre absent persistent au lieu de disparaître, peut-être sous l'influence du membre survivant opposé.

Cette douleur encore mystérieuse peut être prise en charge de différentes manières. Les plus “classiques” sont l'administration de tranquillisants et d'antidépresseurs, ainsi que la stimulation de la moelle épinière. D'autres techniques – acupuncture, biofeedback (ou biorétroaction : processus d'apprentissage qui permet à une personne d'améliorer sa santé en observant, grâce à des électrodes, les signaux physiologiques émis par son corps), hypnose – donnent des résultats très variables selon les personnes. Une thérapie originale et souvent efficace, apparue il y a une dizaine d'années, utilise une “boîte à miroir” placée face au membre intact pour donner à l'amputé l'impression de pouvoir toucher son membre fantôme, le bouger, le remettre “en bonne position”, le masser, etc. La réalité virtuelle est la version moderne de la boîte à miroir: l'amputé est doté d'un “avatar” physiquement intact, par l'intermédiaire duquel il peut “entraîner” son membre virtuel – lui faire attraper une balle, par exemple. Après une séance de réalité virtuelle, huit patients sur dix voient leur douleur diminuer.

Groupe d'entraide et de soutien : Amptraide (voir carnet d'adresses, page 80)

La douleur est utile...

... parce qu'elle nous empêche de nous blesser ou de nous brûler, ou encore d'aggraver notre cas, lorsque nous souffrons d'une lésion musculaire ou d'une fracture, par exemple, en poursuivant nos activités comme si de rien n'était;

... parce que, sans elle, beaucoup de maladies ne seraient diagnostiquées que sur le tard, c'est-à-dire à un stade de gravité beaucoup plus avancé: l'appendicite aurait tout le temps de tourner à la péritonite, ou la cystite de dégénérer en pyélonéphrite.

Mais, comme signal d'alarme, elle n'est pas irréprochable :

- **elle ne fait pas toujours son boulot** : ainsi, nombre de cancers ne deviennent douloureux que sur le tard;
- **elle peut nous induire en erreur** : notamment dans le cas des douleurs "projetées", qui se manifestent loin du siège de la maladie. Ainsi, une douleur dans l'épaule droite peut révéler une obstruction des voies biliaires;
- **elle persiste parfois après la guérison** : dans le zona, la disparition des vésicules ne coïncide pas forcément avec celle de la douleur. Celle-ci peut persister pendant des mois, voire des années, combinant parfois un fond douloureux permanent avec des accès paroxystiques (coups de poignard, décharges électriques), ainsi qu'avec des sensations douloureuses causées par des stimulations habituellement "neutres", comme le port de vêtements;
- **elle peut cesser d'être un symptôme pour devenir une maladie en soi** : le "syndrome douloureux chronique" ou douleur chronique.

Bon à savoir : *"En douleur aiguë, les douleurs postopératoires constituent un cas particulier, parce qu'elles sont **prévisibles**, précise la docteur Nathalie Mathieu, du Centre de la Douleur du CHU Erasme. Ça rend les choses bien plus faciles, parce qu'on peut **anticiper**. Et donc donner des médications aux bonnes doses, mais surtout faire des synergies médicamenteuses. En général, il est rare à l'heure actuelle que les douleurs postopératoires ne puissent pas être gérées. Quand la chirurgie a été importante, on aura recours à des techniques plus sophistiquées: cathéters en péri-durale, blocs, pompes d'administration de morphine à la demande... Mais, dans l'immense majorité des cas, les douleurs postopératoires sont bien contrôlées".*

② Pourquoi avons-nous mal ?



- Nous l'avons vu : la douleur est un **signal d'alarme**. Sa fonction est de détecter toute lésion ou menace de lésion dans l'organisme.
- Qui dit "détecter" dit "détecteurs": il s'agit de terminaisons nerveuses spécialisées, disséminées dans tous les organes et tissus (à l'exception du cerveau) et appelées **récepteurs de la douleur ou nocicepteurs**.
- Au niveau de ces nocicepteurs, les stimuli douloureux sont transformés en **signaux électriques**.
- Ces signaux électriques sont captés par des **fibres nerveuses nociceptives**, c'est-à-dire sensibles à la douleur, qui conduisent le message douloureux jusqu'à un premier relais, situé dans la **moelle épinière**.
- La moelle épinière traite le message douloureux, déclenchant notamment, en cas de nécessité, les réflexes indispensables à la protection de l'organisme: le retrait de votre main lorsque vous effleurez accidentellement la semelle brûlante de votre fer à repasser, par exemple.
- Le message douloureux est ensuite transmis au **tronc cérébral**, qui est situé dans la boîte crânienne, entre la moelle épinière et le cerveau, et qui contrôle plusieurs fonctions vitales, comme la respiration, le rythme cardiaque et la température corporelle. Ce qui explique que la douleur peut vous couper la respiration, vous causer des palpitations, vous faire pâlir au point que le sang a l'air de se retirer de votre visage ou vous mettre en transpiration.
- Enfin, le message douloureux arrive dans le **cerveau**. C'est alors qu'il est réellement perçu comme douleur. Perception très complexe, à laquelle participent plusieurs régions du cerveau.
- Le message est reçu par le **thalamus**, zone de forme ovoïde située dans la partie profonde du cerveau.

- Le thalamus partage l'information entre le **lobe ou cortex pariétal**, qui détermine la localisation, l'intensité, la durée et le type de la sensation douloureuse, et le **lobe ou cortex frontal**, qui analyse la part émotionnelle du message douloureux (expériences antérieures, sentiments, etc.) C'est l'intervention du cortex frontal qui explique pourquoi le vécu de la douleur diffère d'une personne à l'autre.

Pas égaux devant la douleur

- Le seuil de tolérance à la douleur, c'est-à-dire le niveau au-delà duquel la douleur devient insupportable, varie d'une personne à l'autre et, chez une même personne, d'un moment à l'autre. Le degré de douleur n'est donc pas uniquement lié à l'origine et à la gravité du mal: une personne chez qui la radiographie montre la présence d'une hernie discale, par exemple, peut ne pas souffrir, alors qu'une autre, victime d'une simple fêlure, souffre énormément.
- Chez les femmes, le seuil de tolérance à la douleur est inférieur à celui des hommes. Cette différence a été confirmée en 2005 par des chercheurs américains, qui ont montré que les femmes possèdent un plus grand nombre de récepteurs à la douleur, ce qui augmente leur sensibilité.

Comment mesurer la douleur... de l'intérieur ?

La douleur est une sensation : elle ne se mesure pas comme la tension artérielle, la température ou la fréquence cardiaque ! Pour prendre la douleur du patient en compte, cependant, les soignants doivent avoir une idée de son intensité. Heureusement, ils peuvent proposer à la personne qui souffre des moyens simples d'évaluer sa propre douleur correctement, "de l'intérieur", et de leur communiquer cette évaluation.

• Echelle visuelle analogique (EVA)

L'EVA se présente sous la forme d'une ligne droite de 10 cm. A l'une des extrémités est indiqué "absence de douleur" et à l'autre "douleur insupportable". Il suffit au patient de faire une marque entre ces deux extrémités en fonction de l'intensité de sa douleur au moment présent. En pratique,

le patient se voit souvent proposer une réglette graduée de 0 à 10 cm, en carton ou en plastique, équipée d'un curseur. Entre 1 et 3, la douleur est considérée comme légère; entre 3 et 5, d'intensité modérée; entre 5 et 7, intense; supérieure à 7, très intense. L'EVA peut être utilisée dès l'âge de 4 à 6 ans. Cependant, comme les enfants situent souvent leur douleur aux extrémités (0 ou 10) de l'EVA, il peut être utile d'employer avec eux d'autres échelles d'évaluation, en particulier l'échelle à "smileys".

• Echelle à "smileys" ou "smiley analogue scale"

En fait, il s'agit d'une échelle représentant les visages des célèbres "smileys", avec des expressions différentes, correspondant à des niveaux de satisfaction différents : 1. très heureux; 2. heureux; 3. moyennement heureux; 4. pas heureux; 5. triste.



• Echelle verbale simple

Plus accessible à certains patients, elle propose à la personne qui souffre de choisir parmi une série de qualificatifs hiérarchisés allant d'"absence de douleur" à "douleur insupportable" : à lui de dire si sa douleur est "absente", "faible", "modérée", "intense", "extrêmement intense".

• Echelle verbale relative

Le soignant propose au patient une liste de mots utilisés pour décrire une douleur: élancements; douleur pénétrante; décharges électriques; coups de poignard; en étai; tiraillements; brûlure; fourmillements; lourdeur; épuisante; angoissante; obsédante; insupportable; énervante; exaspérante; déprimante. Pour chacun de ces mots, le patient doit répondre si la douleur correspondante est : 1. absente; 2. faible; 3. modérée; 4. forte; 5. extrême.

• Mesure de la mobilité du patient

Elle peut également constituer un bon indicateur pour le soignant, qui peut tester le patient en lui posant des questions comme :

- Pouvez-vous parcourir facilement 100, 500, 1000 mètres ?
- Êtes-vous capable de monter les escaliers ?
- Êtes-vous capable de lever les bras pour vous coiffer ?
- Pouvez-vous vous baisser pour mettre vos bas et/ou vos chaussures ?

Le but est d'évaluer la qualité de vie du patient. Le soignant peut évidemment l'interroger aussi sur l'influence de la douleur sur son sommeil, ses tâches intellectuelles ou son comportement social. L'essentiel pour lui est de découvrir, avec la collaboration du patient, dans quelle mesure la vie de celui-ci est désormais placée sous le signe de la douleur.

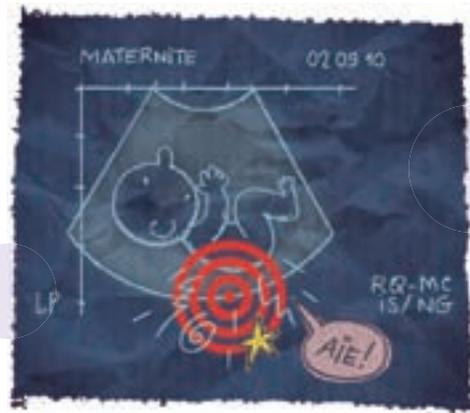
12 octobre : Journée mondiale de (lutte contre) la douleur

A cette occasion, l'Association internationale pour l'étude de la douleur rappelle que dans le monde :

- 1 personne sur 5 (1 sur 4 en Europe) souffre de douleurs chroniques modérées à fortes;
- la douleur rend un tiers de ces personnes incapables ou difficilement capables de mener une vie indépendante;
- 1 personne sur 4 affirme que la douleur perturbe ou détruit ses relations avec sa famille ou ses amis.

Par ailleurs, le *Livre Blanc de la Douleur*, publié en 2005 par le Centre National (français) de Ressources de Lutte contre la Douleur, a attiré l'attention sur "les douleurs induites par les actes (diagnostiques ou thérapeutiques) des soignants", qui ne représentent pas moins de 14% des douleurs. Or, 41% seulement des personnes qui en souffrent ont été préalablement informées que l'examen ou le soin était douloureux et 61% n'ont pas reçu de médicament antalgique préventif.

③ La douleur des sans-voix



OUI, les enfants souffrent aussi !

Dans les années 1990, on pensait encore que le système nerveux immature de l'enfant le protégeait de la souffrance. Résultat: la douleur de l'enfant était niée. Aujourd'hui, on sait que l'enfant souffre bel et bien, et ce dès le stade foetal. Les voies de transmission de la douleur sont en place avant la fin du 6^e mois de grossesse, de sorte que le plus jeune des prématurés peut ressentir la douleur! Bien plus, il est maintenant prouvé que le nouveau-né traverse une phase d'hypersensibilité à la douleur, due au fait qu'à la naissance, ses mécanismes de contrôle de la douleur ne sont pas entièrement opérationnels. Résultat: il peut ressentir comme douloureuses des stimulations qui ne le seraient pas pour un enfant plus âgé ou un adulte. Loin d'être insensible, l'enfant ressent donc très précocement la douleur, et même de manière exacerbée. Sa façon d'exprimer la douleur est très différente de celle de l'adulte, mais il faut toujours le prendre au sérieux.

- **Le tout-petit (d'âge "préverbal") ne peut pas dire qu'il a mal.**
 - En cas de douleur aiguë, l'enfant crie, hurle, pleure, et tous les efforts de son entourage sont impuissants à le consoler.
 - Si la douleur se prolonge, le tableau se modifie, et ce d'autant plus rapidement que l'enfant est plus petit: sa notion du temps étant très différente de celle des adultes, les signes de douleur prolongée peuvent apparaître très vite. Au lieu de s'agiter et de donner de la voix, l'enfant devient anormalement calme, triste, apathique, voire prostré. Il ne réagit pas aux stimulations extérieures, son sommeil est perturbé, et il commence à refuser le contact.
 - Reste à évaluer et à situer cette douleur. Chez un enfant qui n'a pas encore acquis le langage (de même que chez un enfant en réanimation ou intubé,

ou encore chez un enfant polyhandicapé), c'est particulièrement difficile: le soignant doit faire appel à son sens de l'observation (des expressions faciales de l'enfant - sourcils froncés, paupières serrées, sillon naso-labial accentué, etc. - ainsi que de son comportement), mais aussi à la collaboration des parents, qui sont les mieux placés pour le renseigner sur l'état antérieur de l'enfant.

• **Dès l'âge de 3 ans, l'enfant peut dire lui-même :**

- **où** il a mal, en désignant l'endroit sur son propre corps ou sur le dessin d'un "bonhomme";
- **comment** il a mal, en ajoutant des couleurs sur le dessin du bonhomme (jaune = un peu; orange = fort; rouge = très fort); l'échelle à smileys peut également l'aider à s'exprimer.

A partir de 5-6 ans, on peut aussi utiliser l'échelle à smileys, ou encore la réglette EVA version enfant. A partir de 7 ans, il est capable de coter sa douleur sur 10 en fonction de son intensité.



Attention !

- Quel que soit son âge, un enfant qui ne joue pas est peut-être un enfant qui souffre: faites preuve de vigilance!
- Même si vous avez la conviction que votre enfant souffre, ne lui demandez pas de but en blanc: "Est-ce que tu as mal?" Il peut en effet être dans le déni de sa douleur, soit parce qu'il a peur qu'une réponse positive soit la porte ouverte à des soins douloureux (rares sont les enfants qui ne redoutent pas les piqûres!), soit parce qu'il veut vous protéger ou répondre à ce qu'il s'imagine être votre attente, soit encore – c'est très fréquent chez les jeunes enfants – parce qu'il croit que cette douleur est la punition d'une faute réelle ou imaginaire (avoir souhaité du mal à son petit frère, par exemple, ou tondu la poupée de sa sœur). Placez-vous

plutôt en position d'aide, en lui disant que vous pensez qu'il a mal à tel ou tel endroit (en le désignant du doigt), mais que vous avez besoin de son concours pour le soulager sans tarder. Une fois investi d'un rôle actif, il comprendra mieux ce qui lui arrive et sera moins effrayé.

• Les polyhandicapés nous parlent : écoutons-les !

Souvent, une personne polyhandicapée ne s'exprime pas par des mots: chacune a un code qui lui est propre et qui peut dérouter ceux qui ne la connaissent pas intimement.

Ainsi, une contraction des muscles de son visage sera interprétée comme une grimace de douleur par des inconnus, alors que sa famille y reconnaîtra une manifestation de joie. A l'inverse, elle exprimera sa douleur par le silence et le repli sur soi, ou, comme la jeune Marlène, par une opposition qui risque d'être mal interprétée.

« A 12 ans, Marlène ne parle pas, mais elle peut faire quelques pas lorsqu'elle est fermement soutenue, participe à tout et est généralement d'humeur joyeuse. Après une opération de la hanche, elle est envoyée dans un centre de rééducation où personne ne la connaît. Dès les premiers jours, elle repousse le kiné, et refuse bientôt d'être touchée par qui que ce soit. Elle est donc renvoyée chez elle, comme souffrant d'une phobie de la rééducation. Mais elle a changé : non seulement elle refuse désormais de se mettre debout, et même de s'appuyer sur sa jambe, mais son caractère jovial n'est plus qu'un souvenir. Ses parents, inquiets, exigent une radiographie, qui révèle une hanche détruite. Depuis des semaines, la jeune fille souffrait le martyre, mais sa douleur n'a pas été prise en charge, parce qu'elle n'a pas été comprise. Pourtant, à chacune de leurs visites, ses parents avaient averti les soignants que, selon eux, elle avait mal. Mais ils n'ont pas été crus... »

La solution ?

“Il est indispensable tout d'abord de croire en la plainte douloureuse, quelle que soit son expression. Il faut ensuite interroger le patient, si possible, mais aussi son entourage. Il convient également de savoir observer et de prendre son temps pour examiner au mieux le patient. Il importe par dessus tout

d'évaluer la douleur supposée au moyen de grilles d'évaluation validées. Bien qu'imparfaites, ces grilles n'en restent pas moins de précieux outils qui vont permettre au soignant d'identifier et de prendre en charge la douleur plus rapidement et plus précisément."

(Dr Gérard Pfister, *Personnes polyhandicapées : pour une approche palliative de la douleur*, Revue internationale des soins palliatifs, 2002/3 (volume 17).

Vous êtes un des proches d'une personne polyhandicapée ? N'hésitez pas à réclamer l'utilisation d'une de ces grilles d'évaluation ! Et, si nécessaire, soyez sa voix, car personne n'est mieux à même que vous de comprendre ce qu'elle exprime!

• Handicap mental ≠ insensibilité

Comme les nouveau-nés, les personnes porteuses d'un handicap mental, dont beaucoup sont dans l'incapacité d'exprimer leurs maux par des mots, ont longtemps été considérées comme "hyposensibles", voire carrément "insensibles" à la douleur. Ce n'est évidemment pas le cas, et elles souffrent d'autant plus que leur douleur n'est pas entendue.

Pourtant, là aussi, il existe des outils d'hétéro-évaluation de la douleur – c'est-à-dire des échelles d'évaluation de la douleur par les soignants - ainsi que des outils d'auto-évaluation, proches de ceux utilisés pour les enfants : échelle à smileys, localisation de la douleur sur un schéma corporel, mais aussi échelle des 4 jetons, consistant à empiler des jetons rouges (plus la douleur est forte, plus il y a de jetons).

En combinant les uns et les autres, il est possible de se faire une idée assez correcte de la douleur, même chez les trisomiques, par exemple, (où son expression spontanée peut être anormalement atténuée), ou chez certains autistes, (où elle est au contraire excessive et exacerbée).

• Le corps des seniors

Les personnes âgées peuvent avoir des difficultés à communiquer leur douleur, par exemple en raison de troubles du langage ou de la mémoire, ou à cause des effets secondaires de certains médicaments. D'autres n'osent pas se plaindre, de crainte d'être réprimandées (dans certaines maisons de repos, mais aussi dans certaines familles), de gêner, de "devenir un boulet", ou encore parce que leur éducation les a habituées à souffrir sans se plaindre.

Soyez donc particulièrement attentifs aux seniors de votre entourage. Écoutez-les et, s'ils ne parlent pas, ou seulement de façon incohérente, apprenez à décoder les messages qui passent par leur corps et leurs comportements: modifications par rapport aux jours précédents (agitation, gémissements, grimaces, raidissement, tentative de couvrir l'une ou l'autre partie du corps avec les mains...), refus de s'alimenter, irritabilité, troubles du sommeil, repli sur soi... Autant d'éléments que les grilles d'hétéro-évaluation prennent en compte.



Comment mesurer la douleur... de l'extérieur ?

S'il est déjà difficile d'évaluer la douleur d'une personne lorsque celle-ci est capable de communiquer, cette difficulté est décuplée avec des personnes non communicantes ou qui ont du mal à s'exprimer. Heureusement, l'observation des comportements associés à la douleur a permis la création d'**outils "d'hétéro-évaluation"** de cette douleur, c'est-à-dire d'évaluation par des tiers.

- Pour la douleur des enfants, il en existe toute une série - de la "Grille de douleur et d'inconfort du nouveau-né (EDIN)" à la "Grille Douleur

Enfant Gustave Roussy”, destinée à évaluer la douleur prolongée - recommandées selon l’âge et la situation de l’enfant. Vous les trouverez sur le site www.pediadol.org, sous “Evaluation” > “Hétéro-évaluation”.

- Pour la douleur des personnes polyhandicapées, un des principaux outils est l’Echelle Douleur Enfant San Salvador, également utilisée pour les adultes (à télécharger sur www.pediadol.org/IMG/pdf/San_Sal.pdf).
- Pour la douleur des handicapés mentaux, le “maître-achat” est l’échelle NCCPC (Non Communicating Children’s Pain Checklist), utilisée pour les enfants non communicants, mais également comme grille d’évaluation chez les personnes porteuses d’une déficience intellectuelle. Elle peut être téléchargée sur www.pediadol.org.
- Pour les personnes âgées, les échelles les plus employées sont DOLOPLUS, www.doloplus.com, et ECPA (Echelle comportementale de la douleur chez la personne âgée non communicante, qui peut être téléchargée sur le site du Centre national français de ressources de lutte contre la douleur, www.cnrdr.fr, Adulte > Personne âgée > Evaluation de la douleur > Spécificité de l’évaluation de la douleur chez la personne âgée).

Populations sacrifiées

Lors de la première journée mondiale de la douleur, en 2004, la docteure Catherine Le Galès-Camus, chargée à l’OMS du groupe Maladies non transmissibles et santé mentale, a rappelé qu’entre le Nord et le Sud, l’injustice n’est pas seulement économique: “C’est en majorité dans les pays à revenu faible ou moyen, où les maladies chroniques comme le cancer et le Sida gagnent du terrain, que les malades sont privés de traitement anti-douleur. Ce n’est pas parce que les ressources sanitaires sont comptées que les malades et leur famille doivent se voir refuser ce traitement”.

④ La douleur, ça se soigne...

D'après les chiffres 2009 de l'INAMI (Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité), la consommation d'antidouleurs en Belgique a triplé depuis la fin du 20^e siècle. Les remboursements d'antidouleurs, qui s'élevaient en 1997 à l'équivalent de quelque 20 millions d'euros, ont atteint 60 millions en 2009! Le nombre de doses consommées par an (en moyenne: 4,5 doses par habitant) varie selon l'âge (la consommation d'antidouleurs double par tranche de dix ans), le sexe et la région. Dans les provinces de Luxembourg, de Namur, du Hainaut et de Liège, la consommation moyenne se situe entre 6 et 6,7 doses par habitant, contre 3,9 à Bruxelles. (Calculs réalisés par le magazine *Passion Santé* pour son numéro d'avril 2010.)

La raison de cette explosion (plus importante encore que les chiffres ci-dessus ne le suggèrent, puisqu'ils n'englobent pas les médicaments de comptoir en vente libre) n'est pas encore tout à fait claire. Le vieillissement de la population est sans doute en cause, de même qu'une attention accrue des soignants aux situations de douleur.

... avec des antidouleurs

Contre les douleurs aiguës, qui n'ont, par définition, qu'un temps, puisqu'elles sont censées disparaître en même temps que leur cause, la médecine dispose de moyens rapides et performants. Les soignants se basent sur l'échelle thérapeutique de l'Organisation Mondiale de la Santé, qui comporte trois paliers. L'idée est de partir du palier inférieur et de monter "l'escalier" jusqu'à ce que la douleur soit maîtrisée.

1. Sur le palier inférieur ou palier I, on retrouve les antidouleurs ou antalgiques les plus "légers": le paracétamol et l'acide acétylsalicylique ou aspirine, ainsi que les antiinflammatoires non stéroïdiens (AINS) comme l'ibuprofène et le diclofénac. Principalement utilisés contre les douleurs occasionnelles faibles à modérées - céphalée, foulure, mal de dents... - ils sont appelés "antalgiques périphériques" parce qu'ils agissent sur le site même de la lésion, au niveau des récepteurs de la douleur situés dans la peau, les muscles, les viscères, etc., en diminuant les signaux douloureux envoyés vers le cerveau. Rien ne vous empêche de les essayer pour des douleurs plus fortes ou persistantes, mais, la plupart du temps, ils se révéleront insuffisants.

2. Le palier du milieu ou palier II regroupe les dérivés morphiniques dits “faibles”, comme la codéine et le tramadol, utilisés contre les douleurs modérées à sévères. Ils sont appelés “antalgiques centraux”, parce qu’ils agissent au niveau du système nerveux central, en bloquant la perception du message douloureux par le cerveau. Ils peuvent être utilisés seuls ou en association avec des antidouleurs du palier I: codéine + paracétamol, par exemple.

3. Le palier supérieur ou palier III est réservé à la morphine et aux dérivés morphiniques dits “forts”: sulfate de morphine, hydromorphone, oxycodone, chlorhydrate de morphine (morphine injectable), fentanyl transdermique. Peu de formes et de degrés de douleur leur résistent.

... avec d'autres médicaments



Les antalgiques peuvent être associés à des médicaments dits “adjuvants” ou “coantalgiques”, qui peuvent en renforcer ou en compléter l’action, bien que leur effet antidouleur propre soit relativement modeste. **C’est le cas :**

- de certains **antidépresseurs**, qui sont détournés de leur fonction pour être employés comme antidouleurs, parce qu’ils stimulent les circuits antidouleurs du cerveau;
- des **antiépileptiques**, qui diminuent l’excitabilité des cellules nerveuses (neurones) impliquées dans la transmission de la douleur;

- des **benzodiazépines**, qui ont un quadruple effet: somnifère, anxiolytique, décontractant musculaire et anticonvulsif.

... par des approches plus techniques

- Les **infiltrations, notamment périurales**, peuvent permettre de passer un cap douloureux. En cas de hernie discale, par exemple, trois périurales successives (injection d'un mélange d'antidouleur et d'antiinflammatoire à l'endroit où le disque fait saillie), réalisées à une semaine d'intervalle et combinées avec une thérapie d'allongement de la colonne et des exercices musculaires, permettent souvent d'éviter l'intervention chirurgicale.
- Pour les douleurs aiguës postopératoires, l'**analgésie contrôlée par le patient** (souvent désignée par les initiales anglaises PCA) peut faire merveille. Cette technique est simple : une perfusion intraveineuse est reliée à une pompe programmée pour répondre à la demande du patient et délivrer de la morphine. Lorsque vous avez mal ou avant un geste potentiellement douloureux (toilette, radio, kinésithérapie,...), vous pressez un bouton afin de vous auto-administrer de la morphine, dont l'effet se fait sentir en 3 à 5 minutes. La pompe est munie de sécurités afin d'éviter un surdosage.
- En cas de douleur persistante de type neuropathique, c'est-à-dire avec lésion du système nerveux, une **pompe à antidouleurs** (morphine ou autres) peut être implantée dans l'espace périuridural. Seul inconvénient: vous devez vous rendre au centre antidouleur toutes les six à huit semaines afin de faire remplir votre pompe à travers la peau, au moyen d'une seringue.
- Toujours pour les douleurs chroniques neuropathiques, on peut faire appel à la **neurostimulation** : un stimulateur électrique de la taille d'un pacemaker, implanté chirurgicalement dans le gras du ventre et relié à une électrode de stimulation placée à proximité de la colonne vertébrale, crée dans la zone douloureuse une sensation de picotement qui masque la douleur, empêchant le signal douloureux d'atteindre le cerveau. Utilisée à bon escient, c'est une technique précieuse, car elle ne fait appel à aucun médicament, mais elle peut causer des déceptions : chez certaines personnes, l'effet est nul.

... par des traitements complémentaires ou alternatifs

Il existe des traitements antidouleurs qui n'impliquent ni intervention chirurgicale, ni administration de médicaments classiques, ni stimulation électrique pour maîtriser la douleur.

Parmi ces traitements figurent entre autres :

- **La kinésithérapie** : parfois associée à l'**ergothérapie** (dont le rôle est de rendre ou de conserver au patient un fonctionnement optimal dans sa vie personnelle et professionnelle), elle a pour but de diminuer les douleurs, renforcer la musculature et améliorer la mobilité, tout en vous redonnant une bonne perception des mouvements de votre colonne vertébrale.
- **L'ostéopathie** : elle est définie par l'Académie d'Ostéopathie de Belgique comme "une approche diagnostique et thérapeutique manuelle des dysfonctions de mobilité articulaire et tissulaire en général dans le cadre de leur participation à l'apparition des maladies". Il s'agit donc d'une médecine holistique, qui ne se contente pas de soulager les douleurs articulaires, mais s'intéresse à l'individu dans son ensemble. Même si vous consultez "seulement" pour un torticolis, ne vous étonnez pas d'entendre l'ostéopathe vous interroger sur votre hygiène de vie, votre travail, vos rapports avec les autres, etc. (infos : www.gnrpo.be).
- **La médecine manuelle** : elle utilise les manipulations pour traiter les problèmes ostéo-articulaires (torticolis, lumbago, sciatique, etc.), ainsi que les pertes de mobilité, douloureuses ou non, au niveau des " périphériques " : épaules, coudes, poignets, genoux et chevilles (infos: www.apmmo.net).
- **L'acupuncture** : elle peut soulager toutes les douleurs articulaires (épaules, coudes, hanches, genoux, chevilles...), ainsi que les entorses, toutes les formes de névralgies, les maux de tête, certaines migraines et les douleurs postopératoires (infos: www.acupuncture.be).
- L'apprentissage d'une ou plusieurs techniques de **relaxation**, notamment la sophrologie (infos: www.sophro.be).
- Les massages.
- Les applications de chaleur ou de froid.
- **L'hypnose** : si l'hypnose peut remplacer ou compléter une anesthésie lors d'une intervention chirurgicale, elle peut aussi lutter efficacement contre la douleur aiguë — et la peur de la douleur — dans la vie quotidienne. Ainsi, elle est de plus en plus utilisée par les dentistes. Mais l'(auto)hypnose s'attaque aussi à la douleur chronique, aidant notamment les migraineux à gérer leur douleur tout en maîtrisant le stress et l'anxiété souvent associés aux migraines.

La Mutualité Socialiste propose des avantages pour l'ostéopathie, l'acupuncture et la chiropraxie (*voir page 71*).

Combien ça coûte ?

*Vous cherchez simple et clair ? Procurez-vous notre guide *Médicaments moins chers*. Il présente plus de 3200 médicaments avec l'indication du meilleur choix financier : les pages 74 à 89 y sont réservées aux médicaments contre la douleur et l'inflammation (infos page 76). www.medicamentsmoinschers.be



*Vous pouvez également consulter le répertoire des médicaments sur le site du CBIP (Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique - www.cbip.be). Pour accéder au tableau comparatif des prix pour la spécialité recherchée, cliquez sur le signe € qui figure au niveau de chaque conditionnement.

Prévenir certaines douleurs...

... c'est possible en adoptant de bonnes habitudes d'hygiène de vie, par exemple :

- **Pour prévenir les douleurs dentaires** : ayez une bonne hygiène bucco-dentaire et ne zappez pas les visites de contrôle chez votre dentiste!
- **Pour prévenir les douleurs dorsales** : lutez contre l'excès de poids, faites de l'exercice, adoptez une bonne position de sommeil (jamais sur le ventre, mais sur le dos ou sur le côté, et en veillant à éviter les torsions de la colonne et à maintenir votre tête dans le prolongement de votre dos), renforcez votre musculature dorsale, ainsi que vos abdominaux, afin que votre colonne vertébrale, fermement maintenue, évite toute surcharge, changez régulièrement de position et, si nécessaire, inscrivez-vous dans une école du dos, afin d'apprendre à ménager votre dos tout au long de vos activités quotidiennes (voir la liste sur www.lecoledudos.be).



- **Pour prévenir les douleurs dues au sport** : commencez et finissez toujours une séance de sport par dix minutes d'étirement, faites un peu de musculation (que vous soyez un homme ou une femme!) pour renforcer vos muscles, ménagez vos muscles lorsque vous êtes fatigué, portez des protections.

Bon à savoir :

les muscles sont organisés en chaînes musculaires. Chaque fois qu'un muscle s'enraidit, il rapproche ses deux extrémités et déplace donc les os sur lesquels il est attaché. Les articulations se bloquent, le corps se déforme. Quant aux autres muscles qui s'insèrent sur cet os, ils subissent également les conséquences de ce déplacement, qu'ils propagent à d'autres os, et ainsi de suite. Résultat: la rétraction d'un seul muscle entraîne celle d'un ensemble de muscles... et des douleurs généralisées. D'où l'utilité de travailler les chaînes musculaires dans le cadre d'une rééducation posturale globale (RPG) (infos : Association belge de RPG).

Attention à l'automédication !

Calmer une douleur subite avec un médicament "de comptoir" (en vente libre), rien de plus normal. L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (afssaps) a même édité une petite brochure pratique sur le bon usage du paracétamol, de l'aspirine et des différentes associations avec la codéine et la caféine, *Bien vous soigner avec des médicaments disponibles sans ordonnance – Douleur de l'adulte-information patient*, à télécharger sur www.afssaps.fr. **Mais mieux vaut ne pas vous y risquer si :**

- vous êtes atteint d'une maladie grave des reins, du foie et du cœur;
- vous souffrez de problèmes gastriques;
- vous avez un risque connu de saignements (hémophilie, prise de médicaments anticoagulants).

De même, n'essayez pas de prendre vos symptômes en charge vous-même si votre douleur :

- est violente, inattendue et de survenue brutale (notamment une douleur avec une impression de "serrement" dans la poitrine);
- fait soupçonner une maladie grave (ex. appendicite)
- s'accompagne d'un malaise généralisé, d'une forte fièvre, d'un gonflement important de la zone douloureuse, etc.

Dans tous ces cas, une consultation médicale s'impose. D'urgence !

Ne forcez pas la dose !

Vous avez une rage de dents, un torticolis, ou un mal de tête particulièrement taraudant... Alors, vous prenez deux comprimés de paracétamol, et puis, parce que ça ne vous soulage pas assez vite, deux autres, et deux encore un peu plus tard... Attention! Malgré sa bonne réputation, le paracétamol, qui est un des médicaments en vente libre les plus consommés, peut être toxique pour le foie en cas de surdosage. Au moindre doute, contactez un médecin ou le Centre Antipoisons, 070/245.245, www.poissoncentre.be.

Info antidouleur

Ayant effectué une petite enquête auprès de 154 de ses patients, l'équipe de l'Hospiday (hôpital de jour) des Cliniques universitaires Saint-Luc a eu la surprise de découvrir que, le soir de l'intervention, 18 % ressentaient une douleur intense; la première nuit, ce pourcentage atteignait 20%; le lendemain, il retombait momentanément à 15 %, mais, une semaine après... ils étaient encore 21 % à souffrir !

En creusant un peu, les membres de l'équipe se sont rendu compte que certains patients ne prenaient pas les antidouleurs qui leur étaient remis à la sortie, ou bien attendaient de ne plus pouvoir supporter la douleur pour en prendre, et dans ce cas ne respectaient pas la dose indiquée.

D'où l'idée de distribuer aux patients un feuillet d'information, donnant des conseils post-opératoires après chirurgie ambulatoire. *"Pour une bonne prise en charge de la douleur à domicile, peut-on y lire, il faut connaître les principes suivants : 1. la douleur diminue votre énergie et affecte votre qualité de vie pendant la convalescence : la soulager permet de retrouver votre autonomie; 2. il vaut mieux prévenir l'apparition de la douleur et ne pas attendre qu'elle soit trop intense pour prendre un médicament afin de la soulager."*

Chaque feuillet propose un schéma de traitement et est accompagné d'un "kit de sortie" (il y en a quatre, adaptés aux patients selon les interventions) contenant des antidouleurs. Une fois l'expérience mise en place, une nouvelle enquête a été organisée.

Résultat : le soir de l'intervention, seuls 9 % des patients déclaraient encore ressentir une douleur intense; la première nuit, ils étaient 5%; le lendemain, 7%, et 7% également une semaine plus tard. Pour le personnel soignant, aucun doute: mieux informés, les patients ont moins peur et moins mal.







Quand la douleur devient chronique

« Une chute, stupide, dans une salle informatisée, en se prenant les pieds dans des fils d'ordinateur, un jour de 1999 et voilà, aujourd'hui, François qui se traîne toujours tristement avec une béquille.

En dix ans, un parcours du combattant : une bande entorse à la cheville au départ, une rupture de ligaments diagnostiquée par la suite, une grave infection qui se déclenche, sept interventions, des greffes osseuses, des mois d'hospitalisation, jusqu'à la perspective d'une amputation de la jambe qui n'a heureusement pas eu lieu.

Et surtout, violente, aiguë, lancinante, permanente, la douleur. Une douleur devenue chronique, qui a résisté à l'installation d'une pompe à morphine.

"J'ai appris à la domestiquer, affirme François. Après la prise en charge physique, j'ai rencontré pendant un an un psychologue, ce qui m'a permis de remettre en place certaines priorités. Il a fallu accepter la situation et aujourd'hui, je considère chaque jour comme une victoire sur moi-même."

Reste que la douleur demeure quotidienne et qu'il ne se passe pas un jour sans prise d'antidouleur. S'il a déjà essayé de se sevrer ? Oui, tous les mercredis, j'essaie. Je tiens jusqu'à ce que cela devienne insoutenable. Avec les années, ma douleur s'est modifiée; elle n'est plus aussi violente que les premières années mais elle est toujours présente...



Aucun doute

Avec la douleur chronique, les choses se compliquent. Surtout lorsqu'elle n'est pas d'origine cancéreuse. Les spécialistes préfèrent d'ailleurs exclure les douleurs cancéreuses de la définition du "syndrome douloureux chronique", qui devient "toute douleur (non cancéreuse) persistant depuis trois à six mois, ou au-delà du temps normal de guérison, rebelle aux traitements usuels et associée à des répercussions fonctionnelles, professionnelles, sociales et émotionnelles sévères".

- La prise en charge des **douleurs cancéreuses**, dont 80 à 90% sont contrôlables par les moyens pharmacologiques habituels (paliers de l'OMS correctement utilisés), diffère en effet de celle des autres douleurs de longue durée (voir Douleur et cancer : pas forcément indissociables, page 33).
- Les **douleurs chroniques non cancéreuses**, plus réfractaires aux médicaments classiques, sont aussi, en règle générale, plus difficiles à évaluer.
 - Lorsque quelqu'un souffre continuellement, malgré les traitements, il ne tarde pas à éprouver des réactions émotionnelles. Stressé, anxieux, désemparé, il a deux leitmotivs : "On ne trouve pas ce que j'ai" et "Personne ne m'écoute".



Partagé entre la peur, la colère et la révolte, il ne comprend pas ce qui lui arrive et a l'impression que personne ne s'en soucie — à commencer par le corps médical !

- Si la situation persiste au-delà d'un certain temps (2 à 4 mois), le sentiment d'impuissance s'exacerbe. Souvent, le patient sombre dans la dépression, finissant même par penser au suicide: "Je ne peux plus vivre comme ça!" Et cet état dépressif abaisse le seuil de la douleur, à tel point qu'il se laisse entièrement accaparer par elle : il ne parvient plus à rien faire – même pas à se mobiliser pour aller mieux!
- Douleur persistante = difficulté, voire incapacité, de travailler = problèmes avec l'employeur et parfois, à la longue, perte de l'emploi = stress dû à la peur de l'avenir, ce qui ne fait qu'aggraver l'état dépressif. Le cercle vicieux douleur-stress-dépression est ainsi amorcé: le stress accentue la douleur, qui ouvre la porte à la dépression. La dépression intensifie la perception de la douleur, ce qui contribue à augmenter le stress, etc.
- De plus, quand la douleur se prolonge, le système nerveux devient hyper-réactif. Autrement dit, on s'habitue à tout – mais pas à la douleur. Si vous

louez un appartement à proximité d'une gare, au bout de quinze jours, vous n'entendez plus passer les trains. Avec la douleur, c'est le contraire : plus elle dure, plus vous y devenez sensible.

- A la longue, la colère et la révolte du début disparaissent ou s'atténuent, dans la plupart des cas, pour faire place à la résignation, voire à l'adoption d'un rôle de malade, qui permet à la personne d'esquiver les responsabilités et autres obligations sociales auxquelles il n'est plus capable de faire face.

La douleur est devenue chronique. Autrement dit, elle est devenue une maladie en soi.

Douleur et cancer : pas forcément indissociables

Si le cancer, dont l'incidence a quasiment doublé en 25 ans dans notre pays, peut être accompagné de douleurs plus ou moins fortes, il faut savoir que l'intensité de la douleur n'est pas systématiquement liée à la taille ou à la "gravité" du cancer :

- l'endroit où se situe la douleur (près d'une zone "riche en nerfs") peut avoir plus d'importance que la taille de la tumeur;
- les douleurs liées aux traitements peuvent être plus fortes que la douleur liée au cancer;
- de nombreux facteurs, notamment psychologiques et sociaux, peuvent intervenir dans le vécu, et donc la perception, de la douleur.

Traitements efficaces...

Le traitement de la douleur cancéreuse repose évidemment sur le traitement de la cause - le cancer - et sur l'administration d'antidouleurs. La recherche a prouvé que, grâce à la stratégie des "trois paliers" élaborée par l'OMS (voir page 20), plus de 80% des patients cancéreux peuvent être soulagés efficacement, c'est-à-dire de manière à ce que la douleur soit faible ou absente, ne perturbe pas le sommeil et limite le moins possible les activités au quotidien. Lorsque cette stratégie se révèle inopérante (très rarement) ou insuffisante, le recours aux équipes spécialisées dans le traitement de la douleur permet une meilleure individualisation de la prise en charge.

... mais préjugés tenaces

Le traitement ne produit malgré tout que des résultats insuffisants? Curieusement, cet échec s'explique parfois, au moins en partie, par les réticences du patient lui-même et/ou de son entourage. Le tableau suivant, établi par l'Institut National (français) du Cancer (www.e-cancer.fr), explique ce phénomène.

Tableau: exemples d'idées fausses et résistances à une prise en charge efficace de la douleur cancéreuse (liste non exhaustive)

Pensées et attitudes possibles	Conséquences possibles
<ul style="list-style-type: none">• Douleur vécue comme une fatalité	<ul style="list-style-type: none">• Ne pas alerter ou attirer l'attention du médecin sur la douleur.• Endurer la douleur.
<ul style="list-style-type: none">• Certitude que la douleur cancéreuse ne peut pas être bien/efficacement soulagée.	<ul style="list-style-type: none">• Faible exigence en termes de résultats : ne pas signaler au médecin, aux soignants que l'on est mal soulagé.• Arrêt prématuré des traitements sans leur donner le temps d'agir.
<ul style="list-style-type: none">• Idée qu'il faut "économiser" les antalgiques pour qu'ils ne perdent pas leur effet avec le temps.	<ul style="list-style-type: none">• Prendre ponctuellement quand la douleur est intense les médicaments prescrits à horaire fixe : diminution de l'efficacité.
<ul style="list-style-type: none">• Peur des morphiniques : devenir dépendant, devenir différent, "perdre la tête", morphine synonyme de gravité du cancer ou de fin de vie...• Peur d'utiliser les médicaments antiépileptiques et/ou antidépresseurs (utilisés dans les douleurs neuropathiques).	<ul style="list-style-type: none">• Crainte de prendre ces traitements.• Discours minimisant la douleur, par peur que le médecin majore le dosage.• Arrêt prématuré des traitements : sans leur donner le temps d'agir, ou sans laisser le temps que certains effets indésirables disparaissent.



Conclusion

Deux enquêtes européennes récentes (2007 et 2009) montrent que 14 à 30% des personnes présentant des douleurs quotidiennes modérées à intenses dues au cancer ou à son traitement ne reçoivent aucun traitement antalgique! Même les personnes qui souffrent de douleurs dites "séquellaires", qui persistent après la fin d'un traitement par ailleurs réussi, consultent trop rarement pour cette raison. Même si la prise en charge des douleurs cancéreuses diffère de celle des douleurs chroniques non cancéreuses, la règle d'or reste donc la même : **PARLEZ-EN !**

Carte d'identité de la douleur chronique...

... une fois qu'elle a évolué en une maladie "per se". Selon l'IASP (Association internationale pour l'étude de la douleur), les signes et symptômes associés au syndrome douloureux chronique sont au nombre de 11.

1. Immobilité et donc fonte musculaire
2. Baisse d'immunité et vulnérabilité accrue à la maladie
3. Troubles du sommeil
4. Manque d'appétit
5. Dépendance aux médicaments
6. Manque d'autonomie et dépendance par rapport à la famille et aux soignants
7. Utilisation excessive et inappropriée des systèmes de santé
8. Mauvais rendement au travail ou absentéisme
9. Isolement
10. Anxiété et peur
11. Amertume, frustration, dépression et suicide

(Source: www.iasp-pain.org)

❶ Comment ça se passe ?

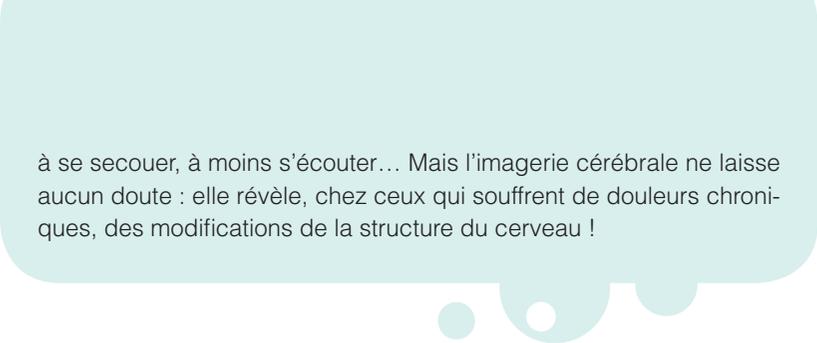
Un petit exemple valant mieux qu'un long discours, voici comment un banal lumbago peut dégénérer en maladie chronique.

“Le passage du lumbago à la chronicité a fait l'objet de nombreuses études, explique Anne Berquin, responsable de la consultation de la douleur chronique aux Cliniques Universitaires Saint-Luc. Huit personnes sur dix en auront un dans leur vie, sept d'entre elles en seront rapidement débarrassées, mais la huitième deviendra douloureuse chronique. A la base, il y a une explication somatique: un lumbago, ça fait mal. Mais, chez le patient numéro huit, cette douleur va susciter la perception d'un danger. Il est persuadé que son mal de dos est plus grave que les soignants ne le prétendent, qu'il signale en tout cas une fragilité lombaire, et que, s'il tente de se remettre en mouvement, et en particulier de retourner au travail, — surtout s'il s'agit d'un travail peu gratifiant, le plaisir de travailler ne venant pas compenser la crainte suscitée par une éventuelle reprise du travail, — ses lésions empireront. En raison de cette croyance de “peur-évitement”, il refuse de bouger, refus qui l'enferme dans un cercle vicieux — peur, évitement, dépression, repli social, problèmes professionnels, perte du respect de soi... — et entraîne un dysfonctionnement du système nociceptif ou “système de la douleur”, avec la mise en place de phénomènes de sensibilisation et de mémoire de la douleur.”

Malades... pas imaginaires du tout !

Les familles, et même certains soignants, ont parfois l'impression que les douloureux chroniques sont des malades imaginaires. Ils les invitent





à se secouer, à moins s'écouter... Mais l'imagerie cérébrale ne laisse aucun doute : elle révèle, chez ceux qui souffrent de douleurs chroniques, des modifications de la structure du cerveau !

② Comment ça se soigne ?

Dans la douleur chronique, l'aspect biologique est donc modulé par des facteurs émotionnels et psychosociaux, ce qui en fait un phénomène biopsychosocial complexe, qui nécessite une approche multimodale.

Pour les soignants, pas question de se contenter d'administrer des médicaments, ni d'envoyer le patient chez un psy sans tenter de le soulager : puisque le problème est biopsychosocial, la solution doit l'être aussi. Au modèle biomédical, qui considère le corps humain comme une machine, dont la médecine est censée réparer les pannes et remplacer les pièces défectueuses, il faut donc substituer le modèle biopsychosocial, défini comme "le modèle médical le plus abouti dont nous disposons à ce jour".

Le modèle biopsychosocial...

Bien que conçu par le psychiatre américain George L. Engel il y a plus de 30 ans, le modèle biopsychosocial reste étonnamment mal compris. "Nombreux sont les soignants qui le réduisent à un supplément d'empathie, à ces petites attentions destinées à "humaniser les soins"... et dont on peut à la rigueur se passer lorsque le temps est compté, souligne Anne Berquin.

D'autres n'y voient que le côté "psy": pour eux, certaines maladies résultent uniquement d'une problématique émotionnelle - autrement dit, elles sont "imaginaires". Et d'autres encore l'assimilent à une démarche "holistique", qui fait appel aux thérapies alternatives, voire à une forme de mysticisme, et est donc incompatible avec la rigueur scientifique."

Or, lorsqu'il est bien utilisé, il constitue un outil diagnostique et thérapeutique puissant, applicable à de nombreuses problématiques de santé... dont la douleur chronique.

... c'est un pour tous...

Le modèle biopsychosocial, c'est à la fois :

- un modèle théorique, dans lequel les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sont considérés comme participant simultanément au maintien de la santé ou au développement de la maladie,
- et un outil clinique, c'est-à-dire un ensemble de moyens diagnostiques et thérapeutiques directement applicables.

Même si les facteurs biologiques y gardent toute leur place, les soignants qui l'utilisent ne doivent jamais oublier que les déterminants de la santé et de la maladie sont multiples. Au cours de l'évaluation de l'état de santé d'une personne, ils doivent – en plus et non à la place du bilan somatique – tenir compte des attitudes et croyances, des attentes, des comportements, des facteurs émotionnels et relationnels, du contexte social, culturel et professionnel. Et, lorsqu'ils envisagent une stratégie thérapeutique, ils ne doivent pas seulement viser à modifier les paramètres psychologiques, mais aussi agir sur les facteurs psychosociaux.

C'est pourquoi les neuf “cliniques de la douleur”, ces “centres de référence pour la douleur chronique” avec lesquels l'INAMI a conclu des conventions, sont pluridisciplinaires - psychologues, neurologues, algologues, rhumatologues, spécialistes de médecine physique, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, infirmiers, assistants sociaux, éventuellement nutritionnistes... y travaillant en interdisciplinarité, terme qui implique une réelle concertation, entre eux et avec le généraliste du patient, et non une simple superposition d'interventions.

... et tous pour un !

De plus, dans le modèle biopsychosocial, la participation active du patient est indispensable, ce qui suppose une modification profonde de la relation thérapeutique. Informé au fur et à mesure par les soignants, le patient est amené à confronter ses croyances – par exemple la “peur-évitement” mentionnée plus haut – à la réalité des faits, afin de les adapter en conséquence.

Chez le douloureux chronique, les modifications du fonctionnement de la personne dans les domaines biologique (dysfonctionnement du système nociceptif ou “système de la douleur”), psychologique (altérations émotionnelles, cognitives et comportementales) et social (difficultés familiales et professionnelles) sont en partie irréversibles. L'objectif de la prise en charge biopsychosociale n'est donc pas de “guérir” la douleur chronique,

mais d'aider le patient à mieux gérer sa douleur, afin de lui assurer plus d'indépendance fonctionnelle et une meilleure qualité de vie, et d'encourager sa réinsertion sociale et professionnelle.

La preuve par 9 :

9 centres de référence pour la douleur chronique

D'après l'INAMI, ces centres doivent fonctionner "comme centres de troisième ligne pour des patients qui ont déjà été traités depuis au minimum 6 mois pour leurs douleurs chroniques (une partie au moins de ce traitement ayant été réalisée par un médecin spécialiste), et qui ont été orientés par leur médecin généraliste ou par le médecin spécialiste traitant vers le centre de référence, sur base d'une lettre rédigée par un de ces médecins". **Autrement dit, vous ne pouvez pas frapper à la porte d'un de ces 9 centres de référence de votre propre initiative, sans y être envoyé par un médecin.**

Bien que les listes d'attente soient longues (au minimum 4 mois dans la plupart des centres), votre patience sera récompensée : un réel soulagement et en plus, la plus grande partie du coût du " diagnostic multidisciplinaire spécialisé " et du " programme de rééducation fonctionnelle multidisciplinaire " proposés par ces centres est prise en charge par la sécurité sociale.

Infos : site de l'INAMI (voir carnet d'adresses, page 79)



Anvers, U.Z. Antwerpen, Wilrijkstraat 10, 2650 EDEGEM, tél. 03/821.35.86.

Bruxelles, Hôpital Erasme, Route de Lennik 808, 1070 BRUXELLES (Anderlecht), tél. 02/555.30.50.

Bruxelles, Cliniques Universitaires Saint-Luc, Avenue Hippocrate 10, 1200 BRUXELLES (Woluwe-Saint-Lambert), tél. 02/764.16.82.

Liège, CHU de Liège, Domaine Universitaire du Sart-Tilman bâtiment B35, 4000 LIEGE, tél. 04/366.77.86.

Limbourg, Ziekenhuis Oost-Limburg, Stalenstraat 2, 3600 GENK, tél. 089/32.15.84.

Namur, Cliniques Universitaires UCL Mont-Godinne, Avenue Docteur Therasse 1, 5530 YVOIR, tél. 081/42.36.81.

Flandre orientale, U.Z. Gent, De Pintelaan 185, 9000 GAND, tél. 09/332.24.44.

Brabant flamand, U.Z. Leuven, Herestraat 49, 3000 LEUVEN, tél. 016/33.84.50.

Flandre occidentale, H.-Hartziekenhuis, Roeselare – Menen asbl, Wilgenstraat 2, 8800 ROULERS, tél. 051/23.80.78.

❶ Pour ceux qui ne se sentent pas le courage ou la force d'attendre

un rendez-vous dans une des neuf "cliniques de la douleur", trois projets pilotes "pour mieux prendre en charge la douleur chronique" ont été lancés au niveau fédéral fin 2009, dans le cadre du "Programme pour les maladies chroniques" du Ministère de la Santé Publique.

Parlez-en à votre médecin pour plus d'informations, ou contactez directement les hôpitaux concernés.

❷ La création dans **36** hôpitaux d'**équipes multidisciplinaires de la douleur chronique**, plus restreintes et donc plus limitées dans leur action, mais également plus souples. Composées d'un psychologue, d'un secrétaire et d'un coordinateur médical, elles sont chargées de la prise en charge précoce, dans un cadre biopsychosocial, de personnes souffrant de douleur chronique, en concertation avec le service de révalidation et le service social de l'hôpital. **Il y en a 3 à Bruxelles, et 14 en Wallonie, réparties dans les hôpitaux suivants :**

Bruxelles

- CHU Saint-Pierre, rue Haute 322, 1000 Bruxelles
- Institut Jules Bordet, rue Héger-Bordet 1, 1000 Bruxelles
- CHU Brugmann, place A. Van Gehuchten 4, 1020 Bruxelles
- CHU Saint-Luc, avenue Hippocrate 10, 1200 Bruxelles

Hainaut

- Grand Hôpital de Charleroi, Grand-Rue 3, 6000 Charleroi
- Hôpitaux Saint-Joseph, Sainte-Thérèse et IMTR, rue de la Duchère 6, 6060 Gilly
- Clinique Notre-Dame de Grâce, chaussée de Nivelles 212, 6041 Gosselies
- CHU Tivoli, avenue Max Buset 34, 7100 La Louvière
- Centre Hospitalier de Mouscron, rue du Couvent 39, 7700 Mouscron

Liège

- Centre Hospitalier Régional de la Citadelle, boulevard du 12^e de Ligne 1, 4000 Liège
- Cliniques Saint-Joseph, rue de Hesbaye 75, 4000 Liège
- CHU de Liège, Domaine Universitaire du Sart-Tilman bâtiment B35, 4000 Liège
- Centre Hospitalier Peltzer-La Tourelle, rue du Parc 29, 4800 Verviers

Luxembourg

- St-Nikolaus Hospital Eupen, Hufengasse 4-8, 4700 Eupen
- Centre Hospitalier de l'Ardenne, avenue de Houffalize 35, 6800 Libramont

Namur

- Cliniques Universitaires UCL Mont-Godinne, avenue Docteur G. Thérasse 1, 5530 Mont-Godinne
- Clinique et Maternité Sainte-Elisabeth, place Louise Godin 15, 5000 Namur

③ Des **équipes “fonction algologique”**, composées d’un infirmier et d’un médecin algologue (avec l’implication du pharmacien hospitalier), ont été créées dans **73** hôpitaux.

Exerçant une activité transversale dans l’hôpital, elles jouent un rôle de sentinelle: la douleur, et en particulier la douleur chronique, est-elle correctement prise en compte dans tous les services ? Le modèle biopsychosocial est-il bien compris et bien appliqué ? A elles de sensibiliser les prestataires de soins tout en assurant le suivi des patients.

Il y en a 10 à Bruxelles, et 20 en Wallonie, réparties dans les hôpitaux suivants :

Bruxelles

- CHIREC Parc Léopold, rue Froissart 38, 1040 Bruxelles
- CHU Saint-Pierre, rue Haute 322, 1000 Bruxelles
- Institut Jules Bordet, rue Héger-Bordet 1, 1000 Bruxelles
- CHU Brugmann, Place A. Van Gehuchten 4, 1020 Bruxelles
- Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola, av. J.J. Crocq 15, 1020 Bruxelles
- CHU Saint-Luc, avenue Hippocrate 10, 1200 Bruxelles
- Hôpitaux Iris Sud, rue Baron Lambert 38, 1040 Bruxelles
- Clinique Sainte-Anne – Saint-Remi, bd J. Graindor 66, 1070 Bruxelles
- CHU Erasme, route de Lennik 808, 1070 Bruxelles
- Cliniques de l'Europe, avenue De Fré 206, 1180 Bruxelles

Hainaut

- RHMS – Clinique Louis Caty, rue Louis Caty 136, 7331 Baudour
- CHU de Charleroi, bd Paul Janson 92, 6000 Charleroi
- Grand Hôpital de Charleroi, Grand-Rue 3, 6000 Charleroi
- Hôpitaux Saint-Joseph, Sainte-Thérèse et IMTR, rue de la Duchère 6, 6060 Gilly
- Clinique Notre-Dame de Grâce, chaussée de Nivelles 212, 6041 Gosselies
- Centre Hospitalier Jolimont – Lobbes, rue Ferrer 159, 7100 Haine-Saint-Paul
- Centre Hospitalier Hornu – Frameries, route de Mons 63, 7301 Hornu
- CHU Tivoli, avenue Max Buset 34, 7100 La Louvière
- CHU A. Paré, boulevard Kennedy 2, 7000 Mons
- Centre Hospitalier de Mouscron, rue du Couvent 39, 7700 Mouscron
- Centre Hospitalier de Wallonie Picarde-Chwapi, bd Lalaing 39, 7500 Tournai

Liège

- Centre Hospitalier Régional de la Citadelle, bd du 12e de Ligne 1, 4000 Liège
- Cliniques Saint-Joseph, rue de Hesbaye 75, 4000 Liège
- CHU de Liège, Domaine universitaire du Sart-Tilmant bâtiment B35, 4000 Liège
- Centre Hospitalier du Bois de l'Abbaye et de Hesbaye, rue Laplace 40, 4100 Seraing

Luxembourg

- Cliniques du Sud-Luxembourg, rue des Déportés 137, 6700 Arlon
- Sankt-Nikolaus Hospital Eupen, Hufengasse 4-8, 4700 Eupen
- Centre Hospitalier de l'Ardenne, av. de Houffalize 35, 6800 Libramont

Namur

- Cliniques Universitaires UCL Mont-Godinne, av. Docteur F. Thérasse 1, 5530 Mont-Godinne
- Clinique et Maternité Sainte-Elisabeth, pl. Louise Godin 15, 5000 Namur

④ Une **équipe de recherche universitaire**, composée de cliniciens et de chercheurs issus de l'UCL, des universités de Liège, d'Anvers et de Gand et de la KUL, évalue les projets pilotes et fait des recommandations dans le cadre d'une prise en charge cohérente de la douleur chronique.

Cliniques de la douleur : une approche “différente”!

Sur plusieurs points, l'approche des “cliniques de la douleur” diffère d'une approche antidouleur “normale”, principalement axée sur les médicaments.

- **Maladie** : la douleur est analysée comme une **maladie** et non comme un symptôme, le diagnostic étant établi et le traitement décidé par l'ensemble de l'équipe.
- **Explications** vis-à-vis du patient, qui a besoin de comprendre ce qui lui arrive, l'approche est d'abord psychoéducatrice. Un patient qui consulte dans une clinique de la douleur, en effet, veut avant tout savoir ce qui lui arrive. “Qu'est-ce que j'ai? Pourquoi? J'aurai mal toute ma vie, d'accord, mais j'ai besoin de comprendre pourquoi!” Les **explications** sont souvent très imagées: le système de la douleur du douloureux chronique est par exemple comparé à une alarme incendie trop sensible, qui réagit à la fumée d'une cigarette.

- **Deuil** : pour le patient, l'idée que, désormais, la douleur fera toujours partie de sa vie est difficile à accepter. Frustration, colère, dépression... : il a le sentiment de n'avoir pas mérité ça. Pour faire le **deuil** de sa vie d'avant, il a besoin d'un accompagnement qui n'est pas le privilège exclusif du psychologue: tous les membres de l'équipe doivent s'en charger conjointement.
- **Objectifs** : en concertation avec les soignants, le patient se fixe des **objectifs** réalistes, c'est-à-dire très concrets: "Aujourd'hui, je peux marcher 500 mètres; dans deux mois, ce serait bien que je puisse faire un kilomètre..."
- **Traitement** : le **traitement médicamenteux** peut être adapté à la hausse ou à la baisse, en fonction de l'état du patient et des effets secondaires générés par le traitement.
- **Médicaments** : l'introduction, à côté des antalgiques, d'antidépresseurs ou d'antiépileptiques peut inquiéter le patient: "Bien qu'il ne me le dise pas, ce médecin est persuadé que ma douleur est imaginaire!" Les soignants prennent donc le temps d'expliquer l'action sur la douleur de certains **médicaments** considérés comme "inhabituels".
- **Revalidation** : traitement médical et **démarche de revalidation** vont de pair. Avec le kiné, le patient déconditionné se réentraîne à l'effort et, à l'inverse, celui qui a tendance à en faire trop s'initie à fractionner ses activités, à alterner travail et repos, à reconnaître ses limites. Quant à l'**ergothérapeute**, il introduit dans la vie quotidienne du patient toute une série d'améliorations pratiques (tabouret adapté, pince permettant de ramasser un objet par terre sans se baisser...)
- **Hydrothérapie** : les personnes qui ont des douleurs chroniques finissent par expérimenter leur corps comme n'étant qu'une source de désagrément. Dans les cliniques de la douleur, elles sont encouragées à le réapprivoiser, par exemple en se laissant flotter en piscine lors d'une séance d'hydrothérapie, ou en se remettant à une activité sportive soft, comme le badminton ou le ping-pong.
- **Psychologie** : avec le **psy**, le patient travaille sur la souffrance psychologique qui accompagne la douleur chronique et mène une réflexion sur son fonctionnement quotidien: "Vais-je réussir à dépasser ma difficulté à demander de l'aide ?"



- **Effets secondaires** : l'**infirmier** contribue à réduire les effets secondaires imprévus des traitements.
- **Assistance** : l'**assistant social** intervient pour l'obtention d'allocations de handicap, ou, si nécessaire, pour aider le patient à choisir une nouvelle orientation professionnelle, compatible avec la douleur chronique.
- **Outils** : De plus, le patient est doté d'une **boîte à outils**, qui doit lui permettre de mieux gérer la douleur et ses conséquences. Parmi ces outils, il y a évidemment les médicaments, mais aussi la musique, les distractions, l'utilisation de la chaleur locale, les massages, la relaxation, etc.
- **Travail d'équipe** : bref, c'est un **vrai travail d'équipe**, auquel sont associés le généraliste, qui connaît en principe le patient mieux qu'aucun autre médecin, et bien sûr le patient lui-même, qui doit participer activement à sa propre amélioration.

La douleur autrement

De la balade en forêt à l'autohypnose en passant par le massage, les méthodes parallèles pour empêcher la douleur d'occuper tout le terrain ne manquent pas. Le point avec Anita Violon, docteure en psychologie.

Anita Violon, quel message donneriez-vous aux personnes atteintes de douleur chronique ?

Un message d'implication. Le douloureux chronique ne doit pas attendre de miracle, il ne doit pas se fier passivement au médecin, au kiné, aux médicaments, il doit faire preuve d'imagination, explorer ses propres pistes... On sait depuis plus de 40 ans que certaines stimulations antagonisent la douleur. Ainsi, quand on se cogne, on se frotte, automatiquement, parce que la sensation liée au frottement va faire barrage à la douleur. D'où l'efficacité de certains massages particulièrement agréables et relaxants.

Tout passe par le toucher ?

Certainement pas. Pour compenser les désagréments dont le corps peut être la source, il faut se procurer de bonnes sensations, mais celles-ci peuvent être recherchées dans des domaines très différents: écouter une musique douce, admirer un tableau ou la beauté d'un paysage, se relaxer, respirer... L'essentiel est d'essayer de retrouver un peu de bonheur, de plaisir, de contentement dans les petites choses, de s'ouvrir au monde au lieu de se recroqueviller sur sa douleur...

Et l'autohypnose ?

Ce qui est possible en salle d'opération, où l'hypnosédation peut, pour certaines interventions chirurgicales, remplacer l'anesthésie classique, l'est aussi dans la vie quotidienne : l'(auto)hypnose peut nous aider à exploiter les forces d'auto-guérison qui sont en nous. Nous pouvons nous en servir comme outil de sédation, mais aussi pour nous éloigner des sensations douloureuses et de la détresse qu'elles peuvent engendrer, et même – pourquoi pas ? – pour planer! Elle ne nous préserve pas des périodes difficiles, mais elle nous fait prendre conscience que nous avons certains pouvoirs, et elle nous empêche de sombrer dans le désespoir.

Mais il n'est pas possible de tenir la douleur constamment en échec ?

Elle peut revenir à la charge quand il fait trop froid ou trop chaud, ou que nous avons des ennuis avec le fisc ou que nous sommes particulièrement

fatigués, mais nous ne revenons pas à zéro pour autant: nous avons les moyens de franchir l'obstacle. Le tout est de ne pas laisser la douleur réoccuper tout le terrain. Même s'il nous est impossible de l'éliminer complètement, nous pouvons lui dire: "Jusqu'à là et pas plus loin !"

De toutes les méthodes antidouleur, y en a-t-il une à privilégier ?

En fait, pour chaque douloureux chronique, il faut un traitement coordonné personnalisé, alliant des méthodes classiques comme l'administration d'antalgiques à des approches alternatives, choisies en fonction des préférences du patient, comme l'autohypnose ou les massages. Car toutes ces méthodes interagissent et se potentialisent mutuellement... jusqu'à ce que nous parvenions à sortir du cercle vicieux de la douleur et du désespoir pour aborder une tranche de vie plus agréable.

(Intéressé par l'hypnothérapie et l'autohypnose? La Société Belge d'Hypnose de Langue française, 0472 705 309, info@sbhlf.be, www.sbhlf.be, met la liste de ses membres à votre disposition. Voir aussi le site de la Confédération francophone d'Hypnose et de Thérapies Brèves, www.cfhtb.org, et celui de l'Institut de Nouvelle Hypnose asbl, www.nouvellehypnose.com.)

La mindfulness contre la douleur

C'est d'abord pour les malades, – notamment les douloureux chroniques et les cancéreux – que le médecin américain Jon Kabat-Zinn a occidentalisé la mindfulness, qui n'est autre que la méditation de base du bouddhisme, en élaborant un programme d'apprentissage ouvert à tous. *"Son objectif de base n'était pas de "guérir" ses patients au sens propre du terme, insiste Pierre Philippot, docteur en psychologie, qui est un des pionniers de la méditation pleine conscience ou mindfulness en Belgique. Pour beaucoup d'entre eux, ce n'était plus possible, même avec les meilleurs traitements médicaux. Ce qu'il voulait, c'était les aider à accepter la situation telle qu'elle était, maladie comprise, afin qu'ils puissent reprendre le contrôle de leur vie et ne pas gaspiller en regrets inutiles le seul moment où ils étaient réellement vivants: le présent."* Avec des résultats surprenants! Ainsi, il est prouvé que le programme de "thérapie cognitive basée sur la pleine conscience"

(*Mindfulness Based Cognitive Therapy* ou MBCT) réduit de moitié le risque de rechute dépressive! A essayer si vous aspirez à vivre mieux, malgré la douleur... ou peut-être avec elle.

- Infos sur les programmes d'initiation à la pleine conscience organisés en Belgique sur le site de l'Association pour le Développement de la Mindfulness, www.association-mindfulness.org, qui couvre la Belgique, la France et la Suisse francophone, ainsi que sur le Site francophone sur la pleine conscience (mindfulness) en psychothérapie, www.ecsa.ucl.ac.be/mindfulness, et sur www.mindfulness-belgium.net.



Médicaments moins chers ? Demandez le guide !



www.medicamentsmoinschers.be



La Mutuelle
Socialiste

LA FORCE DE LA SOLIDARITÉ



La douleur et vous

① La fibromyalgie

« Nathalie: " Non, je ne suis pas folle! "
 Mariée et mère de deux enfants de 10 et 4 ans, Nathalie, 40 ans, est médecin ophtalmologue. Jusqu'en 2007, cette jeune femme hyperactive, qui parvenait à faire de la place, dans ses journées marathons, pour la danse, la natation et le chant choral, – ses trois passions, – s'est crue invulnérable." Et puis, j'ai commencé à avoir des problèmes de sommeil, et la fatigue n'a pas tardé à prendre le dessus. Une fatigue terrible, sur laquelle sont venues se greffer des douleurs bizarres, voyageuses. Au début, les confrères que j'ai consultés ont cherché à me rassurer: d'après

eux, je n'avais "rien", j'étais juste "un peu surmenée". Il a fallu six mois pour que le diagnostic tombe: fibromyalgie!" Aujourd'hui, Nathalie a repris le travail. Mais elle doit s'accorder une longue pause toutes les deux heures. Et, dans sa vie professionnelle comme dans sa vie privée, elle est obligée de déléguer." Le plus pénible, avoue-t-elle, c'est le jugement des autres. Que mes enfants s'étonnent de me trouver si différente de ce que j'étais avant, je peux le comprendre. Mais que certains de mes collègues me considèrent ouvertement comme une folle, c'est difficile à encaisser!" ➤

La fibromyalgie en 7 questions



La fibromyalgie, c'est quoi ?

C'est une maladie, ou plutôt un syndrome (c'est-à-dire un ensemble de signes cliniques), dont le diagnostic repose sur deux critères: une douleur diffuse et chronique, installée depuis plus de trois mois et concernant l'ensemble du corps, et des points tendinomusculaires sensibles à la pression ou "tender points" – 11 au moins sur 18. Elle a été décrite pour la première fois en 1904, sous l'appellation de fibrosite, mais son nom actuel vient de trois mots latins, – "fibro" (fibres, en

l'occurrence celles du tissu musculaire), "myo" (muscle) et "algie" (douleur). Elle touche environ 2,5% de la population.

A quoi doit-elle sa réputation de maladie imaginaire ?

Au fait que tous ses symptômes — douleur et fatigue, mais aussi mauvais sommeil, vertiges, maux de tête, raideur musculaire, côlon irritable, intolérance à l'effort, problèmes de mémoire, etc. — présentent, selon l'expression de l'Académie française de médecine, "un caractère subjectif". De plus, jusqu'à la fin du 20^e siècle, les examens d'imagerie et de biologie pratiqués sur les fibromyalgiques ne révélaient aucune anomalie.

Et aujourd'hui, ça a changé ?

Les progrès des techniques d'imagerie fonctionnelle du cerveau – résonance magnétique nucléaire et PETScan – ont permis de comparer les patients fibromyalgiques aux personnes en bonne santé.

Quand on soumet une personne en bonne santé à un stimulus douloureux, des zones s'allument dans son cerveau. Dans le cerveau d'un fibromyalgique, ces mêmes zones s'allument lorsqu'on lui applique un stimulus non douloureux pour une personne en bonne santé – une pression légère, par exemple, mais aussi le chaud et le froid, la lumière et le bruit... Même si la fibromyalgie, reconnue comme maladie invalidante par l'OMS dès 1992, reste en grande partie mystérieuse, on sait donc désormais que ceux et celles qui en sont atteints ne sont ni des paresseux ni des affabulateurs: c'est leur système de régulation de la douleur, le système antinociceptif, qui dysfonctionne.

Pour quelle raison ?

La question est loin d'être résolue. 90% des fibromyalgiques étant des femmes, les chercheurs flirtent avec l'hypothèse d'un terrain génétique lié au sexe, et s'interrogent sur le rôle des phénomènes hormonaux dans l'apparition de la maladie. La personnalité a également son importance: la fibromyalgie a une préférence marquée pour les femmes performantes et perfectionnistes, sourdes aux protestations de leur organisme. Quant au facteur déclenchant (qui n'existe pas toujours, ou du moins n'est pas toujours repérable), il varie selon les personnes – chez l'une, ce sera un accident de la route ou une opération de la colonne vertébrale, chez l'autre une période de surmenage professionnel ou un deuil...

Existe-t-il un traitement ?

Comme cette maladie, si réelle soit-elle, est d'une extrême complexité (d'autant que chaque fibromyalgique la "fait" à sa façon, développant tantôt tel symptôme,

tantôt tel autre, avec des degrés de gravité très divers), les patients fibromyalgiques ont, peut-être plus encore que les autres douloureux chroniques, besoin d'une approche biopsychosociale, tenant compte de toutes les dimensions de leur problème. Ils comptent d'ailleurs parmi les principaux "clients" des centres de référence pour la douleur chronique !

La fibromyalgie est-elle sensible aux médicaments ?

Le traitement n'exclut pas les médicaments – antidépresseurs, antiépileptiques, myorelaxants et antidouleurs. Mais, pour redonner le goût de bouger aux fibromyalgiques, une prise en charge kinésithérapeutique, misant sur les exercices aérobies, les étirements, l'hydrothérapie et les techniques de relaxation, en particulier la sophrologie, est indispensable.

Ils doivent aussi recourir à la psychologie comportementale, qui les aide à changer leur mode de vie – fractionner leurs activités, adapter leur environnement, ne plus craindre de demander un coup de main... – pour redevenir acteurs de leur propre santé.

La guérison est-elle possible ?

A l'heure actuelle, aucun traitement ne permet de guérir la fibromyalgie. Mais l'approche multidisciplinaire pratiquée dans les "cliniques de la douleur" peut améliorer significativement la qualité de vie.

Pour aller plus loin : Groupes d'entraide et de soutien
Focus Fibromyalgie Belgique
Groupe Mots pour maux - F.P.S. du Centre et de Soignies
(voir carnet d'adresses, page 80)

12 mai

La Journée internationale de la fibromyalgie a été fixée au 12 mai, jour anniversaire de la naissance de la célèbre infirmière anglaise Florence Nightingale, pionnière des soins infirmiers modernes, qui souffrait elle-même de fibromyalgie. Elle est marquée par le port de petits rubans bleus.

② L'algodystrophie

« Véronique : " Prendre un bain, ça peut coûter cher ! " »

Jeune grand-mère de 58 ans, Véronique est une femme au foyer heureuse, qui vit à la campagne et consacre beaucoup de temps à son jardin, et surtout à son potager. C'est dire que les deux ans pendant lesquels elle a souffert d'algodystrophie lui ont été doublement pénibles. " Mon mari déteste travailler la terre. Il a bien essayé de me remplacer, mais mes légumes n'y ont pas survécu ! " Véronique n'a pas encore compris ce qui lui était arrivé. " En sortant de la baignoire, j'ai glissé et je me suis fracturé un doigt. J'ai été soignée, et tout semblait évoluer normalement.

Et puis, quelques semaines après, j'ai commencé à avoir mal à la main... " Peu à peu, la douleur est montée jusqu'à l'épaule. " Elle disparaissait pendant quelques jours, et puis elle revenait de plus belle. Ma main était rouge, gonflée. Parfois, je ne supportais même pas de porter un chemisier à manches longues: le simple frottement du tissu m'était intolérable! Les médecins m'avaient dit qu'il s'agissait d'algodystrophie, que c'était dû à un dérèglement du système nerveux, mais que personne ne savait pourquoi ça s'installait chez certains et pas chez d'autres... Je

trouvais ça terriblement injuste!" Aujourd'hui guérie, elle est devenue très prudente:" Je me dis que, si je me blesse à nouveau, ça pourrait bien recommencer. Alors je fais très attention... Qui aurait cru que prendre un bain pouvait coûter si cher !" ➔

L'algodystrophie en 7 questions

L'algodystrophie, c'est quoi ?

Appelée également algoneurodystrophie ou syndrome de Sudeck, du nom du médecin allemand Paul Herman Martin Sudeck (1866-1945) qui a été le premier à la décrire, dès 1900, l'algodystrophie est définie par les spécialistes de la douleur comme un "syndrome douloureux régional complexe": "douloureux" parce que la douleur en est le principal symptôme, "régional" parce qu'elle ne touche habituellement qu'un membre ou une partie de membre (main, poignet, pied, cheville...) et "complexe" parce qu'elle est difficile à cerner... et donc à soigner !

Elle peut se déclarer spontanément ?

Elle a généralement besoin d'un "facteur favorisant": traumatisme, souvent bénin, petite intervention chirurgicale, courte immobilisation. Mais il peut s'écouler des semaines entre le traumatisme et les premières manifestations douloureuses dans le membre atteint, ce qui ne facilite pas le diagnostic.

Alors, comment le pose-t-on, ce diagnostic ?

La scintigraphie osseuse peut contribuer à l'identification de la maladie, mais ce sont surtout les caractéristiques de la douleur qui renseignent le médecin. Car la douleur de l'algodystrophie ne ressemble à aucune autre :

- elle est totalement disproportionnée par rapport au traumatisme de départ;
- elle se distingue par des phénomènes d'allodynie (le médecin peut arracher des cris de douleur au patient en passant un simple tampon d'ouate sur le membre atteint) et d'hyperalgésie (il suffit de piquer légèrement le patient avec une aiguille pour lui causer une douleur insupportable);

- elle s'étend géographiquement: partant de la main, par exemple, elle va gagner l'épaule;
- elle s'accompagne de différentes perturbations: transpiration, gonflement, changement de coloration de la peau, troubles de la (micro)circulation avec sensations de brûlure ou de froid intense;
- elle entraîne des troubles de la motricité et une ostéoporose des extrémités, parce que ses victimes, pour éviter de souffrir, cessent de se mobiliser.



A quoi est due l'algodystrophie ?

Probablement à une hyperactivité momentanée d'une partie du système nerveux autonome, le système nerveux sympathique, qui entretient la douleur. Mais la raison de cet emballement échappe encore aux spécialistes.

Comment la traite-t-on ?

Par des médicaments - antidouleurs, antiinflammatoires, antidépresseurs et antiépileptiques – destinés à calmer la douleur. L'algodystrophie allant souvent de pair avec une ostéoporose des extrémités, les spécialistes prescrivent également des médicaments empêchant la résorption osseuse (calcitonine, biphosphonates).

Et le patient est mis au repos ?

Surtout pas! La mobilisation (massages, physiothérapie, kinésithérapie) est indispensable pour éviter la perte fonctionnelle.

Une algodystrophie, ça peut durer toute la vie ?

En principe non. Cette maladie (qui disparaît comme elle est venue, sans traitement, dans beaucoup de cas) ne se chronifie qu'exceptionnellement. Mais la récupération totale peut prendre des mois, voire des années, surtout lorsque le diagnostic, et donc la prise en charge, ont été retardés. Consultez donc dès que possible!

Pour aller plus loin : Groupe d'entraide et de soutien
Algo-Espoir asbl
(voir carnet d'adresses, page 80)

③ Le mal de dos

« Francis: " Je commence à agacer mes enfants!"

Francis, comptable indépendant, a 48 ans. Divorcé depuis cinq ans, il a la garde de ses trois ados. " Ça fait dix ans que j'ai des problèmes de dos. Ça a commencé tout doucement: en fin de journée, d'abord, puis de plus en plus souvent pendant les heures de travail, puis tout le temps. Avec les médicaments, je parviens à stabiliser la douleur, mais, au moindre écart, – un long trajet en voiture, une soirée dehors – ça repart. Certains jours, j'ai de véritables crises. Le mal de dos empiète sur mon travail, mais encore plus sur mes relations avec mes enfants. Ils s'attendent à me voir toujours en pleine forme, prêt à courir partout du matin au soir, comme tout le monde. Quand je leur dis que j'ai trop mal, ils font semblant de me plaindre, mais je vois bien que je les agace."

Le mal de dos en 7 questions

Le mal de dos, c'est quoi ?

Bien que la colonne vertébrale ne soit pas à l'abri d'un accident ou d'une maladie, la plupart de ses dysfonctionnements sont d'origine mécanique. Ainsi :

- le lumbago ou tour de reins est une douleur lombaire aiguë, généralement due à un faux mouvement, mais préparée par des années de "mauvais gestes";
- la hernie discale trahit une anomalie d'un disque intervertébral. Si l'anneau du disque est abîmé (à la suite d'un effort violent, par exemple), le noyau central

peut s'engager dans la fissure et venir comprimer une racine nerveuse (souvent celle du nerf sciatique);

- l'arthrose, maladie rhumatismale due à la détérioration du cartilage, a une préférence marquée pour la colonne cervicale, qu'elle touche dès 40 ans, surtout chez les femmes.

Quels sont les principaux ennemis de votre dos ?

Ils sont au nombre de quatre :

- la sédentarité: faute d'exercice, la musculature s'atrophie, et la colonne vertébrale, qui a besoin de ses muscles, est à la merci du moindre faux mouvement;
- les mauvaises postures, et en particulier notre tendance naturelle à nous affaler au lieu de nous asseoir;
- le surpoids: même modéré, il accroît la pression du corps sur les vertèbres et les disques intervertébraux et fragilise la colonne;
- le stress: une personne stressée a tendance à contracter ses muscles de manière excessive et inadéquate, particulièrement dans la région lombaire et au niveau de la nuque, ce qui explique pourquoi les douleurs au dos sont plus fréquentes en période de stress privé ou professionnel.

Quand consulter ?

Un mal de dos qui ne passe pas au bout de quelques jours, qui est la conséquence d'un accident, d'un coup, ou d'une chute (il peut alors être dû à une fracture vertébrale, une entorse ou une luxation), ou bien qui s'accompagne d'autres symptômes (généraux comme fatigue, fièvre, etc., ou locaux comme douleur, perte de sensibilité ou diminution de force au niveau d'une jambe) doit vous pousser à consulter votre généraliste, qui vous renverra, si nécessaire, à un rhumatologue ou à un spécialiste en médecine physique.

Qu'est-ce qu'on va me faire ?

Un examen clinique approfondi, éventuellement complété par des techniques d'imagerie (radiographie, scintigraphie osseuse, etc.) et une mise au point fonctionnelle, clarifiera la situation.

Pourquoi, puisque je sais ce que j'ai ?

Outre qu'un mal de dos n'est pas l'autre, – on ne soigne pas de la même façon un lumbago résultant d'un faux mouvement et une hernie discale débutante, – il ne s'explique pas toujours par un problème de colonne. Les douleurs dues à des calculs rénaux, un ulcère de l'estomac ou une pancréatite, par exemple, peuvent se projeter dans la colonne. Un diagnostic précis est donc indispensable !

Comment ça se soigne ?

- La mise au repos, autrefois systématique, n'est plus que rarement prescrite, et toujours de courte durée.

- Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont très utilisés, souvent en association avec des myorelaxants et des antalgiques (surtout le paracétamol). Les antidépresseurs évitent le cercle vicieux peur de la douleur - phobie du mouvement - dysfonctionnement - douleur.
- La mésothérapie, qui consiste en petites infiltrations de lidocaïne aux endroits douloureux, donne de bons résultats avec un minimum d'effets secondaires.
- L'acupuncture soulage la douleur en faisant sécréter des endorphines par l'organisme.
- Les techniques de kinésithérapie permettent de désimpacter les disques abîmés et de lutter contre les contractures musculaires.
- Les manipulations (ostéopathie, chiropraxie) sont parfois très efficaces (par exemple en cas de lumbago aigu dû à un faux mouvement).
- Autres méthodes à envisager en fonction de votre problème : applications de chaleur et de froid, massages, cures thermales, thalassothérapie. Et, bien entendu, l'apprentissage d'une méthode de relaxation, histoire de faire son affaire au stress!

Peut-on prévenir les récurrences ?

Pour empêcher les récurrences ou prévenir l'apparition des maux de dos, les écoles du dos vous aident à vous débarrasser de vos mauvaises habitudes: une équipe pluridisciplinaire vous prodigue des conseils théoriques, doublés d'un apprentissage de gestes très pratiques, en vue d'une véritable "hygiène du dos". Infos : Belgian Back Society, www.belgianbacksociety.be.



Bon à savoir

La Mutualité Socialiste propose des avantages pour l'ostéopathie, l'acupuncture et la chiropraxie (voir page 71).

Vos enfants aussi...

... peuvent en avoir plein le dos. Attention au choix et au poids de leurs cartables. Pour ne plus vous tromper: www.moncartable.be.

4 La migraine

« Delphine: " La migraine est sadique !"

" Je comprime ma tête contre l'oreiller, rempart de plumes aidant ma peau à contenir mes vaisseaux crâniens qui palpitent trop fort et semblent pousser les parois osseuses. Le sang déferle dans mon cerveau comme des milliers de soldats chargeant l'ennemi. J'enfoncerai mes doigts sur les tempes pour contenir ce flux meurtrier. La douleur descend d'un niveau : d'intolérable elle devient atroce, ce qui est un peu mieux. Lorsque je relâche la pression, les globules rouges entassés sont à nouveau éjectés et reprennent leur course folle dans ma tête. Mon dieu, ma tête va vraiment exploser ! J'ai tellement mal que j'espère presque cette apothéose de la douleur qui sera ma délivrance finale et définitive. L'oreiller explosera avec moi, et ses plumes s'envoleront, aussi légères que je le serai alors. Non, l'explosion ne vient pas, ce serait trop facile. Elle préfère me faire bouillir à petit feu. La migraine est sadique, la migraine à tout son temps. Les antalgiques vont tenter de l'abattre. Je n'ai pas la force d'assister, une fois de plus, à l'af-

*frontement. Un somnifère m'éloignera du champ de bataille.
 " Demain sera un autre jour " : cette lapalissade est mon
 leitmotiv, ma bouée de sauvetage qui me fait croire, alors
 que je suis au milieu de l'océan, accrochée à une simple
 planche en bois, que le rivage est proche.
 (Extrait du livre de Delphine Rey, Les tribulations d'une
 migraineuse, Editions Anne Carrière, 2007.)*



La migraine en 7 questions

La migraine, c'est quoi ?

Contrairement aux autres céphalées, la migraine est une hémicrânie, limitée à une moitié du crâne – la gauche ou la droite. Mais elle peut changer de côté d'une crise à l'autre, voire au cours de la même crise. Sans traitement, une migraine dure de 4 à 72 heures. Les intervalles entre les crises peuvent être plus ou moins longs, allant de 24 heures à plusieurs mois. La douleur est intense, pulsatile (comme si elle battait au rythme du coeur), et elle s'accompagne de nausées et souvent de vomissements, ainsi que d'une intolérance à la lumière et au bruit. Le simple fait de marcher ou de monter un escalier suffit à la rendre intolérable.

Qu'appelle-t-on "migraine avec aura" ?

La crise de migraine peut (toujours chez 15% des migraineux et parfois chez 15 autres %) être précédée d'une aura qui apparaît en 3 ou 4 minutes et dure 60 minutes au plus. Ce phénomène est généralement visuel: le migraineux voit des spots lumineux, des ondulations, des zigzags, ou son champ visuel est amputé. Mais il arrive que l'aura visuelle devienne sensitive (picotements dans les mains et autour de la bouche), ou même aphasique (troubles du langage).

La migraine est-elle fréquente ?

Un Belge sur dix souffre de migraine... et les femmes sont les plus touchées (5 à 25% de l'ensemble des femmes belges). Mais les hommes (2 à 10%) et les enfants (4%) peuvent également souffrir de migraine.

A quoi est-elle due ?

Le mécanisme de la douleur migraineuse reste mystérieux, de même que l'aura. Ce



qu'on sait, c'est que, même en dehors des crises, le cerveau des migraineux ne réagit pas normalement: il présente ce que les spécialistes appellent un "déficit d'habituation". S'il y a chez vous un robinet qui fuit, vous entendrez les premières gouttes, et puis vous vous y habituerez. Les migraineux, eux, ne s'habituent pas à un stimulus répété.

Qu'est-ce qui peut déclencher une migraine ?

Certains aliments et boissons, comme le vin, les alcools, des mets exotiques. Les odeurs fortes, les parfums. Des changements de température ou d'altitude. Un effort physique intense explique la migraine dite "du footballeur", mais aussi la crise de migraine qui succède parfois à l'orgasme.

Le stress est un facteur favorisant, mais il existe également une migraine d'après-stress, la migraine du week-end, qui commence dès qu'on se relâche, le vendredi après-midi ou le samedi! Par ailleurs, beaucoup de femmes font des migraines au moment de leurs règles. La prise d'un anti-inflammatoire cinq jours avant la date probable du début de la migraine suffit parfois à prévenir la crise. Par contre, la pilule est impuissante.

Comment couper une crise de migraine ?

Parfois, la crise cède à l'aspirine, au paracétamol ou à l'ibuprofène. Mais les triptans, dont l'arrivée (en 1992) a constitué une véritable révolution, restent le traitement de choix — de préférence en injection, en spray nasal ou en sublingual, car la migraine ralentit la vidange gastrique, de sorte que les comprimés se résorbent mal.

Un traitement de fond est-il toujours nécessaire ?

A partir de deux migraines par mois, un traitement à base de bêtabloquants ou d'antiépileptiques, à prendre en permanence pour réduire la fréquence et l'intensité des crises, est recommandé. Tous ces médicaments ont des effets secondaires: picotements, fourmillements, somnolence pour les antiépileptiques; chute de tension et ralentissement du rythme cardiaque pour les bêtabloquants. Mais, si on peut réduire les migraines de 50 à 75%, ça en vaut la peine!

Ce résultat peut également être obtenu, chez certaines personnes, par l'utilisation régulière d'un appareil d'électrothérapie antalgique crânienne. Une bonne hygiène de vie, la relaxation ou le recours à l'hypnose contribuent aussi à diminuer la fréquence et l'intensité des crises. Bon à savoir: la migraine s'atténue avec l'âge, surtout chez les femmes. 60 à 70% d'entre elles voient leurs migraines disparaître après la ménopause.

Pour aller plus loin

- Deux sites anti-migraine: un belge, www.echappezalamigraine.be, et un français, www.sosmigraine.com.
- De nombreux hôpitaux possèdent une clinique ou un centre des céphalées et/ou de la migraine. Renseignez-vous!

⑤ L'arthrose

« Hugues: " Je combats l'arthrose par l'exercice physique!"

Hugues, électricien de 52 ans, souffre d'arthrose au niveau des lombaires et de la hanche depuis la fin de la trentaine. " Je n'ai jamais été un grand sportif, mais j'ai assez vite compris que la sédentarité ne pouvait qu'aggraver mon problème. Je fais donc de l'exercice physique, mais en prenant toutes les précautions nécessaires. À vélo, par exemple, j'évite les revêtements en mauvais état, afin de me protéger des chocs. Je refais également de la randonnée en montagne, mais en m'aidant de deux bâtons, un dans chaque main. Je nage beaucoup, aussi. Le sport m'aide à tenir le coup dans ma vie professionnelle. La chose qui m'ennuie le plus, c'est de devoir me lever de plus en plus tôt le matin, parce qu'il me faut de plus en plus de temps pour me "déroutiller". Et puis, je ne dois pas me coucher trop tard plusieurs jours de suite, parce que, quand la fatigue et le stress s'accumulent, la douleur augmente. Mais, grâce aux médicaments et à l'exercice, je gère!"



L'arthrose en 7 questions

L'arthrose, c'est quoi ?

L'arthrose :

- est une forme de rhumatisme (maladie qui perturbe le bon fonctionnement de l'appareil locomoteur) qui touche 1 adulte sur 3 – et presque tout le monde après 50 ans;

- se manifeste au niveau des articulations, là où se rencontrent les extrémités de deux os, attachées ensemble par un manchon fibreux, la capsule articulaire, dont l'intérieur est tapissé d'une membrane dite "synoviale", qui sécrète un liquide lubrifiant, la synovie;
- consiste en une détérioration progressive du cartilage, tissu élastique et résistant qui recouvre les surfaces de contact des os, amortissant chocs et frictions.



Le cartilage ne s'use-t-il pas systématiquement avec l'âge ?

On l'a longtemps cru, mais on sait aujourd'hui qu'il s'agit d'un tissu vivant, associant :

- de grosses molécules spongieuses, les protéoglycanes, qui attirent et retiennent l'eau;
- du collagène, qui maintient les protéoglycanes en place;
- des cellules réparatrices, les chondrocytes, qui produisent du collagène et des protéoglycanes de remplacement.

Le cartilage se reconstitue donc au fur et à mesure qu'il s'use. Mais, chez les arthrosiques, il se dégrade plus vite qu'il ne se reconstruit, de sorte qu'il ne parvient plus à remplir efficacement sa fonction d'amortisseur.

Que se passe-t-il quand le cartilage n'absorbe plus les chocs ?

La structure des extrémités osseuses se modifie. Des excroissances osseuses, appelées ostéophytes, apparaissent, formant des nodosités aux doigts et des becs-de-perroquet à la colonne vertébrale. Les parties du corps le plus souvent touchées sont le dos, les hanches, les mains et les genoux.

Quand est-ce que ça commence à faire mal ?

L'arthrose étant une maladie mécanique, l'articulation atteinte ne fait mal que quand on s'en sert. Si vous avez un genou arthrosique, par exemple, la douleur se manifeste à la marche, mais se calme dès que vous vous arrêtez. Quand l'arthrose per-

siste au repos, c'est qu'elle passe par une phase inflammatoire, peut-être due à la congestion de la membrane synoviale, ou bien à la réaction de l'os aux impacts.

L'arthrose se soigne-t-elle ?

Surtout quand elle est diagnostiquée à un stade précoce, grâce aux progrès de l'imagerie médicale (échographie, et surtout résonance magnétique nucléaire), l'arthrose se soigne de mieux en mieux. Objectif premier: lutter contre la douleur et l'inflammation.

- Comme antidouleur, le paracétamol est le premier choix, en raison de sa faible toxicité. L'aspirine, par contre, est à bannir, car elle peut, à la longue, causer des lésions gastriques.
- Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) combattent à la fois la douleur et l'inflammation, mais leur utilisation à long terme est limitée par leurs effets indésirables (notamment gastro-intestinaux et rénaux).

Parallèlement, les traitements destinés à améliorer le fonctionnement des articulations remportent un succès croissant: les protecteurs du cartilage (dérivés de la glucosamine, qui est un extrait de carapaces de crustacés) et la viscosupplémentation (qui consiste à injecter dans l'articulation un lubrifiant articulaire, l'acide hyaluronique).

La chirurgie est-elle parfois nécessaire ?

Quand la dégradation du cartilage est très avancée, elle doit parfois être envisagée: pose d'une prothèse de genou ou de hanche, blocage de certaines vertèbres au moyen de vis, remplacement des disques intervertébraux abîmés. Heureusement, grâce à l'électrothérapie et aux techniques de mobilisation passive pratiquées par les kinésithérapeutes, il est parfois possible d'y échapper ou de retarder la nécessité d'y recourir.

Peut-on prévenir l'arthrose ?

Il n'est pas encore possible d'agir sur les facteurs génétiques, et le vieillissement reste inéluctable. Mais vous pouvez essayer:

- d'éviter les traumatismes, car l'arthrose a une prédilection pour les personnes qui ont subi fractures, lésions des ménisques et coups du lapin, ou qui se sont écrasés un disque intervertébral en soulevant brutalement une charge (ce qui explique les arthroses spectaculaires d'anciens sportifs de haut niveau, ainsi que de certains déménageurs);
- de perdre du poids, la surcharge pondérale favorisant les arthroses du dos, de la hanche et du genou.

Vous cherchez...

... des infos sur l'arthrose? www.arthrolink.com et www.mon-arthrose.com, deux sites (français) aussi complets que pratiques.

... un rhumatologue? Société royale belge de rhumatologie, 02/372 36 43, srbrkbvr@skynet.be, www.kbvr.be.

... un kinésithérapeute? Union des kinés francophones et germanophones de Belgique, 071/41 08 34, info@webkine.be, www.webkine.be.

Comme Hugues... faites du sport !

C'est permis, et même recommandé, à condition de prendre certaines précautions.

- Prférez la marche (en terrain plat) à la course.
- Pratiquez le jogging sur l'herbe ou la terre battue, pas sur l'asphalte.
- Réglez la selle, les pédales et le guidon de votre vélo de manière à éviter tout inconfort.
- Ne forcez jamais sur une articulation douloureuse !



Pour aller plus loin

Livres de la douleur

- Docteur Michel Vanhalewyn et Françoise Cerexhe, infirmière et docteur en santé publique, *La douleur chronique – Recommandations de bonne pratique*, téléchargeable sur le site de la Société Scientifique de Médecine Générale, www.ssmg.be, sous Publications > Recommandations de bonne pratique > Douleur chronique, ou directement sur www.ssmg.be/new/files/RBP_DouleurChronique.pdf.
- Anne-Françoise Allaz, *Le Messager boiteux: approche pratique des douleurs chroniques*, Médecine & Hygiène, 2003.
- Patrice Queneau et Gérard Ostermann, *Le Médecin, le malade et la douleur*, Masson, 2004.
- Jocelyne Paderi, *A la douleur du jour*, Coëtquen Editions, Saint-Malo, 2004.
- Docteur Alain Serrie, *Vaincre la douleur – La souffrance n'est pas toujours une fatalité*, Michel Lafon, 2007.
- Delphine Rey, *Les tribulations d'une migraineuse*, Editions Anne Carrière, 2007. <http://rey.delphine.free.fr/> et <http://migraine.over-blog.org/ext/http://rey.delphine.free.fr/>.
- Jean-Claude Fondras, *La douleur – Expérience et médicalisation*, Les Belles Lettres, 2009.
- Anita Violon et Jocelyne Paderi, *Guide du douloureux chronique – J'ai mal et je vais bien*, Desclée De Brouwer, Paris, 2010. Pour retrouver Anita Violon, <http://anitaviolon.skynetblogs.be/>.

Bon à savoir :

Notre guide pratique *Médicaments moins chers*, dont un chapitre est réservé aux médicaments contre la douleur et l'inflammation, peut être téléchargé ou commandé (il est gratuit!) sur www.medicamentsmoinschers.be. Vous pouvez aussi vous le procurer dans une permanence mutualiste ou auprès du département Communication de l'Union Nationale des Mutualités Socialistes, rue Saint-Jean 32, 1000 Bruxelles, tél. 02/515 05 59, e-mail unms@mutsoc.be.

Sites de la douleur

- L'**International Association for the Study of Pain** (IASP – Association Internationale pour l'Etude de la Douleur) a comme devise "Travailler ensemble pour soulager la douleur". Son site www.iasp-pain.org est exclusivement en anglais,

de même que celui de sa composante européenne, l'EFIC (**European Federation of IASP Chapters**), qui réunit les sections européennes de l'IASP: <http://www.efic.org>.

- La section belge de l'EFIC est la **Belgian Pain Society** (BPS) vzw/asbl, dont le site www.belgianpainsociety.org est trilingue: anglais, français, néerlandais. Vous pouvez y télécharger le Livre Blanc Aborder ensemble la problématique de la douleur, http://www.belgianpainsociety.org/images/stories/publications/Publications_Livre%20blanc.pdf. e-mail info@belgianpainsociety.org, tél. +32 493 79 07 51.
- La **Société Scientifique de Médecine Générale** (SSMG) s'intéresse évidemment à la douleur. Comme l'écrit son coordinateur général, le Docteur Michel Vanhalewyn, "Il y a ce que m'apprend l'objectivité de la science... Oui, et... Il y a ce que me dit le patient qui souffre..." Ses recommandations de bonne pratique sur "La douleur chronique" sont téléchargeables sur le site de la SSMG, www.ssmg.be. Coordonnées de l'association: tél. 02/533 09 80, e-mail ssmg@ssmg.be.
- Tout sur les "cliniques de la douleur" sur le site de l'**INAMI** (Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité), www.inami.be: Accueil > Dispensateurs de soins > Rééducation > Douleur chronique.
- Le **Centre National** (français) de **Ressources de Lutte contre la Douleur** (CNRD – www.cnrdf.fr) se focalise sur "l'amélioration de la prise en charge de la douleur liée aux soins".
- La banque de données **PEDIADOL** est consacrée à la douleur de l'enfant en France et dans le monde. Son site: www.pediadol.org.

Traitements de la douleur

Pour en savoir plus sur les traitements complémentaires ou alternatifs de la douleur :

- **l'acupuncture** : Association Belge des Médecins Acupuncteurs (ABMA), www.acupuncture.be. Vous pouvez aussi demander la liste à l'ABMA, rue du Serpolet 2, 1080 Bruxelles, tél. 02 414 73 44, e-mail secretariat.abma.bvga@skynet.be.
- **les chaînes musculaires** : Association belge de RPG (Rééducation Posturale Globale), rue Vinâve 75, 4030 Liège-Grivegnée, tél. 0474/611 589, rpgbelgique_asbl@hotmail.com, www.rpgbelgique-kine.be.
- **la chiropraxie** : Union Belge des Chiropractors, 09/221 76 58, ubc-bvc@chiropraxie.org, www.chiropraxie.org.
- **l'hypnose** : Institut de Nouvelle Hypnose asbl, 02 538 38 10, www.nouvelle-hypnose.com; Confédération francophone d'Hypnose et de Thérapies Brèves, www.cfhtb.org.
- **la kinésithérapie** : Association professionnelle des kinésithérapeutes (APK), 02 478 13 11, karine@kinenet.be, www.kinesitherapie.be ou Union des Kinésithérapeutes francophones et germanophones de Belgique (UKFGB), 071 41 08 34, info@webkine.be, www.webkine.be.

- **les massages** : pour découvrir les différentes sortes de massages disponibles en Belgique, site Mieux-Etre.org, www.mieux-etre.org.
- **la médecine manuelle** : Association Professionnelle de Médecine Manuelle et Ostéopathique, www.apmmo.net.
- **la mésothérapie** : Société scientifique belge de mésothérapie asbl, 04/368 85 67, mesotherapie-ssbm@skynet.be, www.mesotherapie-ssbm.be.
- **l'ostéopathie** : GNRPO (Groupement National Représentatif des Professionnels de l'Ostéopathie, www.gnrpo.be) qui chapeaute cinq unions professionnelles : www.osteopathesprofessionnels.be;
- **les techniques de relaxation, notamment la sophrologie** : Association Européenne de Sophrologie, 02 537.61.68, formation.sophrologie@skynet.be, www.sophro.be.

Groupes d'entraide et de soutien

Voir Carnet d'adresses, page 80.

Pour vous



Dans le cadre de l'assurance obligatoire (ce qui est remboursé par l'INAMI)

Malades chroniques

Les maladies chroniques sont cause de douleurs et diminuent la qualité de la vie. L'Assurance maladie-invalidité prévoit une meilleure couverture financière et des remboursements adaptés à la situation de ces patients. En fonction de certains critères, les malades chroniques peuvent bénéficier de diverses mesures destinées à atténuer le poids financier des soins et fournitures médicales pour leurs soins spécifiques.

Quelques exemples

Maladie chronique et dossier médical global

- Le patient atteint d'une maladie chronique et qui ouvre un dossier médical global (DMG) auprès de son médecin généraliste, bénéficie d'un meilleur remboursement tant pour les consultations au cabinet du médecin que pour les visites à domicile.

Maladie chronique et maximum à facturer

- Les personnes dont l'état de santé entraîne des dépenses importantes en soins chaque année, bénéficient d'une mesure supplémentaire afin de limiter les frais.
- Les différents forfaits octroyés aux malades chroniques sont cumulables et chaque forfait est cumulable avec le maximum à facturer (MAF).

Aussi à votre disposition

- Une allocation forfaitaire pour les frais de santé élevés... Et pour en bénéficier, vous ne devez rien entreprendre ! Le forfait est payé automatiquement chaque année aux personnes qui y ont droit. Si vous avez droit au forfait de soins (de base ou majoré) ou à une augmentation de ce forfait, alors vous recevrez le montant automatiquement sur votre compte au cours de l'année.
- Alimentation particulière : il s'agit d'aliments spécifiques (non remboursés dans un autre cadre légal) utilisés chez des bénéficiaires souffrant de certaines affections graves.
- Intervention forfaitaire pour l'aide d'une tierce personne aux invalides chefs de ménage.
- Meilleure couverture par l'assurance maladie des voiturettes reprises à la nomenclature (aides à la mobilité).
- Réduction de la TVA de 21 à 6 % pour certains produits médicaux (aérosols, pompes anti-douleur...)
- Il existe une série de mesures liées à certaines maladies : affections neuromusculaires, affections métaboliques héréditaires, mucoviscidose, syndrome de Sjögren, cancers, épidermolyse bulleuse...

Douleurs et plaies chroniques

Douleurs chroniques

Une intervention de 20% du prix des analgésiques à base de paracétamol ou à la base de l'association paracétamol et codéine est prévue pour les patients atteints de :

- cancers;
- arthrose/arthrite chronique;
- douleurs neurogènes ou neuropathiques, d'origine centrale ou périphérique (y compris sclérose en plaque);
- douleurs vasculaires périphériques;
- douleurs post-chirurgicales (y compris membres fantômes);
- fibromyalgie

Attention, le remboursement n'est pas immédiat. En effet, il faut que les patients attendent au moins 6 mois pour pouvoir en bénéficier.

Plaies chroniques

Les personnes souffrant de plaies chroniques bénéficient d'une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé.

Quelles plaies ? Ulcère artériel, ulcère veineux, ulcère diabétique, ulcère de pression de stade II, III ou IV, ulcère neuropathique (chez des patients non-diabétique),

ulcère des vascularites, hydradénite suppurée, plaie oncologique, plaie post-chirurgicale, plaie par brûlure, ulcère chronique (non repris ci-dessus pour lequel des pansements actifs sont la seule alternative thérapeutique).

Comment faire ?

- Pour bénéficier de ces tarifs, votre médecin doit au préalable demander l'accord du médecin conseil de votre mutualité.
- Il suffit ensuite de vous présenter chez votre pharmacien avec votre ordonnance et l'accord du médecin conseil.

Invalidité

Votre douleur ou maladie chronique entraîne une incapacité de travail de longue durée ? Durant la première année, vous bénéficiez d'indemnités d'incapacité de travail dite "primaire". Au-delà, vous entrez dans le régime de l'invalidité. L'état d'invalidité est constaté par le Conseil médical de l'invalidité (CMI) de l'INAMI, sur base d'un rapport établi par le médecin-conseil de la mutualité. Ce rapport contient toutes les données qui permettent d'établir l'état d'invalidité.

Le statut d'invalidé

Le passage en invalidité entraîne des modifications de votre statut mutualiste. Comme titulaire ayant le statut d'invalidé, vous pouvez devenir bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM ex-VIPO) sous certaines conditions.

Les avantages de la Mutualité Socialiste

En plus des remboursements prévus dans le cadre de l'assurance obligatoire, la Mutualité Socialiste, pour encore mieux vous servir, a développé des avantages qui vous permettront d'améliorer votre qualité de vie.

Des interventions sont notamment prévues pour :

- l'ostéopathie
- l'acupuncture
- la chiropraxie
- l'homéopathie

Pour en savoir plus sur les remboursements et les avantages de la Mutualité Socialiste, consultez votre mutualité (*voir carnet d'adresses, page 77*).

N'hésitez pas à demander conseil... nous sommes là pour ça !

Les Centres de service social peuvent vous aider !

Analyser, informer, orienter, accompagner... tels sont les rôles de nos assistants sociaux. Grâce à leur formation professionnelle, à leur connaissance de la législation sociale et à leur réseau, ils vous aident à trouver une **solution adaptée à votre situation**, vous soutiennent dans la défense de vos droits et vous informent de vos obligations, que ce soit au siège de la Mutualité, lors des permanences sociales ou à votre domicile, si vous ne pouvez pas vous déplacer.

Toute personne, qu'elle soit affiliée ou non à la Mutualité Socialiste, peut solliciter l'aide du Centre de service social. Il est ouvert à tous et gratuit (*voir carnet d'adresses, page 77*).



Médi'Kids, pour les enfants gravement malades

Outre les difficultés émotionnelles qu'elle représente, surtout lorsqu'elle touche un enfant, la maladie grave est également la cause d'importantes dépenses de santé. C'est là qu'intervient notre service Médi' Kids. En cas de maladie grave d'un enfant (jusqu'à l'âge de 18 ans inclus) (cancer, mucoviscidose, leucémie, maladie du métabolisme, diabète, etc. – liste non exhaustive), le service Médi'Kids de la Mutualité Socialiste rembourse la majorité des frais qui restent à votre charge après le remboursement INAMI. Cette prise en charge concerne les soins et autres frais hospitaliers ou ambulatoires (médicaments, frais de séjour, prestations paramédicales, alimentation spéciale, etc.) Les frais de transport en cas d'hospitalisation, de consultation ou de traitement (tous prestataires) consécutifs à la maladie de l'enfant sont remboursés.

Infos : Centres de service social

Transport des malades

Vous devez vous rendre à l'hôpital pour y bénéficier de soins ou y suivre un traitement ? Au-delà du transport d'urgence, le déplacement vers l'hôpital pose souvent des difficultés aux personnes malades ou rencontrant des problèmes de santé. De plus, en cas de traitement lourd, les transports peuvent se multiplier et se révéler coûteux. La Mutualité Socialiste intervient dans vos frais de déplacement vers l'hôpital.

Infos : Centres de service social

Convalescence

Votre état de santé nécessite une convalescence urgente ? La Mutualité Socialiste accorde une intervention financière aux membres qui doivent suivre une cure de convalescence suite à une pathologie aiguë ou à une poussée aiguë d'une maladie chronique. Cette intervention réduit considérablement votre participation personnelle dans les frais de ce séjour. Cette cure de convalescence doit être suivie dans un des cinq centres reconnus par la Mutualité Socialiste et doit suivre directement la sortie de l'hôpital.

Infos : Centres de service social

L'Association Socialiste de la Personne Handicapée (ASPH)

La défense des adultes et enfants en situation de handicap ou de maladie est la mission de l'Association Socialiste de la Personne Handicapée. Notre ASBL agit pour l'intégration et l'inclusion de la personne, quel que soit son

âge, son handicap ou sa maladie, et ce, en matière de droits, d'accessibilité, de citoyenneté, d'éthique, de non discrimination, de santé,...

Différents pôles d'actions :

- Cellule de législations spécifiques et défense en justice (Handy droit®);
- Interpellations politiques et mandats dans les instances de décision et d'avis ;
- Campagnes de sensibilisation et animations ;
- Citoyenneté active (Charte Communale d'intégration de la Personne Handicapée, Label Handycity@...);
- Expert en accessibilité ;
- Ethique, affectivité/sexualité, santé, non discrimination.

L'affiliation à l'ASPH et l'accès aux services évoqués ci-dessus sont gratuits pour les affiliés à la Mutualité Socialiste ; pour les autres, une cotisation est réclamée (*voir carnet d'adresse, page 77*).

Guide Médicaments moins chers

Si vous prenez des médicaments, vous savez qu'ils ne sont généralement pas bon marché. Pourtant, il existe souvent des médicaments équivalents aux originaux et dont le prix est nettement plus avantageux.

Le guide pratique *Médicaments moins chers* vous fournira la liste de tous les médicaments pour lesquels il existe, dans notre pays, des alternatives que votre médecin est libre de vous prescrire s'il ne le fait pas déjà. Cela constitue au total une liste de plus de 3200 médicaments (originaux, copies et médicaments génériques). Les pages 74 à 89 y sont réservées aux médicaments contre la douleur et l'inflammation.

Il peut être obtenu gratuitement dans un point de contact de la Mutualité Socialiste, auprès du département communication de l'Union Nationale des Mutualités, sur les sites internet www.mutsoc.be et www.medicamentsmoinschers.be

Carnet d'adresses

Union Nationale des Mutualités Socialistes

Rue Saint-Jean 32-38
1000 Bruxelles
Tél. : 02/515.02.11
www.mutsoc.be

Les services et ASBL de l'UNMS

Association Socialiste de la Personne Handicapée (ASPH)

Rue Saint Jean, 32-38
1000 Bruxelles
Tél. : 02/515.02.65
email : asph@mutsoc.be
www.asph.be

Coordination des Centres de Service Social (CCSS)

Rue Saint Jean 32-38
1000 Bruxelles
Tél. : 02/515.03.03
email : servicesocial.300@mutsoc.be

Espace Seniors

Rue Saint Jean 32-38
1000 Bruxelles
Tél. : 02/515.02.73
Email : espaceseniors@mutsoc.be
www.espace-seniors.be

Fédération des Centrales de Services à Domicile (FCSD)

Place Saint Jean, 1
1000 Bruxelles Tél. : 02/515.02.08
email : csd@mutsoc.be
www.fcscd.be

Service Promotion de la santé

Rue Saint Jean 32-38
1000 Bruxelles
Tél. : 02/515.05.04
promotion.sante@mutsoc.be
www.pipsa.org
www.selfhelp.be
www.creerunoutil.be

Nos mutualités régionales

Dans votre Mutualité Socialiste, entre autres, à votre disposition :

- des relais de l'ASPH
- des Centres de service social



**Mutualité Socialiste
du Brabant wallon**

Chaussée de Mons 228
1480 Tubize
Tél. : 02/391.09.11

**Mutualité Socialiste
du Brabant**

Rue du Midi 111
1000 Bruxelles
Tél. : 02/506.96.11

Centre et Soignies

Rue Ferrer 114
7170 La Hestre
Tél. : 064/27.92.11
www.mutsoc.be

Charleroi

Avenue des Alliés 2
6000 Charleroi
Tél. : 071/20.86.11
www.mutsoc.be

**Mutualité Socialiste
du Hainaut Occidental**

Site d'Ath

Rue du Fort 48 - 7800 Ath
Tél. : 068/26.42.42

Site de Mouscron

Rue du Val 2
7700 Mouscron
Tél. : 056/85.27.27

**Mutualité Socialiste
de Mons-Borinage**

Av. des Nouvelles Technologies, 24
7080 Frameries
Tél. : 065/32.97.11

**Mutualité Socialiste
du Centre et de Soignies**

Rue Ferrer 114
7170 La Hestre
Tél. : 064/27.92.11

Mutualité Socialiste de Charleroi

Avenue des Alliés 2
6000 Charleroi
Tél. : 071/20.86.11

Solidaris Mutualité

Rue Douffet 36
4020 Liège
Tél. : 04/341.62.11

**Mutualité Socialiste
du Luxembourg**

Place de la Mutualité 1
6870 Saint-Hubert
Tél. : 061/23.11.11

Solidaris Mutualité

Chaussée de Waterloo 182
5002 Saint-Servais
Tél. : 081/77.77.77

**Nos organisations d'aide
et de soins**

CSD Brabant wallon

Chaussée de Bruxelles, 5
1300 Wavre
Tél. : 010/84.96.40

SAD Bruxelles

Rue des Moineaux, 17-19
1000 Bruxelles
Tél. : 078/15.60.20

CSD Bruxelles

Rue Saint-Bernard, 63
1060 Bruxelles
Tél. : 02/537.98.66

CSD Centre et Soignies

Avenue Max Buset, 38
7100 La Louvière
Tél. : 078/15.52.23

CSD Charleroi

Avenue Max Buset, 38
7100 La Louvière
Tél. : 064/23.88.45

CSD de la Province de Namur

Rue de France, 35
5600 Philippeville
Tél. : 081/77.71.00

CSD Liège

Rue de la Boverie, 379
4100 Seraing
Tél. : 04/338.20.20

CSD Luxembourg

Avenue Nestor Martin, 59
6870 Saint-Hubert
Tél. : 061/61.31.50

CSD Mons-Borinage

Rue Chêne Hayette, 33
7331 Baudour
Tél. : 065/84.30.30

CSD Wallonie picarde

Rue du Val, 2
7700 Mouscron
Tél. : 078/15.02.38

Nos centres de convalescence

La Mutualité Socialiste dispose de 4 centres de convalescence répartis dans le pays, des Ardennes à la côte.

De Ceder

Parijsestraat, 34
9800 Deinze
Tél. : 09/381.58.85
E-mail : info@deceder.be
www.deceder.be

De Lasne

Homeweg, 15
3090 Terlanen-Overijse
Tél. : 02/686.05.50
E-mail : de.lasne@skynet.be
www.delasne.be

De Branding

Koninklijkebaan, 90
8420 De Haan-Wenduine
Tél. : 050/43.30.00
www.de-branding.be

Les Rièzes et les Sarts

(également maison de repos)
Chaussée de l'Europe, 124
5660 Cul-des-Sarts
Tél. : 060/37.03.67
E-mail : info@riezes-et-sarts.be
www.riezes-et-sarts.be
Elle a un accord de collaboration avec le centre " Les Heures Claires " à Spa.

Les Heures Claires

Avenue Reine Astrid, 131
4900 Spa
Tél. : 087/77.41.61
E-mail : info@cahc.be
www.cahc.be

Autres adresses utiles

INAMI

Avenue de Tervueren, 211
1150 Bruxelles
Tél. : 02/739.729

www.inami.be

Accueil > Dispensateurs de soins > Rééducation > Douleur chronique

Les groupes d'entraide et de soutien

Des groupes d'entraides et de soutien permettent aux personnes dans certaines situations de douleur de trouver information, écoute et soutien. Vous trouverez toutes leurs coordonnées sur le site www.self-help.be. Une recherche thématique vous permettra de trouver le groupe le mieux adapté à vos besoins.

Quelques groupes d'entraide

Algo - Espoir asbl

Tél: 063/22.27.58

algoespoir@gmail.com

Cette association, composée de bénévoles, informe sur l'algodystrophie par le biais de conférences et de documentation et qui à une meilleure prise en charge et reconnaissance de la maladie. Elle offre un soutien et une écoute des malades et leur famille

Amptraide

Tél: 04/341.17.14

www.amptraide.be

L'ASBL Amptraide a pour objectifs d'apporter une écoute, des réponses aux questions que se posent l'amputé de membre, l'agénésique et son entourage, de contribuer à améliorer l'insertion dans la société des personnes et d'œuvrer pour favoriser la qualité des soins d'appareillage en Belgique.

FOCUS Fibromyalgie Belgique

Fibrophone: 060/37.88.58

www.focusfibromyalgie.be

FOCUS Fibromyalgie Belgique apporte du soutien moral et informe les malades et leurs familles en diffusant des informations sur la fibromyalgie et en organisant des réunions mensuelles. Elle désire également sensibiliser le corps médical et les institutions publiques concernées par ces problèmes de santé, ainsi que le grand public.

Groupe Mots pour maux F.P.S. du Centre et de Soignies

064/279.313 - 064/279.414

www.femmesprevoyantes.be

Le groupe " Mots pour maux " réunit des personnes fibromyalgiques. Faire partie de ce groupe permet aux participants de rompre leur isolement, partager leurs problèmes, rencontrer d'autres personnes fibromyalgiques, s'informer et informer le public sur cette maladie, et entreprendre des activités qu'il serait difficile d'accomplir seul.





Edition septembre 2010

La Mutualité Socialiste



LA FORCE DE LA SOLIDARITÉ

www.mutsoc.be