



INSIDE OUT
#FAIRE FACE



LA CLINIQUE DU PARC SE MOBILISE CONTRE LA DOULEUR EN ACCUEILLANT LE PROJET INSIDEOUT #FAIRE FACE



L'évaluation et la prise en charge de la douleur constituent aujourd'hui un véritable enjeu de santé publique.

Reposant avant tout sur la parole et sur l'écoute, le processus d'expression du vécu de la douleur suppose une bonne coopération entre le patient et le soignant. La prise en charge de la douleur est une priorité au sein de la Clinique du Parc depuis de nombreuses années pour l'ensemble des équipes soignantes. Le Comité de Lutte contre La Douleur (CLUD) mis en place en 2000 coordonne les actions menées sur ce thème. La Clinique du Parc a souhaité se mobiliser autrement en faisant entrer l'Art dans ses murs avec le projet INSIDE OUT/FAIRE FACE.

Son objectif ? Réaliser une œuvre collective de solidarité morale visible du grand public sur plusieurs façades de la clinique, mobilisant patients, visiteurs, médecins, personnel soignant et administratif.

Extérioriser la douleur à travers un projet artistique porteur de sens.

À PROPOS DU PROJET INSIDE OUT



L'équipe Inside out NYC

INSIDE OUT est un projet d'art participatif international né en 2011 à l'initiative de l'artiste JR. Artiste de rue, JR se définit comme un « artiste urbain ».

Son travail mêle l'art, l'action, traite d'engagement, de liberté, d'identité et de limite. C'est une plateforme globale qui permet à chacun de partager son histoire et de transformer un message personnel en œuvre d'art publique. Depuis mars 2011, plus de 195 000 portraits ont été envoyés à travers le monde, dans plus de 100 pays.

Le projet Inside Out a voyagé de l'Equateur jusqu'au Népal, du Mexique en Palestine, inspirant les actions de groupe sur de nombreux thèmes tels que l'espoir, la diversité, les violences sociales, le changement climatique.

En France, la réalisation la plus emblématique de JR a été lancée en mars dernier au Panthéon à l'occasion de son colossal chantier de restauration s'échelonnant sur une dizaine d'années. Cette opération consistait à faire entrer des portraits d'anonymes au milieu des grands hommes. Le dôme, la coupole et le sol sont ainsi actuellement recouverts de l'installation de JR.

LE PROJET INSIDE OUT/FAIRE FACE

FAIRE FACE est un projet porteur d'espoir et de réconfort pour toutes les personnes en souffrance.

Il vise à faire passer un message fort : la lutte contre la douleur au quotidien au travers d'une œuvre d'art publique. Matérialisée par l'affichage de portraits géants en noir et blanc, cette œuvre joue sur l'expression des visages en transformant un message personnel en œuvre d'art.

Patients, visiteurs, médecins, personnel soignant et administratif, toutes les personnes qui travaillent ou séjournent à la Clinique du Parc seront sollicitées pour FAIRE FACE ensemble à la douleur et participer à la création d'une œuvre collective.

Comment ? Les personnes désireuses de prendre part au projet FAIRE FACE seront invitées à se faire photographier pour témoigner de leur soutien. Ces photographies seront ensuite collées sur plusieurs façades de la Clinique du Parc.

INSIDE OUT

223 927 Portraits
902 Actions de Groupe
112 Pays



www.insideoutproject.net



Thomas Constantin

LA CLINIQUE DU PARC SE FAIT TIRER MILLE PORTRAITS

Article du MIDI LIBRE TC
journal du Dimanche 14 septembre 2014
Karim Maoudj

« Nous tablions plutôt sur 600 portraits. Nous avons dépassé les 1200 ».

A l'origine de l'opération « Inside out, faire face », Thomas Constantin fait ses comptes, et observe le succès de ce projet artistique inédit, qui vise à inviter des patients de la Clinique du Parc, à Castelnau le Lez, mais également le personnel soignant et même des personnes extérieures à l'établissement de soins à venir se faire photographier dans un studio aménagé pour la circonstance. Durant trois jours, ils ont donc été plus d'un millier à pousser la porte du studio photo temporaire.

« Les gens l'ont su, au travers des medias et des réseaux sociaux, puis ont répondu à notre appel. », ajoute encore Thomas Constantin. Et durant toute la semaine l'opération de collage des portraits a été effectuée sur quelques unes des façades de la clinique. Le résultat devrait être visible au moins jusqu'au 17 octobre, à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre la douleur. Car c'est bien dans ce cadre là que le projet artistique a été lancé. « C'est pour nous une manière originale de sensibiliser l'opinion publique à la douleur. »



“Toute douleur qui n'aide personne est absurde.”

André Malraux



LA DOULEUR

www.inrsem.fr

Définition

La douleur est définie par l'Association Internationale pour l'Etude de la Douleur (IASP) comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage ».

Véritable enjeu de santé publique, la douleur motive près de deux tiers des consultations médicales. Domaine de recherche très actif, elle fait aujourd'hui l'objet de nombreuses études, aussi bien fondamentales que cliniques. Des travaux indispensables pour comprendre plus précisément les mécanismes

en jeu et permettre ainsi l'élaboration de nouveaux traitements. La douleur chronique concernerait 15 à 25% de la population. Elle augmente avec l'âge et concerne plus particulièrement les femmes et les catégories socio-professionnelles les plus faibles.

Le rôle de la douleur

La douleur signale généralement une lésion, une maladie ou un dysfonctionnement de l'organisme. Dans ce cas, elle est nécessaire. C'est un véritable signal d'alarme permettant de se protéger.

La douleur est divisée en deux catégories en fonction de la durée. La douleur aiguë est intense mais souvent brève. La douleur est dite chronique, lorsque la sensation douloureuse excède trois mois et devient récurrente, comme par exemple certaines douleurs musculaires, migraines ou encore douleurs

associées à des lésions nerveuses.

Si on comprend bien le rôle de la douleur aiguë, la douleur chronique, elle, n'apporte plus une information utile pour l'organisme. La douleur qui persiste devient alors véritable pathologie, indépendante de sa cause initiale et demandant à être traitée comme telle.

Trois formes de douleurs chroniques peuvent être distinguées selon les mécanismes physiologiques en jeu :

1. les douleurs inflammatoires qui recouvrent toutes les douleurs associées aux phénomènes d'inflammation : lésions, arthrose, etc.
2. les douleurs neuropathiques associées à des atteintes du système nerveux central et périphérique : lésion de la moelle épinière, du nerf sciatique, etc.
3. les douleurs cancéreuses qui associent souvent une composante inflammatoire et neuropathique.



#INSIDEOUTFAIRFACE

A GLOBAL ART PROJECT BY JR

www.insideoutproject.net



#INSIDEOUTFAIRFACE

A GLOBAL ART PROJECT BY JR

www.insideoutproject.net



#INSIDEOUTFAIRFACE

A GLOBAL ART PROJECT BY JR

www.insideoutproject.net

TÉMOIGNAGE D'UNE OPTIMISTE

“ On connaît tous la douleur, directement ou indirectement, qu'elle soit morale ou physique. Elle est souvent compliquée à exprimer ou à faire partager. Il est difficile de la soulager. Alors offrir son visage en message de soutien est un moyen formidable de dire sans avoir à parler. ”

UNE ÉQUIPE INNOVANTE ET IMPLIQUÉE DANS LE TRAITEMENT DE LA DOULEUR.

Notre équipe d'anesthésistes-réanimateurs, anciens chefs de clinique des universités et assistants des hôpitaux, a la possibilité, à l'instar du CHU, d'accueillir des internes pour un stage de 6 mois dans le cadre de leur formation de médecins spécialistes.

Dans ce contexte, nous avons eu le plaisir de collaborer avec le Dr Nathalie GRANIER qui a réalisé son travail de thèse de Docteur en Médecine sur notre activité d'analgésie, sous la direction du Dr Matthieu PONROUCH, président du Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD) de la clinique.

Sa thèse « ANALGÉSIE PÉRIDURALE DANS LES CHIRURGIES DU RACHIS : À PROPOS DE 457 CAS » met en évidence que l'APD améliore la qualité d'analgésie en postopératoire de chirurgie majeure de rachis. Cette technique d'analgésie permet une surveillance neurologique normale en post opératoire et peu de complications sont rattachées à cette technique.

Nous sommes très fiers de cette thèse car elle est l'une des seules thèses de médecine réalisées dans un établissement privé et elle valide nos pratiques actuelles novatrices dans la chirurgie du rachis, alors que très peu de centres français ne sont en mesure d'offrir cette technique d'analgésie péridurale dans ce type d'interventions.



“ C'est incroyable tout ce monde qui vient pour nous ! Vous savez, je les aide moi aussi en allant chercher des volontaires dans les couloirs. J'explique. Avec mon fauteuil je vais partout.

Je suis soignée pour un cancer du sein et là, j'ai été hospitalisée pour une flambée de sclérose en plaques. Alors la douleur...

Quand mon cancer s'est déclaré, un de mes amis a contacté, via Facebook, tous mes proches et leur a demandé de lui envoyer un objet, une photo, ... quelque chose en lien avec moi. Ensuite j'ai reçu un énorme carton avec une multitude de « messages » différents : une perruque violette, des lunettes roses, des photos ... j'aurais dû mettre la perruque pour ma photo ... ”

Chantal

“ l’expérience de la douleur « à l’état pur » est là pour nous rappeler l’ambigüité irréductible de la condition humaine.”

Jean -Claude Michea



« Il y avait de l’agitation dans les couloirs et avec David j’étais descendu comme tous les jours depuis mon hospitalisation pour prendre un café à la machine qui se situe dans le hall de la clinique.

Mais ce matin là les choses n’étaient pas comme d’habitude. J’ai entendu du bruit dans la salle de réunion et je me suis avancé, entraîné par David et sa perfusion. Du monde s’agitait alors je leur ai demandé ce qu’ils faisaient et si je pouvais entrer. Ils m’ont accueilli avec de grands sourires...« clic claque la douleur » et c’est comme cela que l’aventure « Inside out faire face » a commencé pour moi.

Les premiers jours j’ai été le rabatteur, le racoleur. Je parcourais tous les services de la clinique pour dire aux patients, aux personnels de la clinique, aux visiteurs, que ce qui se passait au rez de chaussée était génial, qu’il fallait se mobiliser, et que cela ne prenait qu’un tout petit moment.

Le plus incroyable c’est que pendant le temps passé à les convaincre et à les accompagner au studio photo, j’oubliais ma douleur et j’écoutais les leurs...

Puis vint le temps du collage des photos sur les façades de la clinique. Je n’étais plus enchaîné à ma perfusion je me sentais plus libre. Je voulais aider, vraiment. J’ai alors demandé à Hugo ce que je pouvais faire. Après réflexion il m’a répondu : « tu pourrais t’occuper de la colle, ce serait très utile » et ce fut la colle... J’ai fourni une énorme poubelle, de l’eau et des paquets de colle. J’ai fait mon mélange, tout en regardant ce qui se passait autour de moi. Il y avait des colleurs de l’extrême qui affichaient, suspendus à des cordes, des colleurs dans le hall, aux urgences, dans le parc. C’était magnifique cette énergie déployée par tous ces gens pour que vive ce projet. J’aime à penser que de nombreux témoignages sont affichés grâce à ma colle. »

Thomas



EN PREMIÈRE LIGNE

Dr Ponrouch Matthieu
Anesthésiste Réanimateur
Président du CLUD - Clinique du Parc

Qu'est-ce que la douleur, pourquoi existe-t-elle et comment faire face à cette expérience ? Dans notre activité, nous avons pour habitude de diviser la douleur en deux types distincts : la douleur aiguë et la douleur chronique. Cette différence est importante car, si la première est une alerte, une conséquence à visée préventive, un message qui nous met en garde, la seconde est une "erreur", une information erronée, qu'il faut à tout prix éviter.

Elle fait partie de notre quotidien.

La douleur aiguë, celle que nous connaissons tous, juste après avoir heurté son orteil sur un pied de chaise, résulte de capteurs qui envoient au cerveau un message qui permet de protéger le corps d'un risque. Elle fait partie de notre quotidien. Elle existe sous un grand nombre de formes, qui sont autant de capteurs dans notre corps: douleur à la pression, à la chaleur ou au froid, à la coupure, à l'inflammation ou à "l'infection" etc ... C'est aussi la douleur aiguë que l'on ressent au réveil d'une intervention chirurgicale ou en sortant de chez le dentiste. Dans ce contexte médical, elle informe toujours d'un "danger" car une "agression physique" a bien eu lieu, mais comme cette agression est nécessaire pour soigner, c'est au médecin spécialiste de la douleur de tout faire pour arrêter l'arrivée de ces informations douloureuses au cerveau.

La douleur chronique est une information beaucoup plus complexe, c'est une vraie sensation douloureuse qui provient d'un faux message douloureux. C'est en réalité le capteur et/ou le fil conducteur de l'information douloureuse - le nerf - qui est endommagé et qui envoie au cerveau une sensation de douleur alors qu'il n'y a pas ou plus de vraie stimulation douloureuse. Dans la douleur chronique, le capteur est cassé et les messages qu'il envoie, sont faux. De ce fait, une simple caresse peut être extrêmement douloureuse. Cette douleur est également appelée douleur neurogène car elle est fabriquée par le nerf abimé et remonte au cerveau où il se crée une image de cette douleur.

Lignes de défense

Pour les médecins de la douleur qui sont la plus part des anesthésistes réanimateurs, le défi est à chaque intervention. Il consiste à mettre en place les médicaments et les soins qui vont éviter que la douleur secondaire à la chirurgie n'arrive au cerveau. Pour cela les médecins et tout le personnel soignant disposent de plusieurs moyens. Tout d'abord les médicaments que nous connaissons tous et d'autres molécules réservées à une utilisation dans un établissement hospitalier. Ce médecin fait en sorte que ces médicaments vous soient donnés avant que la douleur ne se réveille. C'est la première ligne de défense. Il faut prendre ces médicaments à heure fixe pour garder la douleur endormie et éviter qu'elle ne se réveille. A ce premier rempart contre la douleur les anesthésistes associent aujourd'hui des anesthésies spécifiques du site opéré. Ils endorment pour plusieurs heures à quelques jours, les nerfs qui devraient transporter l'information douloureuse. Ainsi, il n'y a plus de douleur qui arrive au cerveau. Il s'agit de l'anesthésie locorégionale et de l'anesthésie péridurale. Le genou, la main ou le thorax par exemples peuvent être endormis pour une durée choisie. Ceux-ci assurent un confort sans précédent aux patients pris en charge. Mais il existe encore un autre rempart pour faire face à cette douleur qui n'a pas lieu d'être après une chirurgie, ce sont les techniques contrôlées par le patient lui-même. Si la douleur refait surface malgré les médicaments et l'anesthésie de la zone opérée le patient peut lui-même s'administrer une dose de médicament spécifique grâce à une pompe auto-contrôlée. La première de ces pompes était la pompe à morphine, mais aujourd'hui d'autres médicaments peuvent être administrés: des anesthésiques locaux et des antalgiques plus puissants et avec moins d'effets secondaires que la morphine. Grâce à ces trois remparts contre la douleur - les médicaments pris régulièrement, l'anesthésie locorégionale et l'analgésie contrôlée par le patient - il est véritablement possible de diminuer voir d'annuler totalement la douleur aiguë post opératoire. Grâce à cela, des opérations réputées douloureuses sont maintenant réalisées en ambulatoire - le patient rentre chez lui le soir même - avec un confort bien supérieur.

Cette prise en charge de la douleur aiguë est indispensable car alors qu'ils transportent une information douloureuse, les capteurs s'abîment et - comme nous l'avons vu plus tôt - ils transmettent alors un message erroné au cerveau, un faux message douloureux, c'est le départ de la douleur chronique. Le médecin doit alors utiliser des médicaments différents, qui agissent sur les nerfs et les capteurs, en plus des autres techniques. Il est également important d'effacer l'image de la zone douloureuse dans le cerveau, c'est le travail spécifique des techniques de rééducation. Il faut retenir que la douleur aiguë fait le lit de la douleur chronique, c'est aussi pour cela qu'il faut faire face à la douleur aiguë.

Comment, combien, faire baisser le score

Pour savoir si l'action de ces remparts contre la douleur est efficace, l'équipe soignante va régulièrement évaluer votre douleur. Il existe plusieurs méthodes qui permettent de savoir si vous avez mal, comment vous avez mal et combien vous avez mal. Elles permettent d'adapter les médicaments et les techniques durant la durée du séjour. La plus commune s'appelle l'échelle verbale simple. C'est une échelle numérique, l'infirmière ou le médecin vous demanderont de chiffrer votre douleur entre 0 - pas de douleur - et 10 - la douleur la plus atroce imaginable - et cela régulièrement durant votre séjour. Parfois, cette évaluation sera faite sur une réglette sans graduation, le résultat est le même, l'objectif est toujours d'adapter au mieux vos médicaments et de toujours faire baisser ce score.

Nous pouvons faire face à la douleur

A présent, la douleur qu'elle soit aiguë ou chronique n'est plus une fatalité ou un chemin difficile par lequel il faudrait passer pour gagner un meilleur état physique et psychique. C'est une sensation qui existe depuis toujours pour mettre son corps en alerte devant un danger, mais qui perd sa fonction après une chirurgie car le danger est alors connu et accepté. La médecine moderne est apte à faire face à cette douleur. Le patient fait alors toujours partie intégrante du processus en prenant ces traitements à heure fixe, en contrôlant sa pompe ou en chiffrant sa douleur avec l'équipe soignante. Aujourd'hui nous pouvons faire face à la douleur.



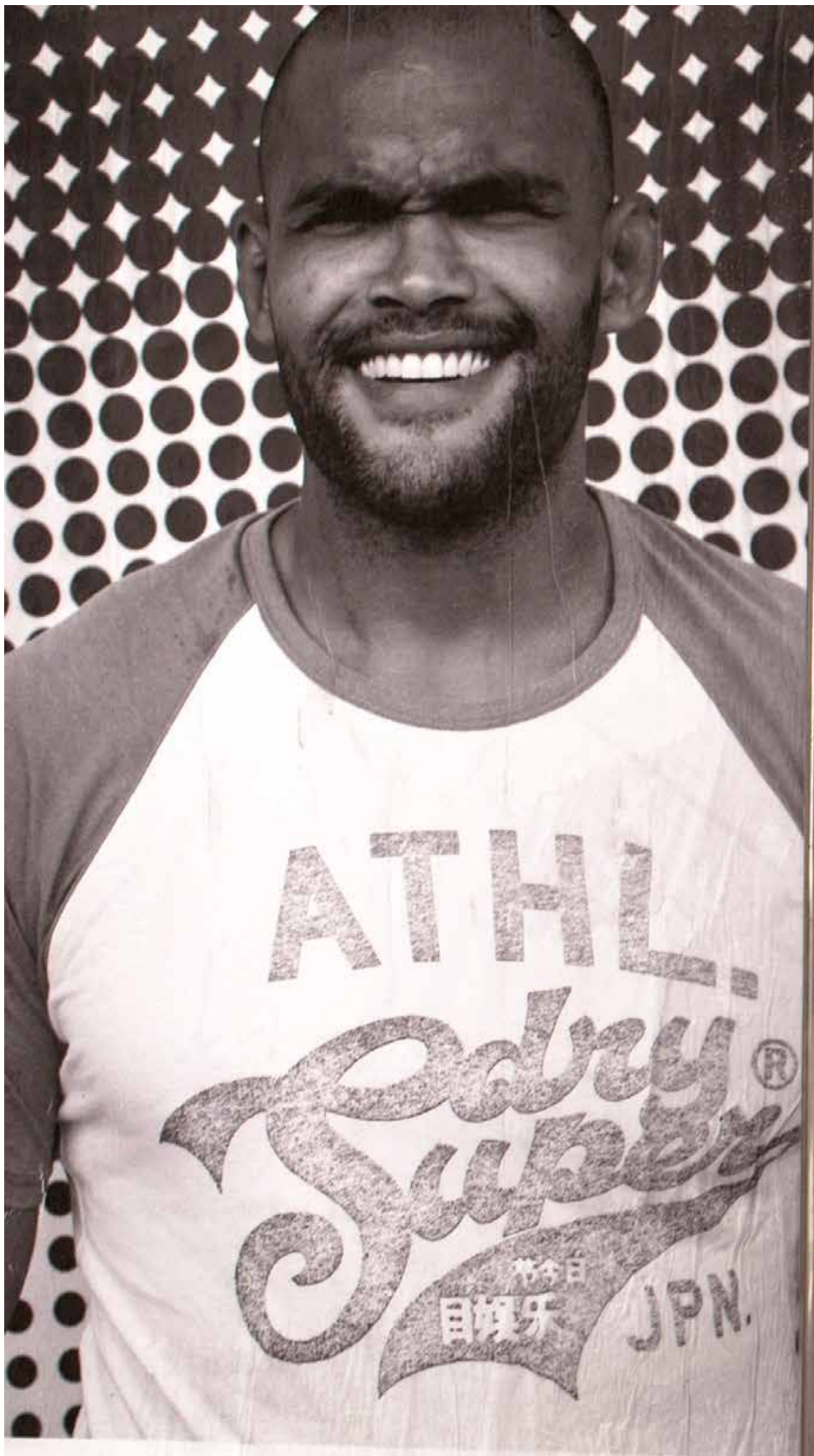
LE MONITEUR ANI® (MDOLORIS MEDICAL SYSTEM)

ÊTRE À L'AVANT GARDE DE LA PRISE
EN CHARGE DE LA DOULEUR !

UNE INNOVATION TECHNOLOGIQUE :

La Clinique du Parc a été l'un des premiers centres en France à doter son équipe d'anesthésie du système ANI (Analgesia Nociception Index) qui permet de mesurer de manière objective la douleur ressentie par le patient. Cette évaluation de la douleur repose sur la mesure de la variation de la stimulation du système nerveux parasympathique par l'étude continue du tracé de l'électrocardiogramme.

La révolution technologique apportée par ce monitoring réside dans son efficacité autant chez le sujet éveillé que sous anesthésie générale. Il permet également d'évaluer la douleur chez les patients qui ne peuvent l'exprimer clairement comme les jeunes enfants, les patients déments ou déficients mentaux.



UTFAIRFACE

A GLOBAL ART PROJECT BY JR

w

seoutproject.net

#INSIDEOUTFAIRFACE



INSIDE OUT
#FAIRE FACE



UN ÊTRE DE LANGAGE

Jean-Claude Michéa
Philosophe

Devant une rage de dent, il semble plus indiqué de s'en remettre au dentiste plutôt qu'au prêtre ou au métaphysicien. D'autant que ces derniers ne sont déjà que trop enclins à présenter la douleur comme la sanction logique de nos péchés, voire comme le moyen le plus sûr d'accéder au royaume des Cieux. Pour autant, l'invitation à voir dans la douleur une occasion privilégiée pour chacun d'affronter ses propres limites - et donc sa propre vérité - ne saurait être écartée aussi facilement.

Cela tient, avant tout, au fait que l'être humain est par essence - selon la formule d'Aristote - un zôon logikon, autrement dit un être de langage, dont le rapport au Réel est toujours médiatisé par les mots (ou, si l'on préfère, par les histoires qu'il en est venu à se raconter sur le monde et sur lui-même). De là, ce fait universellement reconnu que toute douleur (qu'elle soit « morale » ou physique) comporte inévitablement une dimension subjective sur laquelle la parole de l'Autre - parole fondée sur l'autorité médicale ou simplement amie - a théoriquement toujours prise, jusqu'à provoquer parfois des effets de guérison littéralement miraculeux (n'est-ce pas là, après tout, l'un des objectifs de la psychanalyse ?). Et, de fait, il n'y a rien d'étonnant à ce que certains mots - ceux qui « augmentent notre puissance d'agir » disait Spinoza - puissent exercer un véritable pouvoir sur d'autres mots - ceux qui neutralisent cette puissance d'agir ou la retournent contre elle-même.

Il reste à savoir, bien entendu, si cela est encore vrai de ce qu'on a pu appeler la « douleur à l'état pur » ou même la « douleur absolue » ? Concept qui, en toute rigueur, ne devrait s'appliquer qu'à la douleur physique puisque dans toute douleur « morale » - qu'il s'agisse d'un chagrin d'amour ou de la perte d'un être cher - la souffrance éprouvée par le sujet dépend en partie du discours par lequel il accomplit son travail de deuil ? Or je crains - étant, sur ce point, visiblement plus épicurien qu'Epicure lui-même - que le travail libérateur de la parole ne trouve ici sa limite philosophique. C'est peut-être même la raison pour laquelle certains sont allés jusqu'à prétendre que les « grandes douleurs sont toujours muettes ». Formule à première vue absurde et qui ferait évidemment rire n'importe quel tortionnaire. Mais qui peut néanmoins retrouver un sens si l'on admet qu'il existe forcément un seuil de douleur physique - certes difficile à mesurer « scientifiquement » - au-delà duquel toute parole consolatrice, celle qui permettrait de conférer un minimum de sens à la souffrance vécue - semble inexorablement vouée à l'échec.

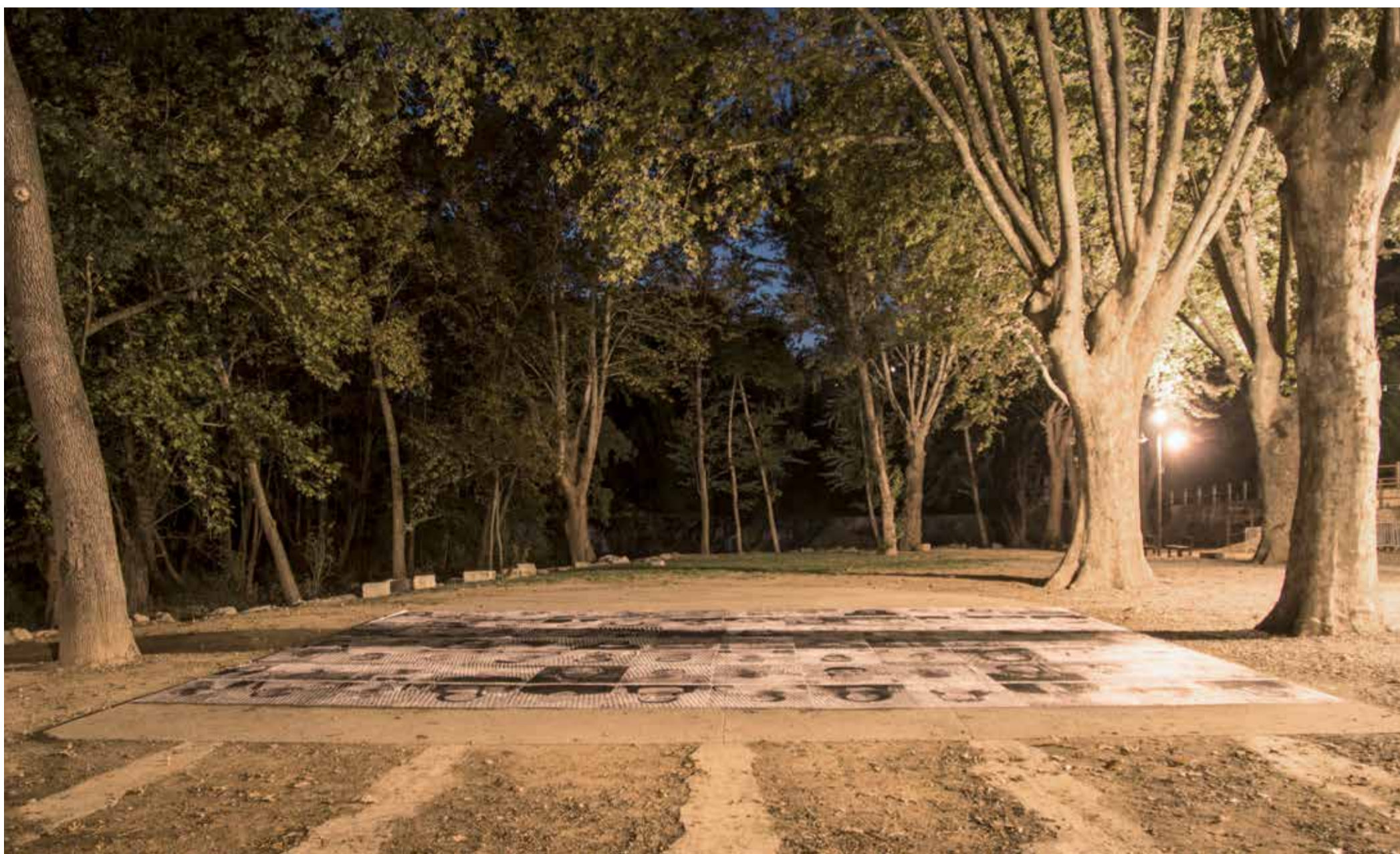
C'est alors, mais alors seulement, que la molécule chimique peut légitimement apparaître comme le substitut le plus raisonnable à l'impuissance du langage humain. Cela n'implique d'ailleurs en rien la défaite de l'approche humaniste. C'est la confirmation, au contraire, que l'être humain ne constitue pas, au sein de l'univers, « un empire dans un empire » (Spinoza).

En d'autres termes, l'être de langage ne serait pas ce qu'il est s'il ne s'articulait pas simultanément, pour le meilleur et pour le pire, à un être de nature qu'aucune frontière métaphysique absolue ne sépare du règne animal. En ces temps où la nature est de plus en plus souvent décrite comme une simple « construction sociale » entièrement manipulable au gré de nos fantasmes idéologiques du moment, l'expérience de la douleur « à l'état pur » est là pour nous rappeler l'ambiguïté irréductible de la condition humaine.

« Ce n'est point parce que l'on prêche dans les églises que les paratonnerres sont inutiles ».

Lichtenberg





**“Les douleurs légères
s’expriment; les grandes
douleurs sont muettes.”**

Sénèque, extrait de Hippolyte

LA LUTTE CONTRE LA DOULEUR POST OPÉRATOIRE

Dr Olivier ATTARD
Anesthésiste-Réanimateur
Clinique du Parc

Les vingt dernières années ont connu une véritable transformation de la considération et de la prise en charge de la douleur au sein des équipes soignantes. Nous sommes passés d'un paradigme de douleur acceptable ou attendue au concept de souffrance minimale. Ainsi, l'évaluation et la prise en charge de la douleur constituent maintenant un enjeu de santé publique : une loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 reconnaît le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne. La lutte contre la douleur est également une priorité de santé publique inscrite dans la loi de santé publique de 2004 ».

Soulager une douleur chronique ou aiguë nécessite un travail multidisciplinaire et un investissement important de toute l'équipe soignante. Chacun, aide-soignant, infirmier, médecin, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychologue ou assistant social, va minimiser les souffrances somatiques ou psychologiques liées à la maladie et aux traitements. Conscients de la souffrance des patients, les anesthésistes-réanimateurs sont spécialisés dans la lutte contre les douleurs post-opératoires. Aussi, nous nous efforçons de développer et d'utiliser les techniques d'antalgies les plus modernes et les plus efficaces :

L'analgésie multimodale

Elle consiste à associer plusieurs médicaments analgésiques agissant différemment mais de manière complémentaire. Les doses des différents médicaments sont ainsi réduites, ce qui limite les effets indésirables tout en permettant une meilleure efficacité analgésique car ces associations sont synergiques. Cette approche multimodale est en opposition à d'anciennes pratiques préconisant une très large utilisation de la morphine en première intention sur les douleurs sévères ; ces pratiques ne diminuaient pas suffisamment la douleur et exposaient le patient aux effets indésirables des morphiniques.

L'analgésie locorégionale périnerveuse

Par repérage échographique et neurostimulation des nerfs périphériques, nous pouvons anesthésier un membre. Cette technique, appelée bloc périphérique, peut servir à l'anesthésie pour permettre une opération sans anesthésie générale mais nous l'utilisons aussi pour traiter la douleur post opératoire. Ces blocs nerveux périphériques sont particulièrement indiqués après chirurgie orthopédique ou vasculaire des membres. L'utilisation d'un cathéter mis en place au contact du nerf, permet l'administration continue d'antalgiques et prolonge l'analgésie facilitant la rééducation postopératoire des patients. Nous associons ces blocs périphériques analgésiques à des antalgiques par voie générale (intraveineuse ou orale).

L'analgésie locorégionale périmédullaire

Les techniques d'anesthésie périmédullaire sont utilisées autant pour l'anesthésie peropératoire que pour l'analgésie postopératoire. On décrit deux techniques principales : l'analgésie péridurale où on injecte un anesthésiant dans l'espace épidural autour de l'enveloppe de la moelle épinière (la dure-mère) et la rachianesthésie où on injecte plus profondément, directement dans le liquide céphalorachidien. Grâce à ces techniques, nous pouvons anesthésier une partie du corps du patient sans l'endormir ou en complément d'une anesthésie générale. La partie anesthésiée varie en fonction de la hauteur de la ponction dans la colonne vertébrale. De plus, nous posons un cathéter entre les vertèbres à l'endroit de l'injection, ce qui nous permettra de poursuivre l'administration continue d'anesthésiant pendant plusieurs jours et ainsi de mieux calmer la douleur postopératoire. Dans notre pratique quotidienne, nous utilisons la technique d'analgésie péridurale avec cathéter pour la majorité des opérations lourdes comme les chirurgies pulmonaires, coliques, rénales et rachidiennes en association avec l'analgésie multimodale intraveineuse. Il est maintenant largement reconnu que l'analgésie locorégionale est supérieure à celle obtenue avec des morphiniques par voie générale ou par PCA, particulièrement contre des

douleurs dynamiques liées à la mobilisation active ou passive du patient. Lorsqu'il existe des contre-indications à l'anesthésie locorégionale ou que la douleur reste rebelle, nous recourons évidemment à la morphine et à ces dérivés pour soulager au mieux nos patients mais toujours en association avec l'analgésie multimodale.

Dans ce cas, nous favorisons l'analgésie auto-contrôlée par voie intraveineuse (PCA= analgésie contrôlée par le patient). Ainsi le patient peut lui-même s'administrer des compléments d'analgésie dès qu'il a mal par l'intermédiaire d'une pompe réglée par le médecin anesthésiste. Par ce système, nous évitons les défauts d'administration de calmants mais aussi les administrations inutiles pourvoyeuses d'effets secondaires.



L'administration de médicaments anti-hyperalgésiques

Certaines douleurs postopératoires sévères, associées à des traitements analgésiques prolongés notamment morphiniques, sont responsables parfois au bout de quelques jours d'une perception anormale et exagérée de la douleur par le patient. Nous parlons alors d'hyperalgésie. Ce phénomène est fréquemment auto-entretenu (douleur persiste même sans lésion) et peut être responsable de douleurs chroniques.

L'hyperalgésie peut être traitée par certains médicaments comme la gabapentine mais nous nous appliquons surtout à la prévenir en utilisant des adjuvants anti-hyperalgésiques (kétamine, clonidine, lidocaïne) lors de toutes nos anesthésies et dans nos protocoles d'analgésie postopératoire.

Ces principales techniques d'analgésie sont combinées en fonction du type d'intervention chirurgicale et des antécédents médicaux du patient pour obtenir une analgésie optimale avec le moins d'effets secondaires possible.

JOURNÉE INTERNATIONALE DE LA DOULEUR

20 octobre 2014.



ENQUÊTE DE SATISFACTION (PATIENTS HOSPITALISÉS À LA CLINIQUE DU PARC)

Les établissements de santé sont désormais soumis par le Ministère des Affaires sociales et de la Santé à une enquête annuelle de satisfaction des patients hospitalisés réalisée par un institut de sondage indépendant (Instruction du 7 mars 2014 du Ministère des affaires sociales et de la santé).

La démarche repose sur une enquête téléphonique réalisée sur un échantillon de patients hospitalisés entre 4 à 6 semaines après leur sortie.

Concernant la prise en charge de la douleur :
Sur 120 patients interrogés :

Près de 50 % déclarent avoir eu des douleurs, pour 96% leurs douleurs ont été prises en charge de manière excellente à bonne.



“La douleur passe, la beauté reste.”

Pierre-Auguste Renoir



**UN GRAND MERCI
à toutes celles et ceux sans qui ce projet
n'aurait pas vu le jour :**

Equipe des 1200 personnes qui ont accepté de prendre la pose et de participer avec beaucoup d'enthousiasme à ce projet

Equipe des personnels soignants qui, avec ou sans blouse, ont répondu présent

Equipe Direction de la Clinique du parc sous la direction de Yann Reynaud et bien entendu, **le président Directeur Général, Serge Constantin**

Equipe Accueil sous la Direction de Patricia Ponsy

Equipe des Imprimeurs sous la Direction d'Arnaud Minisclou

Equipe des Colleurs sous la Direction de Raphaël - AcroGecko

Equipe Projet sous la Direction de Thomas Constantin

Equipe Technique sous la Direction de Florent Amiot

Les Photographes Laurent Rebelle, Joëlle Fulcrand, Quentin Dumontier, Polar et Hugo Capela

Equipe INSIDE OUT : Thomas, Hugo, Quentin, Olivier, Xavier, Denis, Margaux, Mathieu, Nico, Marc et bien sûr JR.

WWW.FACEBOOK.COM/INSIDEOUTFAIRFACE
WWW.INSIDEOUTPROJECT.NET







A GLOBAL ART PROJECT BY JR À LA CLINIQUE DU PARC, CASTELNAU -LE-LEZ, FRANCE.