

Recueil des abstracts 2024



24^e
CONGRÈS
NATIONAL DE LA
SFETD
SOCIÉTÉ FRANÇAISE
D'ÉTUDE ET DE TRAITEMENT
DE LA DOULEUR

**PRÉSENTIEL
ET VIRTUEL**

27-29 NOVEMBRE 2024
Lille Grand Palais
congres-sfeted.fr





Sommaire

Résumés des communications :

Conférence inaugurale Jean-Marie Besson.....	2
Conférence de clôture.....	4
Plénières.....	5
Sessions des membres (Anciens ATS).....	15
Cours supérieurs.....	23
Forums.....	73
Mise au point.....	83
Sessions parallèles.....	100
Résumés des posters sélectionnés pour une présentation orale.....	189
Résumés des posters commentés.....	200
Résumés des posters.....	233



Conférence

Conférence inaugurale Jean-Marie BESSON

Douleurs neuropathiques : hier, aujourd'hui et demain

N. Attal 1

1 Inserm U987, Uvsq Paris Saclay, Hôpital Ambroise Paré, 9 Avenue Charles De Gaulle - Boulogne Billancourt (France)

La notion que des douleurs puissent être secondaires à des lésions du système nerveux remonte au haut Moyen Âge, le terme " Auojae Asab " [douleur d'origine nerveuse] étant déjà utilisé dans la littérature médicale Perse pour qualifier ces douleurs. Plus récemment les termes de « douleur de désafférentation, névralgie, douleurs neurogènes » ont été diversement utilisés pour qualifier ces douleurs. L'histoire récente a été marquée par des avancées cliniques et thérapeutiques significatives, avec une nouvelle définition (2008) et classification (2021) de ces douleurs, ainsi que des changements conceptuels majeurs. En effet, ces douleurs, qui présentent des caractéristiques sémiologiques variées et sont liées à de nombreuses étiologies, sont définies désormais comme une entité « trans-étiologique », ce qui implique une prise en charge spécifique, indépendante de l'étiologie. Les deux dernières décades ont connu des avancées diagnostiques et épidémiologiques, avec le développement de questionnaires spécifiques de dépistage, dont le DN4 en France (2005) permettant de mieux reconnaître des douleurs dans des contextes variés, et d'estimer pour la première fois leur prévalence en population générale. D'autres questionnaires spécifiques ainsi que le développement de techniques d'évaluation quantitative des troubles de la sensibilité (QST), couplées à la recherche de biomarqueurs anatomiques ou fonctionnels, permettent, eux, de mieux évaluer et appréhender les mécanismes physiopathologiques de ces douleurs. La prise en charge thérapeutique des douleurs neuropathiques a quant à elle été « boostée » par l'avènement des gabapentinoïdes, avec pour la première fois la mise en place de grandes études multicentriques (JAMA 1998,) le développement de traitements topiques ou locaux, de plus en plus largement utilisés (lidocaine, capsaïcine, toxine botulinique A), ainsi que de diverses techniques de neuromodulation. A l'avenir, on peut d'ores et déjà compter sur des avancées pathophysiologiques, avec une meilleure connaissance des déterminants génétiques de ces douleurs, et des progrès thérapeutiques avec la mise en évidence de l'intérêt d'une approche thérapeutique individualisée, le développement de traitements pharmacologiques agissant sur de nouvelles cibles, comme certains bloqueurs des canaux sodiques, et de nouvelles techniques de neuromodulation invasives ou non invasives (1, 2).



Bibliographie

- (1) Attal N, Bouhassira D. What do I do now ? Neuropathic pain. Oxford University Press, March 10, 2023, 286 pages.
- (2) Attal N, Bouhassira D, Colvin L. Advances and challenges in neuropathic pain: a narrative review and future directions. Br J Anaesth. 2023 Jul;131(1):79-92.



Conférence

Conférence de clôture

Quand la médecine légale explore l'Histoire

P. Charlier 1

1 Chu R. Poincaré (AP-HP) - Garches

La médecine légale ne se limite pas à l'étude des corps en contexte judiciaire. Le Laboratoire Anthropologie Archéologie Biologie (LAAB) de l'Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines s'est ainsi spécialisé dans l'étude des squelettes et momies issus de fouilles archéologiques et en contexte historique. Par l'utilisation de techniques biomédicales sur ces échantillons anciens, il devient ainsi possible de reconstituer l'état de santé des populations du passé.

Dans cette conférence, on présentera les dernières données issues de l'examen des restes de Lucy, Richard Cœur de Lion, Henri IV, Robespierre, Voltaire, Hitler... et quelques autres.

Empoisonnement ou mort naturelle ? Tumeur ou malformation ? Suicide ou crime maquillé ? De la Préhistoire au XXe siècle, la paléopathologie permet de parcourir les carnets de santé de ces défunts pas comme les autres, et nous entraîne dans un fascinant voyage scientifique et historique.



Plénière

Plénière 1

Algie Vasculaire de la face

G. Demarquay 1

1 Hôpital neurologique. Hospices Civils De Lyon. Neuropain Team, Inserm, Crnl U1028 Umr5292 Bron, France - Lyon (France)

Particularités cliniques

L'algie vasculaire de la face (AVF) se manifeste par des crises douloureuses unilatérales extrêmement intenses, localisées principalement au niveau de la région orbitaire et de la tempe. Ces crises sont associées à des symptômes dysautonomiques ipsilatéraux à la douleur (larmoiement, rougeur conjonctivale, œdème palpébral, congestion nasale ou rhinorrhée, sudation, myosis, ptosis). En plus de l'intensité et de la localisation des douleurs, l'AVF se distingue par un profil temporel particulier. Les crises durent de 15 minutes à 3 heures et surviennent plusieurs fois par jour, notamment pendant le sommeil, souvent à des heures fixes. Dans la majorité des cas, les crises évoluent de façon épisodique, avec des épisodes pluriquotidiens sur des périodes de 2 semaines à 2 mois, suivis d'intervalles sans douleur pouvant durer plusieurs mois. Les périodes douloureuses touchent souvent les patients au printemps et à l'automne. Ainsi, les patients présentent une double périodicité, avec une évolution à la fois circadienne et circannuelle. Une autre particularité de cette pathologie est qu'elle affecte principalement les hommes jeunes, avec une prévalence de tabagisme observée dans 60 à 88 % des cas.

Mécanismes physiopathologiques

Anatomiquement, trois structures sont particulièrement impliquées pendant les crises : le système trigémino-vasculaire, le réflexe trigémino-autonomique et l'hypothalamus. Sur le plan génétique, huit lois de susceptibilité ont récemment été identifiées. Il est intéressant de noter qu'une corrélation génétique a été observée entre l'AVF et certains traits tels que le tabagisme. Les gènes impliqués dans les mécanismes responsables du maintien des rythmes circadiens sont particulièrement étudiés. Récemment, une étude a montré que la fluctuation de l'expression du gène CLOCK au cours de l'année différait de celle des témoins.

Traitements

Les traitements de crise comprennent le sumatriptan sous-cutané et/ou l'oxygénothérapie. Un traitement transitionnel par corticoïdes per os ou par injection au niveau du grand nerf occipital est souvent proposé, notamment en cas d'AVF épisodique. Le traitement préventif de première intention est le vérapamil, tandis que le téralithe est proposé en cas d'AVF chronique. En cas de pharmacorésistance, une neuromodulation par stimulation des grands nerfs occipitaux peut être envisagée.

Bibliographie

- Belin AC, Barloese MC. The genetics and chronobiology of cluster headache. Cephalalgia. 2023



- Benkli B, Kim SY, Koike N, et al. Circadian features of cluster headache and migraine: a systematic review, meta-analysis, and genetic analysis. *Neurology* 2023.
- Donnet A, Demarquay G, Ducros A, et al.,. Recommandations pour le diagnostic et le traitement de l'algie vasculaire de la face. *Rev Neurol*. 2014.
- Fontaine D, Blond S, Lucas C, et al. Occipital nerve stimulation improves the quality of life in medically-intractable chronic cluster headache: Results of an observational prospective study. *Cephalalgia*. 2017.
- Fourier C, Ran C, Steinberg A, et al. Sex Differences in Clinical Features, Treatment, and Lifestyle Factors in Patients With Cluster Headache. *Neurology*. 2023
- Jennysdotter Olofsgård F, Ran C, Qin Y, et al. Genetic and Phenotypic Profiling of Triptan Users in a Swedish Cluster Headache Cohort. *J Mol Neurosci*. 2024.
- Hagedorn A, Snoer A, Jensen R, et al. The spectrum of cluster headache: A case report of 4600 attacks. *Cephalalgia* 2019.
- Leplus A, Fontaine D, Donnet A, et al. Long-Term Efficacy of Occipital Nerve Stimulation for Medically Intractable Cluster Headache. *Neurosurgery*. 2021
- May A, Evers S, Goadsby PJ, et al. European Academy of Neurology guidelines on the treatment of cluster headache. *Eur J Neurol*. 2023.
- Oliveira R, Neves-Costa A, Pedroso D, et al. CLOCK gene circannual expression in cluster headache. *Cephalalgia*. 2024
- Winsvold BS, Harder AVE, Ran C, Chalmer MA, et al.. Cluster Headache Genomewide Association Study and Meta-Analysis Identifies Eight Loci and Implicates Smoking as Causal Risk Factor. *Ann Neurol*. 2023.



Plénière

Plénière 1

Trauma vicariant et fatigue de compassion des soignants

P. Brillon 1

1 Université Du Québec À Montréal - Montréal (Canada)

Les soignants sont souvent en contact avec des personnes en douleur, en détresse, qui ont vécu des expériences bouleversantes ou des traumatismes violents. Ces confidences, ces contacts avec des émotions intenses ne sont pas anodines et peuvent affecter tout professionnel de la santé. Cette conférence permettra de mieux identifier les réactions d'épuisement possibles puis de les distinguer des symptômes de Trauma vicariant et de la Fatigue de compassion vécus chez les soignants. Une distinction avec les symptômes post-traumatiques proprement dits sera aussi effectuée.

Par la suite, nous tenterons de comprendre pourquoi certains soignants sont plus vulnérables ou plus affectés que d'autres dans des contextes pourtant similaires. Ainsi, les facteurs de protection et les facteurs de risque associés au développement de ces deux syndromes seront présentés. Les facteurs seront distingués en facteurs de vulnérabilité prédisposants, déclencheurs et de maintien.

En conclusion, la conférence se terminera en évoquant des pistes d'auto-évaluation et d'auto-soins psychologiques.

Bibliographie

En français :

Brillon, P. (2020). *Entretenir ma vitalité d'aidant: Guide pour prévenir la fatigue de compassion et la détresse professionnelle*. Editions de l'Homme

En anglais:

Berger, R. S., Wright, R. J., Faith, M. A. et Stapleton, S. (2022). Compassion fatigue in pediatric hematology, oncology, and bone marrow transplant healthcare providers: An integrative review. *Palliat Support Care*, 20(6), 867-877. <https://doi.org/10.1017/s147895152100184x>

Figley, C.R. (2002). *Treating Compassion Fatigue*. New York : Routledge.



Plénière

Plénière 2

Douleurs d'arthrose : de la fatalité et la honte à l'espoir

S. Perrot 1

1 Centre De La Douleur, Hôpital Cochin, Université Paris Cité, Inserm U987 - Paris (France)

Les douleurs d'arthrose sont des douleurs très fréquentes. Elles sont associées à un fatalisme (douleurs intraitables), une honte (douleurs liées au vieillissement ou à l'obésité), et souvent peu reconnues (1). Compte tenu de la fréquence de ces douleurs et de leur image très péjorative, il est important de fournir aux cliniciens mais aussi aux patients des données scientifiques et des outils pour améliorer leur prise en charge.

Les douleurs d'arthrose : quel lien avec l'arthrose ?

La physiopathologie des douleurs d'arthrose est bien sûr liée à la dégradation des structures articulaires lors de l'arthrose mais dans de nombreux cas non corrélée directement avec cette dégradation. Il importe de préciser aux patients que ce n'est pas parce qu'on a très mal que c'est très grave ou très détérioré (3).

Les douleurs d'arthrose : un spectre de douleurs

On réduit souvent les douleurs d'arthrose à des douleurs mécaniques, exacerbées par l'effort mais en fait il existe une multiplicité des douleurs d'arthrose. L'ensemble des structures de l'articulation (os, tendons, membrane synoviale, muscles...) participe aux mécanismes périphériques de la douleur, avec une sensibilisation centrale dans les formes chroniques ou récurrentes (2).

Les douleurs d'arthrose : quels outils pour mieux les comprendre et les soigner ?

La prise en charge de toute douleur nécessite une évaluation approfondie afin de mieux préciser les mécanismes, périphériques et centraux.

Il existe plusieurs questionnaires pour évaluer l'arthrose et ses douleurs, en fonction de la localisation. Nous avons développé l'outil OASIS9 (2), un questionnaire en 9 questions qui permet de dépister les mécanismes impliqués dans une douleur d'arthrose et a montré qu'il existait 3 dimensions dans les douleurs d'arthrose: douleurs périphériques nociceptives, douleurs d'allure neuropathique et douleurs nociplastiques. Le questionnaire OASIS9 a pour but de guider ensuite le traitement en fonction des mécanismes prédominants.

Les traitements de la douleur :

Les traitements médicamenteux sont peu efficaces dans les douleurs d'arthrose (4), notamment chroniques. Il est donc important de développer des approches multidisciplinaires et multimodales adaptées aux profils des patients. Les mesures diététiques, l'activité physique, l'éducation thérapeutique du patient et le soutien du patient sont majeures dans la douleur d'arthrose. Les approches complémentaires comme le Yoga, le TENS (avec un système spécifique pour la gonarthrose), l'acupuncture, sont d'une aide très utile.

En conclusion, si l'arthrose reste une maladie encore difficile à traiter, les douleurs d'arthrose ne sont pas une fatalité et on ne doit plus les cacher : on peut les évaluer et



les améliorer. Ces douleurs sont maintenant mieux connues, avec des mécanismes spécifiques qui représentent des cibles thérapeutiques, pharmacologiques ou non.

Bibliographie

- 1-Cedraschi C, Delezay S, Marty M, Berenbaum F, Bouhassira D, Henrotin Y, Laroche F, Perrot S. "Let's talk about OA pain": a qualitative analysis of the perceptions of people suffering from OA. Towards the development of a specific pain OA-Related questionnaire, the Osteoarthritis Symptom Inventory Scale (OASIS). PLoS One. 2013;8(11):e79988.
- 2-Perrot S, Trouvin AP, Bouhassira D. Three dimensions of pain in osteoarthritis: development and validation of the Osteoarthritis Symptom Inventory Scale. Pain. 2023;164(7):1566-1577.
- 3-Perrot S, Roucoux G, Bertin P, Beauvais C, Alliot-Launois F, Chassany O, Duracinsky M. Cross-perspectives on care pathways for painful osteoarthritis: A qualitative analysis in patients and healthcare professionals. Musculoskeletal Care. 2023;21(4):1142-1153.
- 4-Sellam J, Courties A, Eymard F, Ferrero S, Latourte A, Ornetti P, Bannwarth B, Baumann L, Berenbaum F, Chevalier X, Ea HK, Fabre MC, Forestier R, Grange L, Lellouche H, Maillet J, Mainard D, Perrot S, Rannou F, Rat AC, Roux CH, Senbel E, Richette P; French Society of Rheumatology. Recommendations of the French Society of Rheumatology on pharmacological treatment of knee osteoarthritis. Joint Bone Spine. 2020;87(6):548-555.



Plénière

Plénière 2

Deuil et acceptation en douleur

F. Barruel 1

1 Psychologue Clinicienne - Noisy Le Grand (France)

On distingue deux liens de nature différente entre douleur et deuil :

Les douleurs chroniques confrontent souvent aux pertes (activité, autonomie, mode de vie antérieur). Les patients peuvent passer par des phases de deuil similaires à celles vécues lors d'une perte d'un être cher. Accepter une douleur chronique nécessite de vivre un réel processus de deuil, ce qui prend du temps.

Par ailleurs, on retrouve fréquemment les pertes et deuils au départ des problématiques de douleur chronique [1] [2]. La douleur persistante peut être considérée comme une « complication d'un processus de deuil » antérieur, comme l'indice « de ce qui n'a pas pu être transformé par le processus de deuil. »[3]

On perçoit bien la nécessité pour les soignants de mieux comprendre la notion de processus de deuil afin d'accompagner les patients douloureux chroniques. Le deuil ne se décrète pas par la volonté. Il se déroule à un rythme que ni le sujet, ni les soignants ne maîtrisent. Il s'accompagne et nécessite d'accepter la temporalité de chacun. Toute pression visant à précipiter le deuil, même implicite, risque de susciter des résistances des patients. Par leur difficulté à accepter un manque d'efficacité thérapeutique, les soignants peuvent d'une part manifester une réponse émotionnelle négative [4], et d'autre part, faire écho à la difficulté des patients à faire leurs propres deuils. En ce cas, par le biais d'une dynamique relationnelle en miroir, ils encouragent involontairement à rejeter la situation plutôt qu'à l'accepter. En rapprochant d'une part les difficultés relationnelles classiques des soignants confrontés à ces prises en charge complexes, et d'autre part, les réflexions sur les concepts de deuil et d'acceptation, on peut identifier quelques principes de prise en charge fondamentaux.

Tout d'abord, l'acceptation par les soignants de leur impuissance, notamment face aux échecs thérapeutiques, est une condition indispensable de l'accompagnement des patients. Cela suppose un accueil de la situation singulière de ces patients, même (et surtout) si elle ne correspond pas aux normes ou aux attendus les plus classiques [5].

Appréhender le sens subjectif de la situation de chacun requiert également de supporter, accueillir et accepter les plaintes. Il y a également lieu d'élargir sa compréhension de la situation au-delà du modèle biomédical de référence [6]. Enfin, il apparaît que le soutien des professionnels peut s'avérer utile afin de les accompagner dans leur deuil d'efficacité et de favoriser leur posture d'acceptation. Le soutien peut avoir lieu sous différentes formes (formation, groupes Balint, analyse des pratiques, ateliers théâtre et simulation...) et se révélera d'autant plus bénéfique qu'il libère le pouvoir d'agir des professionnels.



Bibliographie

- [1] Benezech, J.P. (2005). Stades du deuil et douleurs chroniques. *Douleurs*, 6(5), 278-283
- [2] Allaz, A.F. (2003). *Le messager boiteux : approche pratique des douleurs chroniques*. Genève : Médecine et hygiène.
- [3] Maillard, B., Rexand-Galais, F., Gillot, F., Letellier, M., Nizard, J., (2016). Douleur chronique : une maladie du deuil ? *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*, 17(1)1, 28-33.
- [4] Selfe, S.A., Van Vugt, M., Stones, R.W. (1998), "Chronic gynaecological pain: an exploration of medical attitudes", *Pain*, 77(2), 215-25
- [5] Falissard, B., Roques-Latrille, C.F, Breart, G., Lecomte, D., Lévi, Y., Queneau, P., Denoix, J.M, Allilaire, J.F, Bontoux, D. Rapport de l'Académie Nationale de Médecine. (2024) Comprendre la place de l'irrationalité dans le soin : quelles conséquences pour la pratique et la formation des soignants ?
- [6] Bouckenaere, D., (2007), La douleur chronique et la relation médecin-malade. *Cahiers de psychologie clinique* n°28, 167-183



Plénière

Plénière 3

Douleurs du cancer rebelles : quelles places respectives pour la méthadone et pour l'analgésie intrathécale ?

G. Chvetzoff 1

1 Centre Léon Bérard - Lyon (France)

La douleur est un symptôme majeur pendant et après cancer, lié au cancer lui-même ou à ses traitements [1]. La majorité des patients est soulagée par des stratégies de première ou seconde intention mais environ 10 % peuvent présenter des douleurs rebelles [2]. Leur prise en charge repose sur une approche pluridisciplinaire [3]. Des RCP spécifiques se sont développées, intégrant algologues, radiologues interventionnels, anesthésistes, neurochirurgiens, soins palliatifs. Quand il n'y a pas de traitement local possible, deux options majeures sont souvent discutées, la méthadone et l'analgésie intrathécale. Le choix entre elles n'est pas toujours aisé.

La méthadone est un opioïde de synthèse, possédant également une action anti-NMDA et mono-aminergique. Elle est particulièrement indiquée lorsque la douleur intéresse plusieurs sites, qu'il existe une tolérance aux opioïdes avec administration de fortes doses au long cours, ou une hyperalgésie. Elle est disponible par voie orale et parentérale. Son instauration délicate nécessite une hospitalisation de plusieurs jours. Ses effets secondaires sont ceux des opioïdes, notamment cognitifs et digestifs. Elle a de nombreuses interactions médicamenteuses, en particulier avec les thérapies ciblées anti-cancéreuses [4].

L'analgésie intrathécale s'adresse aux douleurs loco-régionales, qu'elles soient somatiques, viscérales ou neuropathiques, sans limitation de localisation anatomique. Elle est particulièrement intéressante lorsque la douleur est peu morphino-sensible ou que les effets secondaires limitent l'adaptation des opioïdes. Elle permet une amélioration de l'effet antalgique tout en réduisant les effets indésirables, améliore la qualité de vie et l'autonomie des patients. Elle nécessite une organisation complexe impliquant outre l'équipe douleur/soins palliatifs et l'oncologue, un circuit de pose de la pompe et de préparation des produits, d'initiation en hospitalisation, de suivi et de remplissages itératifs, et une maîtrise des risques [5].

Les éléments de choix entre les techniques peuvent être la localisation douloureuse, l'intensité de l'imprégnation opioïde, l'articulation avec le projet oncologique, les contre-indications éventuelles, l'accessibilité et bien sûr les préférences des patients. Il n'est pas exclu d'utiliser d'abord l'une puis l'autre si échec, en intégrant toutefois l'espérance de vie parfois limitée, la lourdeur du parcours de soin et l'impact des échecs successifs pour les patients.

En effet, si les solutions techniques doivent toujours d'être discutées, y compris en phase très avancée, elles peuvent parfois devenir déraisonnables et il est essentiel de savoir aussi y renoncer.



Enfin, le cancer est une épreuve dont les dimensions psychologique, sociale, existentielle sont constitutives du vécu douloureux. Les perdre de vue peut conduire à une escalade de la souffrance en parallèle de la mise en échec des propositions techniques.

Bibliographie

1. Bennett, M.I., et al., The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic cancer-related pain. *Pain*, 2019. 160(1): p. 38-44.
2. Fallon, M., et al., Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol*, 2018. 29(Supplement_4): p. iv166-iv191.
3. Santé, H.A.d., Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu'en fin de vie. 2020: www.has-sante.fr.
4. Edmonds, K.P., et al., Emerging Challenges to the Safe and Effective Use of Methadone for Cancer-Related Pain in Paediatric and Adult Patient Populations. *Drugs*, 2020. 80(2): p. 115-130.
5. Deer, T.R., et al., The Polyanalgesic Consensus Conference (PACC)(R): Intrathecal Drug Delivery Guidance on Safety and Therapy Optimization When Treating Chronic Noncancer Pain. *Neuromodulation*, 2024.



Plénière

Plénière 3

Soins relationnels versus soins techniques : quelles réflexions pour notre société ? Ou la santé au-delà de l'IA.

R. Aubry 1

1 Puph - Besançon (France)

Après avoir sommairement rappelé dans cette intervention ce qu'est un soin, ce qui le différencie d'un traitement, il sera montré comment, paradoxalement, le progrès s'accompagne de la genèse de situations complexes et engendre parfois des situations de vulnérabilité. Une réflexion sera conduite sur la façon d'appréhender les situations complexes, très marquée par l'incertitude du bien-fondé de l'action ; comment, en référence aux travaux d'Edgard Morin, la complexité impose les approches interdisciplinaires. Il sera fait référence à ce que cette complexité et ces situations de vulnérabilités peuvent engendrer, du côté des professionnels de santé, une « souffrance éthique au travail ».

Cette introduction permettra de réfléchir à l'avenir de notre système de santé dont une partie réside dans la nécessaire valorisation du soin relationnel plus que technique. Actuellement notre système de soin valorise (survalorise) la technique. Ce faisant, il ne valorise pas le soin et la réflexion. Cela risque de conduire à faire au seul motif que l'on sait faire, quand bien même faire peut conduire à faire souffrir. Dans un contexte de visée de performance, les temps ne se croisent plus : le temps contraint du soignant croise de plus en plus difficilement le temps des patients, qui en ont besoin parce que leur situation est complexe et que leur capacité à comprendre est parfois altérée. Valoriser le temps des soins ; valoriser le temps interdisciplinaire : celui de la délibération dans les situations complexes souvent marquées par des tensions de nature éthique

Le développement bien pensé de l'IA pourrait, en ce qu'elle peut libérer du temps pour le diagnostic et certains soins et traitements, recentrer les professionnels de santé sur leur cœur de métier.



Session des membres (anciens ATS) **Grossesse, périnée et douleur ?**

C. Baude 1, M. Freydier 1, E. Beaufils 2, D. Sahraoui 1

1 Centre De La Douleur Médipôle Lyon Villeurbanne - Villeurbanne (France), 2 Clinique Val D'ouest - Ecully (France)

L'épidémiologie de la douleur chez la femme enceinte est mal connue. Des études montrent une fréquence entre 56 et 72% surtout au niveau pelvien (douleur lombaire, pelvienne, ligamentaire...) avec peu d'éléments concernant les facteurs favorisant de ces douleurs (1).

La proportion des femmes présentant des douleurs aiguës est très élevée dans le postpartum immédiat puisqu'elles concernent environ 90 % des accouchées à J1 [1]. Dans 85 % des cas, cette douleur aiguë a un retentissement sur l'activité maternelle. Ces douleurs sont périnéales mais pas exclusivement et maximales le plus souvent dans les 72 premières heures suivant la naissance.

Ces douleurs périnéales du post partum sont souvent associées à une déchirure, une épisiotomie, un hématome périnéal, une désunion ou à une infection du site d'épisiotomie. L'inflammation de la suture peut provoquer un œdème et une douleur neuropathique au niveau de la cicatrice qui devient alors douloureuse. La douleur périnéale augmente avec la sévérité et la complexité du traumatisme périnéal et les antécédents de douleurs (pendant la grossesse et pendant les règles principalement) (2).

Le catastrophisme est un facteur de risque de douleur (4).

Les douleurs aiguës qui sont très fréquentes dans le postpartum et souvent invalidantes peuvent évoluer vers des douleurs chroniques avec une hypersensibilité pelvi périnéale. La prévention des lésions périnéales au cours de l'accouchement, en particulier lors du dégagement de la tête fœtale, constitue l'une des priorités pour tous les obstétriciens en salle de travail. Diverses mesures ont été proposées avant et pendant l'accouchement (massage périnéal, épisiotomie...) pour prévenir ce risque mais leur efficacité reste encore discutée (3).

Il est nécessaire aussi de soulager la douleur aiguë et ainsi permettre de faciliter la réhabilitation précoce, améliorer l'interaction mère-enfant et favoriser la mise en place de l'allaitement (4). La première ligne de traitement médicamenteux des douleurs après accouchement par voie basse repose sur le paracétamol et les AINS. La morphine peut être administrée par voie péridurale après la délivrance en cas de lésions périnéales ou par voie orale à la demande en postpartum. L'infiltration du périnée par les anesthésiques locaux a des effets limités dans le temps. Le bloc pudendal est efficace après épisiotomie. L'allaitement n'est pas une contre-indication à l'usage de la plupart des antalgiques (4).

Le but de cet atelier est de faire connaître d'abord les bases anatomiques du périnée puis de connaître les différentes étiologies des douleurs de la grossesse, du partum ainsi



que leur prise en charge au travers du regard du gynécologue, de la sage-femme et de l'algologue.

Bibliographie

1. Grossesse et douleurs rhumatologiques lombaires basses et de la ceinture pelvienne MA Timsit - Gynécologie obstétrique & fertilité, 2004 - Elsevier
2. La douleur périnéale en post-partum : revue de la littérature A review on perineal pain in postpartum period. C. Morin, M.C. Leymarie. La revue Sage-Femme. Volume, December 2013, Pages 263-268
3. CNGOF 2018_Prévention et protection périnéale en obstétrique. Recommandations du CNGOF publiées en décembre 2018 sur la protection périnéale pendant la grossesse et l'accouchement
4. Douleur du postpartum : un symptôme souvent oublié ? Pain after delivery: A forgotten symptom? Agnès Legouez
<https://doi.org/10.1016/j.pratan.2023.09.004>



Session des membres (anciens ATS)

Télé-expertise en douleur chronique

S. Conradi 1, M. Castel 2, A. Hervé Du Penhoat 3, C. Colomb 4

1 Nancy - Nancy, 2 Marseille - Marseille, 3 Vannes - Vannes, 4 Vannes - Plouermel

Dans cette session, deux structures douleur présentent leur pratique par l'utilisation d'une plateforme de téléexpertise. Nous sommes à presque une année de recul et nous partagerons l'impact de cette pratique sur le fonctionnement de la SDC, le parcours des patients ainsi que les avantages et les inconvénients. Il s'agit ici de présenter une démarche mise en place par des SDC pour répondre à une problématique de terrain et tenter de favoriser un lien ville-hôpital en apportant des éléments dans le cadre de la mission de soutien des soins primaires par les SDC.

Après un rapide présentation du cadre réglementaire de la téléexpertise et de l'outil utilisé, nous présenterons à plusieurs voix, les modalités de fonctionnement et le retour d'expériences qui sera suivi d'un échange autour des pratiques pour rappeler la difficile articulation entre les principes d'intervention en douleur chronique et les contraintes du terrain en termes de moyens et de disponibilités.

Bibliographie

- HAS - Parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique - janvier 2023
- Gillet, D. Le parcours de santé en douleur chronique Douleur et Analgesie; Heidelberg Vol. 34, N° 4, (Dec 2021): 231-232. DOI:10.3166/dea-2022-0189
- HAS - Fiche Mémo Téléconsultation et téléexpertise - Mise en œuvre Mai 2019



Session des membres (anciens ATS)

Programme MBPM de soutien des patients douloureux Chroniques par la Mindfulness : Le point sur 3 ans de pratique sémi- structure des Groupes de Pleine Conscience à la Consultation de la Douleur de la Pitié Salpêtrière

Méditation de Pleine Conscience pour les Patients Douloureux Chroniques

M.X. Garcia 1, C.; M Miquel 1

1 Sfetd - Paris (France)

OBJECTIFS

- Présenter le programme MbpM (La Méditation de Pleine Conscience dans la prise en charge des patients Douloureux)
- Sensibiliser aux méthodes et techniques d'étude qualitative employées à travers des expériences cliniques enregistrées et anonymisées.
- Présenter les premiers résultats des questionnaires quantitatifs d'évaluation passés à la première et à la dernière séance du programme, et d'une enquête qualitative envoyée à tous les participants au minimum 3 mois plus tard leur participation au programme
- Retour d'expérience sur 3 années d'animation du programme MBPM à La Pitié Salpêtrière

RÉSUMÉ

- Principes et déroulé du programme MbpM, avec des exemples vidéos des séances
- Animation et guidage d'exercices-type, notamment sur la respiration complète, et pour apprendre au patient à décomposer les différentes parties de sa plainte douloureuse.
- Les effets à moyen et long terme : présentation des résultats d'un questionnaire qualitatif envoyé aux patients après la session (entre 3 mois pour les groupes récents et 3 ans après la session pour les premiers groupes
- Témoignages vidéo d'anciens patients participant aux réunions de soutien régulièrement organisées après le programme
- Débat avec la salle, questions/réponses

Bibliographie

- Soulager la douleur avec la pleine conscience, Dany Penman, ed de boeck, 2022
- MBPM : Un nouveau programme et regard sur la douleur, a new vision of pain, to live better with it, C. Miquel in revue Douleurs, mars 2023



Session des membres (anciens ATS)

Prévention et réduction des risques du mésusage et des surdoses liés aux opioïdes : quelles actions ?

E. Frauger 1, S. Mezaache 1, V. Piano 2

1 Ceip-Addictovigilance Paca Corse, Service De Pharmacologie Clinique Et Pharmacosurveillance, Apm, Marseille - Marseille (France), 2 Référente Médicale Pour La Recherche Clinique, Ch Dracénie - Draguignan (France)

Les opioïdes sont des médicaments essentiels dans la prise en charge de la douleur et des addictions. Néanmoins, leur utilisation peut exposer à un risque de troubles de l'usage et à des dommages sanitaires tels que des surdoses. Ces surdoses surviennent dans des contextes très variés et peuvent conduire à des tableaux cliniques sévères. L'antidote naloxone est disponible sous forme prête à l'emploi depuis 2016 (1).

Le programme POP « Prévention et réduction des risques des surdoses liées aux opioïdes en région PACA » est porté par le CEIP-Addictovigilance PACA Corse (APHM) et est financé par l'ARS PACA depuis 2020. Ce programme, en lien avec de nombreux partenaires de la région, est une déclinaison territoriale et opérationnelle de la feuille de route du Ministère des Solidarités et de la Santé 2019-2022 "Prévenir et agir face aux surdoses d'opioïdes" (2). Il s'appuie également sur les recommandations de l'HAS « Bon usage des médicaments opioïdes : antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses » (3). Le programme POP a pour objectif de mettre en place des actions de proximité et d'aller vers pour améliorer la prise en charge des patients à risque de surdose, les pratiques professionnelles et faciliter la diffusion de la naloxone. Ces actions ciblent les patients et différents professionnels impliqués dans la chaîne de soins (médecins généralistes, structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur et des addictions, CLUD, pharmaciens...).

Ce programme repose sur différentes actions : i) état des lieux des pratiques professionnelles, des difficultés et besoins ; ii) démarche d'aller vers les professionnels et les patients/usagers (formation, ateliers interactifs) ; iii) création et diffusion d'informations adaptées aux besoins exprimés ; iv) retour d'expérience.

Les principaux faits marquants de l'état des lieux étaient une faible appropriation des échelles de repérage du mésusage d'opioïdes et une faible diffusion de la naloxone (4). De nombreux besoins ont émergé (informer plus largement les patients, formation des professionnels, outils pratiques...). Sur la base de ces constats, différentes actions ont été co-construites en collaboration avec des partenaires de terrain.

L'objectif de cette session est de sensibiliser les participants sur les antalgiques opioïdes, le mésusage, les surdoses et l'antidote de la naloxone. Tout d'abord un quizz interactif va être réalisé pour tester leurs connaissances. Ensuite les actions opérationnelles réalisées dans le cadre du programme POP seront présentées. Ces actions ciblent les patients (ateliers d'information, jeux ludiques, supports d'information sur le bon usage des opioïdes, les surdoses, la naloxone...) et les



professionnels (formations, comment repérer le risque de mésusage ? A qui prescrire la naloxone et comment?...). Enfin, un retour d'expérience d'une prise en charge multidisciplinaire algologue /addictologue sera présenté par le Centre Hospitalier de la Dracénie.

Bibliographie

- (1) Frauger E, Kheloufi F, Boucherie Q, Monzon E, Jupin L, Richard N, Mallaret M, Micallef J. Interest of take-home naloxone for opioid overdose. *Thérapie*. 2018 Dec;73(6):511-520.
- (2) Ministère de la santé et de la prévention. Prévenir et agir face aux surdoses d'opioïdes : feuille de route 2019-2022. 201921. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_prevention_des_surdoses_opioides-juillet_2019.pdf.
- (3) HAS. Bon usage des médicaments opioïdes : antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses. 2022 mars72. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-03/reco_opioides.pdf.
- (4) Mezaache S, Turlure F, Fredon N, Le Brun Gadelius M, Micallef J, Frauger E. Opioid overdose prevention and naloxone diffusion (POP program): Results of an overview conducted among addiction specialized centres. *Thérapie*. 2023 Nov-Dec;78(6):605-614



Session des membres (anciens ATS)

Musique et Douleur : Évaluation et expérience pratique de l'utilisation d'un dispositif médical (DM)

L. Brun 1, P. Giniès 2, S. Guétin 3, V. Dalant 4

1 Service Clinique De La Douleur, Centre Hospitalier De Narbonne - Narbonne (France), 2 Centre D'évaluation Et De Traitement De La Douleur, Hôpital Saint-Eloi, Chu Montpellier - Montpellier (France), 3 Clinical Psychology And Psychopathology Laboratory (ea4056) University Paris 5-René Descartes - Paris (France), 4 Centre antidouleur CHU Nîmes, Nîmes (France)

Les données bibliographiques sur l'intérêt de la musique dans le soulagement des douleurs aiguës et chroniques s'enrichissent chaque jour de nouvelles publications scientifiques et médicales (1,2). C'est notamment le cas pour ses effets sur le système nerveux central, dans leur dimension sensorielle, affective, cognitive ou comportementale, dont la connaissance a beaucoup progressé ces dernières années, portée en partie par les progrès de l'imagerie cérébrale. En parallèle, les équipes soignantes ont de plus en plus d'expérience pratique dans l'utilisation d'outils de soins par la musique.

Des publications récentes ont également décrit l'impact des thérapies digitales (DTx) utilisant la musique sur la douleur (3,4). Les technologies digitales et autres innovations émergentes occupent une place croissante dans l'arsenal de soins de nos systèmes de santé. Conçue sur la base de recherches scientifiques et de recommandations cliniques, Music Care© est une application numérique d'intervention musicale personnalisée offrant un catalogue de séquences musicales originales d'inspirations culturelles variées spécialement composées et arrangées selon des spécifications standardisées (la séquence en U) (5). L'application Music Care© est proposée dans différentes situations cliniques.

L'objectif de cette session est d'une part de faire un point d'actualité sur les connaissances issues de la littérature sur « douleurs et musique » et sur les outils disponibles aujourd'hui, et d'autre part de donner la parole à des soignants aguerris à l'utilisation des soins par la musique dans la prise en charge de la douleur dans leur pratique courante. Il sera également présenté la méthodologie de développement d'un dispositif médical de la gestion de la douleur par la musique.

Bibliographie

- 1- Lunde SJ, Vuust P, Garza-Villarreal EA, et al. Music-induced analgesia: how does music relieve pain? *Pain*. 2019 May;160(5):989-993.
- 2- Marchand S, Soyeux O. A web app-based music intervention reduces experimental thermal pain: a randomized trial on preferred versus least-liked music style. *Front. Pain Res*; 2023 Jan 16;3.
- 3- Bradt J, Dileo C, Shim M. Music interventions for preoperative anxiety. *Cochrane Database Syst Rev*. CD006908. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006908.pub2>
- 4- Sibanda A, Carnes D, Visentin D, Cleary M. A systematic review of the use of music interventions to improve outcomes for patients undergoing hip or knee surgery. *J Adv Nurs*. 2019;75:502-516.



5- Guétin S, Giniès P, Siou DKA, Picot M-C, Pommié C, Guldner E et al. The Effects of music intervention in the management of chronic pain: a single-blind, randomized, controlled trial. The Clinical Journal of Pain; 2012 May; 28(4): 329-337.



Cours supérieurs

Quelles perspectives pour la médecine complémentaire et intégrative dans la clinique de la douleur

Médecine intégrative : définition et malentendus

F. Berna 1, F. Paille 2, R. Bousageon 3, J. Nizard 4, L. Verneuil 5

1 Université De Strasbourg - Strasbourg (France), 2 Université De Lorraine - Nancy (France), 3 Université De Nantes - Lyon (France), 4 Université De Nantes - Nantes (France), 5 Université De Paris Cité - Paris (France)

Le terme "médecine intégrative" est celui qui est employé à l'international pour désigner l'association de certaines thérapies complémentaires à la médecine dite conventionnelle. Le développement de la médecine intégrative en France est en net retard comparativement à de nombreux pays européens et anglo-saxons. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce retard, notamment une représentation voire des idées fausses sur cette forme particulière de médecine. Si les autorités sanitaires ont à cœur de combattre les informations trompeuses au sujet de certaines pratiques de soins dites non conventionnelles, un flou persiste dans les communications médiatiques y compris des autorités sanitaires sur les définitions de "médecine conventionnelle", "pratiques de soins non conventionnelles", flou qui nourrit lui aussi, à sa façon cette désinformation. Le terme "fake medicine" a aussi acquis une certaine notoriété dans les communications médiatiques alors que ce concept est lui-même flou et par là-même désinformatif. La déconstruction de ces concepts amène à cerner différents enjeux autour notamment de la preuve scientifique d'efficacité, de la compatibilité ou non de ces thérapies avec le modèle du réductionnisme de Claude Bernard, des risques éventuels de dérives (notamment sectaire, un sujet politico-médiatique typiquement français). Nous tenterons de présenter ces différents enjeux pour clarifier ces définitions.

Bibliographie

[1] Berna F, Farahmand M. Les dérives sectaires en santé : comparaison entre la France et la Suisse: Partie 2. Évaluation et état des lieux des dérives sectaires en santé. *Hegel* 2024;N° 2:175–94. <https://doi.org/10.3917/heg.142.0175>.

[2] Berna F, Bousageon R, Falissard B. Le scientisme : une tâche aveugle dans la formation au raisonnement scientifique en médecine ? *La Presse Médicale Formation* 2023;4:153–60. <https://doi.org/10.1016/j.lpmfor.2023.04.015>.

[3] Farahmand M, Berna F. Les dérives sectaires en santé : comparaison entre la France et la Suisse: Partie 1. Définition et gestion du risque sectaire. *Hegel* 2024;N° 2:155–74. <https://doi.org/10.3917/heg.142.0155>.

[4] Berna F, Lecardeur L, Verneuil L, Nizard J, Evrard R. « Il est urgent de contrer le développement de la médecine intégrative et de sauver la vraie médecine ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 2024;182:332–9. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2023.07.003>.

[5] Berna F, Paille F, Bousageon R, Nizard J, Verneuil L. Médecine conventionnelle et pratiques de soins non conventionnelles. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* 2024.



Cours supérieurs

Quelles perspectives pour la médecine complémentaire et intégrative dans la clinique de la douleur

L'IMIC , un institut de médecine intégrative dans un CHU

M. Floccia 1, F. Tison 1, J. Sourzac 1, A. Bioy 1, F. Sztark 1

1 Chu - Bordeaux (France)

Les thérapeutiques non médicamenteuses se développent au CHU de Bordeaux depuis 2008, avec une adhésion forte des soignants et un soutien institutionnel. Porté par cette dynamique , un Institut de Médecine Intégrative et Complémentaire (IMIC) a ouvert en 2019 au sein du service douleur et médecine intégrative dans le pôle des neurosciences cliniques.

L'IMIC s'est donné comme missions de coordonner les initiatives existantes concernant les thérapies complémentaires (principalement psycho corporelles comme l'hypnose et la méditation) dans l'établissement, de promouvoir et fédérer une nouvelle offre de soins basée sur l'hypnose et la méditation, de promouvoir la recherche autour de ces approches ou d'autres que nous souhaiterions développer, de contribuer à la promotion de la qualité de vie au travail et la prévention des risques psycho-sociaux du personnel hospitalier, d'enseigner et transmettre de manière qualifiée ces approches aux personnels soignants et aux étudiants en santé et enfin de promouvoir d'autres techniques de soins complémentaires validées.

Les activités de l'IMIC se déploient pour les patients à travers des consultations individuelles (d'orientation, d'hypnose, de suivi en pratiques méditatives et compassionnelles (1)) et de programmes de groupe principalement dans le cadre de la douleur chronique et des maladies neurodégénératives dans des filières de soins organisées. Pour les agents du CHU l'IMIC propose un accès privilégié à l'hypnose thérapeutique ou aux programmes de méditation par l'intermédiaire du Service de Santé au Travail ou de la formation continue (2).

La recherche est également un des piliers forts de l'IMIC, avec 4 protocoles financés et d'autres en cours de soumission (3). L'enseignement et la formation sont les bases initiales de l'IMIC et sont constamment réévalués (4)

L'activité de soins augmentant rapidement, cela nécessite de réfléchir à des prises en charge en groupe, qui se révèlent très intéressantes et seront les sujets des futurs protocoles de recherche et d'évaluation.

En conclusion, les acteurs de l'IMIC sont mus par la conviction de la nécessité de porter les valeurs et la vertu des pratiques complémentaires avec exemplarité pour le bien être des soignants et des patients dans le domaine hospitalier et universitaire en participant à un mouvement global et inéluctable de quête de sens et de recentrage du soin sur l'humain qui ne demande qu'à être régulé et fédéré.



Bibliographie

1. C. Miquel. MBPM : un nouveau programme et regard sur la douleur. Douleurs. Vol. 24, Issue 3, June 2023, Pages 156-165
2. West CP et al. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. Lancet. . 2016 Nov 5;388(10057):2272-2281
3. F. Blard, J. Erraud, M. Bonnet, N. Auzou, F. Tison. Mindfulness in Parkinson's disease: a French national survey and a pilot intervention feasibility trial using the MBSR program (M-Park). Rev Neurol 2024 in press DOI: 10.1016/j.neurol.2024.03.013
4. Berna F, Verneuil L, Paille F et Nizard J. L'enseignement de la médecine intégrative en France ; état des lieux et perspectives. Pédagogie médicale. 2024
<https://www.cumic.fr/>



Cours supérieurs

Quelles perspectives pour la médecine complémentaire et intégrative dans la clinique de la douleur

Quel cadre institutionnel pour la médecine intégrative en 2024 ?

J. Nizard 1

1 Chu/nantes Université, Inserm 1229 Rmes - Nantes (France)

Les structures hospitalières publiques et privées doivent concourir au développement d'une approche intégrative du patient douloureux aigu ou chronique, pour la prise en charge de ses douleurs comme des symptômes associés (notamment insomnie, anxiété, dépression...). Il s'agit de proposer aux patients une approche intégrée associant les recommandations de la médecine conventionnelle et des thérapies complémentaires pertinentes dans ces indications.

Depuis la circulaire DHOS de février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie, les soins de support (correspondant à l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes porteuses d'un cancer tout au long de la maladie, en association avec les traitements spécifiques du cancer) sont largement acceptés autant par les patients que par les professionnels et les tutelles. Ils font l'objet d'une prise en charge par l'assurance-maladie. Ces soins de support peuvent être élargis à toute maladie grave nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire et des soins d'accompagnement.

Dès 2012, le rapport de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (1) a proposé des recommandations, toujours valables, pour une pratique encadrée en CHU des médecines complémentaires. Ces pratiques : 1. Doivent être mises en œuvre par un praticien disposant d'une formation réglementée, si possible diplômante. 2. Doivent être intégrées à un projet de service et avoir été validées par l'institution. 3. L'établissement doit s'engager dans leur évaluation, en contribuant au développement de la recherche clinique et paramédicale. 4. Il doit aussi développer et prioriser l'offre de soins de thérapies complémentaires dans des indications validées.

Il faut désormais étendre cette réflexion à l'ensemble des établissements publics et privés, mais aussi aux établissements médico-sociaux, de sorte que le patient douloureux, aigu ou chronique, puisse bénéficier d'une prise en charge optimisée et personnalisée, par des professionnels formés et compétents.

Le Comité Ministériel d'Appui à l'encadrement des Pratiques de Soins Non Conventionnels en Santé, mis en place par le Ministère de la santé en 2023, s'est fixé comme objectifs de:

1. Établir une cartographie de ces pratiques, en ville et à l'hôpital.
2. Les réguler et les réglementer.
3. Encadrer leurs formations et promouvoir la recherche clinique (y compris avec des appels d'offres de recherche dédiés), et 4. Réfléchir à leur remboursement éventuel dans des indications validées, en lien avec la CNAMTS.



Le Collège Universitaire de Médecine Intégrative et Thérapies Complémentaires (CUMIC) (2) a engagé un travail avec la Fédération Hospitalière de France (FHF) pour proposer au Ministère de la santé dans le courant de l'année 2025, un guide de Bonnes Pratiques pour la mise en place et le développement encadrés de la médecine intégrative et des thérapies complémentaires dans les établissements hospitaliers et médico-sociaux, qui devrait aider les établissements à améliorer leur offre au bénéfice des patients.

Bibliographie

1. Rapport sur les médecines complémentaires à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, 2012.
2. Collège Universitaire de Médecine Intégrative et Thérapies Complémentaires (CUMIC): www.cumic.fr



Cours supérieurs

Protocole de coopération national

Coopération entre les professionnels de santé : protocole de coopération, pratique avancée : qu'en est-il ?

H. Anderson Libier 1

1 Chu De Lille - Lille (France)

Depuis les années 2000 et pour relever les défis du système de santé imposés par le vieillissement de la population, l'accroissement des pathologies chroniques mais aussi par la baisse annoncée des ressources médicales, la coopération des professionnels de santé apparaît comme un levier d'amélioration du système.

Cependant, au fil du temps et avec le développement des savoirs scientifiques et techniques, les professionnels ont gagné en compétences et affiné leurs savoir-faire mais sans pour autant changer leurs pratiques ; c'est-à-dire ni confier, ni déléguer ce qui aurait pu l'être.

Dès lors, dès 2003, des expérimentations de coopération ont été menées entre professionnels paramédicaux et médicaux et ont pu montrer la faisabilité de ces coopérations, en termes non seulement de bénéfices pour le patient - et en toute sécurité - mais aussi en termes d'attractivité de ces professions.

En effet, en envisageant davantage de liens entre les professionnels et une meilleure connaissance des métiers de chacun, certains écueils comme des chevauchements d'activités ont pu être limités ou encore des redondances ou pertes d'activités évitées.

Pour ce faire, une redéfinition des champs de compétence des métiers est indispensable et vise à permettre à chaque profession de se recentrer sur son cœur de métier, au profit des patients et des professionnels eux-mêmes.

A ce jour, les modèles de coopération existent et sont proposés soit sous une logique de substitution par transferts de tâches avec les protocoles de coopération, soit sous un modèle de complémentarité passant par le développement de nouvelles compétences et donc l'évolution des métiers socles avec la pratique avancée.

Néanmoins, pour fonctionner, ces modèles de coopération nécessitent de réels ajustements avec la mise en place d'un nouveau cadre de référence qui réinterroge non seulement le système de formation mais aussi le cadre juridique et économique d'exercice. Chacun de ces modèles existe sous des modalités qui lui sont propres et qu'il est important de distinguer.

Cet exposé se veut apporter un éclairage afin d'appréhender au mieux ces modèles de coopération qui semblent aujourd'hui encore parfois peut-être un peu obscures.

Bibliographie

HAS BILAN 2010-2018 - Coopération entre les professionnels de santé (Art;51 de la loi HPST)
Recommandation HAS en collaboration avec l'ONDPS (2018)- Délégation, transfert, nouveaux métiers... Comment favoriser les formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé



APPOLLIS B. (2019) Les enjeux des expérimentations de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

BERLAND Y (2003) Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences (rapport d'étape)

BERLAND Y, BOURGEUIL Y. (2006) Cinq expérimentations de délégations de tâches entre professions de santé .ONDPS

SFETD, Commission professionnelle infirmière (2021) Appliquer la reconnaissance d'une pratique avancée à l'exercice de l'infirmier ressource douleur (IRD) au sein des SDC

CIRCULAIRE n°SG/2018/106 du 13 avril 2018 relative au cadre d'expérimentation pour les innovations organisationnelles prévu par l'article 51 de la LFSS pour 2018

POIROT-MAZÈRES I (2021) Pratiques avancées et médecine de parcours. Revue de droit sanitaire et social, Sirey, Dalloz, pp.425.



Cours supérieurs

Protocole de coopération national

Protocole de coopération national "Prise en charge des patients présentant une douleur chronique par des infirmiers experts douleur en coopération avec le médecin dans les structures douleurs chroniques labellisées (SDC)"

K. Constans 1

1 Ird - Beauvais (France)

Depuis de nombreuses années, la Commission Professionnelle Infirmière (CPI) de la SFETD œuvre pour la reconnaissance en pratique avancée des activités et compétences des Infirmiers Ressource Douleur (IRD). Elle a travaillé sur 2 référentiels afin de lister et d'homogénéiser les activités effectives des IRD en France : en 2016, le référentiel d'activités de consultation clinique infirmière ; en 2020, le référentiel d'activités et de compétences de l'infirmier ressource douleur.

En 2021, la CPI a rédigé l'argumentaire « Appliquer la reconnaissance d'une pratique avancée à l'exercice de l'infirmière ressource douleur (IRD) au sein des SDC ». Il a été remis à la représentante de la DGOS, lors du forum des structures du congrès de Montpellier en 2021,

En avril 2022, la DGOS proposait à la SFETD l'élaboration d'un protocole de coopération entre professionnels, « qui pourrait s'envisager comme une solution dans l'attente de l'ouverture des travaux sur les IPA douleur. Le protocole de coopération à l'échelle nationale permettrait en outre une libération de temps médical pour les structures. »

L'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009 permet la mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain (inscrits à l'art. L. 4011-1 du Code de la santé publique), de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisation des modes d'intervention auprès des patients. Il permet la délégation d'actes médicaux aux infirmiers, sous certaines conditions de formation et d'organisation.

Tout au long de l'année 2023, cinq équipes sélectionnées par le Comité National des Coopérations Interprofessionnelles (CNCI) ont œuvré avec la DGOS à la rédaction de ce protocole

Ce protocole permettra de nombreux enjeux pour les IDE, pour les médecins et pour les patients. 12 dérogations sont proposées avec un cadre sécuritaire et avec une souplesse d'application. Une formation complémentaire théorique et pratique, selon les compétences à acquérir pour les dérogations mises en place, sera assurée par le délégant à partir de l'évaluation des connaissances acquises par les délégués par la validation du DU/DIU douleur.

A la rédaction de ce résumé, le projet de protocole national de coopération est toujours en cours de validation auprès de la HAS et des CNP (Conseils Nationaux Professionnels). Qu'en sera-t-il à la date du congrès ?

Bibliographie

1 - Référentiel d'activités de consultation clinique infirmière – 2016 – CPI SFETD



Référentiel d'activités et de compétences de l'infirmier ressource douleur – 2020 – CPI SFETD -
www.sfetd-douleur.org/recos-et-referentiels/

2 - Appliquer la reconnaissance d'une pratique avancée à l'exercice de l'infirmière ressource douleur
(IRD) au sein des SDC - 2021 - CPI SFETD -
www.sfetd-douleur.org/commission-professionnelle-infirmiere/

3 -
[sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/cooperati
on-entre-professionnels-de-sante/article/les-protocoles-de-cooperation](http://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/cooperati
on-entre-professionnels-de-sante/article/les-protocoles-de-cooperation)



Cours supérieurs

Protocole de coopération national

Protocole de coopération nationale : Point de vue d'un binôme délégant/délegué

D. Gillet 1

1 Chu Grenoble (France)

Le projet de protocole national de coopération « Prise en charge des patients présentant une douleur chronique par des infirmiers experts douleur en coopération avec le médecin dans les structures douleurs chroniques labellisées (SDC) » est un travail développé par la Commission Infirmier(e) (IDE) de la SFETD, qui prend en compte les exigences de qualité et de sécurité des protocoles de coopération entre professionnels de santé précisées par le décret du 27 décembre 2019 (loi HPST), et dont les objectifs fondamentaux sont : pour les patients, l'optimisation du parcours de soins et un meilleur accès aux différentes modalités de soins dont les traitements innovants et sécurisation de leur prise en charge ; pour les IDE délégué(e)s : la consolidation et la valorisation de leur expertise professionnelles, ainsi que la sécurisation de leur exercice ; pour les médecins délégants : une libération de temps médical au bénéfice de la prise en soins de nouveaux patients ; d'une façon globale : l'amélioration du lien entre membres de l'équipe de la SDC et avec ses correspondants à l'hôpital et en ville. Tout patient majeur, ou plus jeune en attente d'un relais vers une structure pédiatrique ou en l'absence de structure pédiatrique de proximité, présentant une douleur chronique, adressé et suivi à une SDC, peut être concerné. Il s'agit de mettre en œuvre des dérogations, qui interviennent en complément de l'exercice habituel des IDE, ouvertes aux SDC mettant en œuvre le protocole. En fonction de leurs pratiques et des décisions de chaque équipe de SDC, celle-ci peut choisir de n'appliquer qu'une partie des 12 dérogations décrites dans le protocole et/ou de les appliquer progressivement.



Cours supérieurs

Douleurs neuropathiques en cancérologie

Physiopathologie des douleurs neuropathiques des patients cancéreux

B. Calvino 1

1 Professeur De Neurosciences

Les douleurs du cancer reposent sur le constat que ces douleurs sont dites « mixtes », inflammatoires liées à l'inflammation générée par la tumeur, et neuropathiques liées aux compressions des tumeurs sur les nerfs alentour. Les traitements contre ces douleurs sont adaptés à cette conception. Cette stratégie évolue car depuis 2019 des travaux de recherche ont mis en évidence que les tumeurs présentent une innervation sensitive propre. Une tumeur fonctionne comme un organe différencié et est entourée d'un microenvironnement tumoral qu'elle génère : vascularisation de la tumeur pour nourrir ses cellules grâce aux facteurs de croissance endothéliaux quelle secrète (comme le VEGF, Vascular Endothelial Growth Factor), développement de la croissance tumorale et développement d'un système nerveux végétatif qui contrôle le développement et la composition de ce microenvironnement.

Les interactions bilatérales entre cellules tumorales et cellules nerveuses constituent la pierre angulaire de la douleur du cancer. L'étude des mécanismes moléculaires sous-tendant les interactions tumeur-nerf constitue une voie de recherche prometteuse pour la compréhension et le traitement de la douleur du cancer.

La famille de molécules de signalisation du VEGF y joue un rôle fondamental : le VEGF joue un rôle crucial dans le développement vasculaire au cours de l'embryogenèse et de l'angiogenèse au cours du cancer, et dans la régulation de l'activité de nombreuses cellules non-endothéliales, en particulier les neurones en développement ou dans les tumeurs en développement.

La mise en évidence des récepteurs VEGFR exprimés par les neurones périphériques sensoriels a permis de comprendre leur rôle fonctionnel. Le blocage systémique du VEGFR empêche le remodelage des nerfs sensoriels induit par la tumeur et diminue la douleur du cancer dans des modèles de souris in vivo. Ces résultats mettent en évidence un potentiel thérapeutique pour des molécules inhibitrices de l'activité du VEGFR dans la douleur du cancer et suggèrent un effet palliatif pour les thérapies anti-angiogéniques tumorales ciblant la voie de signalisation VEGF/VEGFR.

Le travail actuellement poursuivi sur les anticorps anti-VEGFR bloquant l'activité biologique de VEGFR présente un intérêt thérapeutique dans le traitement de la douleur du cancer. L'administration du Bevacizumab, un anticorps monoclonal humanisé séquestrant un agoniste du VEGFR, le VEGF-A, permet une augmentation de la qualité de vie des patients cancéreux mais son efficacité sur le traitement de la douleur n'a pas été évaluée. On a montré que des anticorps monoclonaux qui se lient au domaine extracellulaire de l'EGFR, empêchent l'activation du récepteur, à l'origine de l'inhibition de l'EGFR ; parmi ces anticorps monoclonaux, le Cetuximab est actuellement le seul



agréé par la FDA (Food and Drug Administration) et l'EMA (Agence Européenne de Médecine) pour le traitement des cancers oraux en combinaison avec une radiothérapie.



Cours supérieurs

Douleurs neuropathiques en cancérologie

Douleurs neuropathiques dans le cancer évolutif : place des opioïdes

P. Poulain 1, E. Collin 2, S. Faure 3, V. Guastella 4, N. Michenot 5, S. Rostaing 6, E. Treillet 7

1 Had Resapy - Tarbes (France), 2 Ghu Aphp Nord - Paris (France), 3 Département Pharmacie - Angers (France), 4 Chu - Cebazat (France), 5 Ch - Versailles (France), 6 Institut Du Cancer Avignon Provence - Avignon (France), 7 Ch - Paris (France)

Propos Liminaires:

- Nous ne remettrons pas en cause le traitement opioïde de base prescrit, qui devrait être conforme aux recommandations de l'HAS [1].
- Le terme « opioïde » désigne tout traitement « agoniste opioïde », activant les récepteurs opioïdes (μ , δ , κ) avec ou sans mécanisme d'action associé.
- L'opioïde sera choisi en fonction de l'intensité de la douleur : l'utilisation d'une faible dose d'opioïde dit fort peut être préférée d'emblée à l'utilisation d'une forte dose d'opioïde dit faible.
- La méthadone est mentionnée à part en raison de l'initiation du traitement plus complexe nécessitant un suivi durant la première semaine (titration), et des interactions et toxicités particulières (allongement QT, tolérance...)

Efficacité des Opioïdes:

Les opioïdes sont efficaces pour traiter les douleurs neuropathiques: dans une population hétérogène le NNT est de 4,3 [2]. Toutefois, le rapport bénéfice/risque doit être évalué en fonction de chaque situation clinique, avec prudence chez les patients à risque d'addiction, tout en tenant compte du risque d'hyperalgésie induite. D'autres traitements spécifiques peuvent être envisagés en complément (antidépresseurs, antiépileptiques, topiques...) [3].

Douleurs Neuropathiques Secondaires aux Traitements du Cancer:

1- Patient naïf d'opioïdes :

- Opioïde en dernière intention après échec des traitements non opioïdes spécifiques.
- Le tramadol et/ou la méthadone (hors AMM en première intention) peuvent être envisagés en raison de leurs mécanismes d'action spécifiques.
- La méthadone nécessite une équipe spécialisée pour sa mise en œuvre.

2- Patient déjà traité par opioïdes :

- Augmentation de l'opioïde en première intention : l'efficacité des interdoses prises, justifie le maintien et l'augmentation de la dose.
- Introduction de la méthadone : en deuxième intention si l'augmentation des opioïdes est insuffisante ou entraîne des effets indésirables, ou en troisième intention après échec des traitements non opioïdes spécifiques.

Douleurs Mixtes en Lien avec le Cancer:

1- Patient non traité par opioïdes :

- Opioïde en première intention : titration nécessaire.
- En cas de soulagement insuffisant ou de mauvaise tolérance : introduction d'un traitement non opioïde spécifique ou tramadol/méthadone par une équipe spécialisée.

2 - Patient déjà traité par opioïdes :



- Augmentation de l'opioïde en cours : l'efficacité des interdoses soutient le maintien et l'augmentation de la dose.
- En cas d'insuffisance de soulagement ou de mauvaise tolérance, envisager :
 - . Complément par des traitements non opioïdes spécifiques des douleurs neuropathiques,
 - . Changement pour de la méthadone par une équipe spécialisée (AMM).
- Si la douleur répond aux opioïdes mais nécessite une augmentation rapide, l'introduction de la méthadone doit être envisagée.

Douleurs Neuropathiques Sans Lien avec le Cancer:

Une douleur neuropathique sans lien avec le cancer nécessite: évaluation clinique approfondie et réflexion sur les traitements antalgiques appropriés. Les recommandations de la SFETD sur les douleurs neuropathiques doivent être suivies [3].

Bibliographie

- [1] Bon usage des médicaments opioïdes : antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses. Recommandations de Bonnes Pratiques 2022 : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3215131/fr/bon-usage-des-medicaments-opioides-antalgie-prevention-et-prise-en-charge-du-trouble-de-l-usage-et-des-surdoses
- [2] Nanna Finnerup et al. : Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: systematic review, meta-analysis and updated NeuPSIG recommendations. *Lancet Neurol.* 2015, 14(2): 162–173.
- [3] Moisset et al. : Traitements pharmacologiques et non pharmacologiques de la douleur neuropathique : une synthèse des recommandations françaises. *Douleur analg.* 2020, 33 (2): 101-112.



Cours supérieurs

Douleurs neuropathiques en cancérologie

Place des pompes intrathécales dans les douleurs neuropathiques de cancer

A. Balossier 1

1 Ap-Hm La Timone - Marseille (France)

On dénombre à ce jour plus de 400 000 nouveaux cas de cancer/ an en France. 40 à 70% des patients atteints de cancer présenteront des douleurs au cours de leur maladie lors du diagnostic, de l'évolution, ou au stade terminal, dont 30% présenteront des douleurs décrites comme modérées à sévères. Malgré le développement de nouvelles molécules et formes galéniques, ces douleurs demeurent particulièrement réfractaires au traitement médical bien conduit, et la prise en charge de la douleur de cancer reste encore trop souvent sous-optimale. Ainsi 10 à 20% des patients présenteront des douleurs réfractaires invalidantes. Ces douleurs sont le plus souvent mixtes et la composante neuropathique est parfois plus difficile à soulager que la composante nociceptive qu'elle survienne au décours d'un cancer évolutif ou dans le cadre de douleurs séquellaires du cancer chez un patient en rémission ou guéri. L'amélioration de la qualité de vie et la prise en charge de la douleur constituent un des quatre points socles d'évolution des soins oncologiques de support.

L'analgésie intrathécale est une technique très efficace pour soulager les patients avec des douleurs rebelles en particulier en cancérologie. Cette technique invasive a montré sa supériorité en cas d'échec des traitements opioïdes forts ou encore en cas d'effets secondaires de ceux-ci. Le constat aujourd'hui en France est que l'analgésie intrathécale n'est regrettamment pas utilisée à la hauteur des indications douloureuses dont elle pourrait venir à bout.

Nous ferons une synthèse de la littérature sur l'intérêt de l'analgésie intrathécale spécifiquement dans les douleurs neuropathiques du cancer évolutif et dans les douleurs séquellaires et présenterons quelques vignettes cliniques permettant d'illustrer des situations pour lesquels l'apport de l'analgésie intrathécale a été majeure dans la gestion de la douleur et l'amélioration de la qualité de vie.



Cours supérieurs

L'enfant douloureux chronique et sa famille, un enfant seul existe-t-il ?

La consultation douleur en pédiatrie : soigner qui et pourquoi ?

P.E. Truelle 1

1 Ceted Hôpital Trousseau - Paris (France)

La consultation pédiatrique est très majoritairement triangulaire : le soignant, les parents et l'enfant. C'est ce qui fait toute sa complexité mais aussi son intérêt. Dans le cadre de la douleur chronique, la présence de l'enfant et de son ou ses parents est primordiale. Les liens entre l'expression de la douleur de l'enfant et les expériences familiales sont majeurs et bi-directionnels.

D'un côté, l'enfant reçoit un patrimoine génétique et épigénétique de ses parents, un milieu socio-culturel, apprend de sa famille les réactions face à l'adversité, à la douleur et traverse des événements de vie accompagné ou non de ses parents[1].

De l'autre, du fait de l'expérience de la douleur chronique de leur enfant, les parents traversent une période de crise inhabituelle. Leur enfant devient malade, de parents ils deviennent aidants avec une difficulté supplémentaire : bien souvent la douleur ne se voit pas, ne s'explique pas, n'a pas de nom. Les parents rapportent souvent ressentir une défiance voire être culpabilisés par les professionnels de santé devant la persistance d'une douleur chronique de leur enfant [2].

Au cours de la consultation, les soignants recevant des enfants ou des adolescents pour des douleurs savent qu'ils doivent écouter et soigner ces différentes douleurs qui leur sont présentées.

Une place est aussi à faire pour les absents de la consultation : la fratrie et les enfants à naître.

Les frères et sœurs de l'enfant présentant des douleurs chroniques sont souvent à risque également de présenter des difficultés importantes. Ils vivent aussi la culpabilité d'être épargnés tout en devant faire de la place chez eux pour un individu de plus : la douleur de leur frère ou de leur sœur [2].

Enfin, la question des générations futures peut se présenter en filigrane lorsque l'analyse de l'arbre généalogique montre des répétitions systématiques de situations médicales ou sociales et que les adolescents nous interrogent sur les parents qu'ils pourraient être et ce qu'ils pourraient faire pour en finir avec ce douloureux héritage.

Bibliographie

1. Stone, A. L. & Wilson, A. C. Transmission of risk from parents with chronic pain to offspring: an integrative conceptual model. PAIN 157, 2628–2639 (2016).
2. France, E. et al. A meta-ethnography of how children and young people with chronic non-cancer pain and their families experience and understand their condition, pain services, and treatments. Cochrane Database of Systematic Reviews (2023) doi:10.1002/14651858.CD014873.pub2.



Cours supérieurs

L'enfant douloureux chronique et sa famille, un enfant seul existe-t-il ?

L'accompagnement des familles par les Psys : de la ville à l'hôpital

A. Raynaud 1

1 Psychologue Clinicienne - Bordeaux (France)

Dans le cadre de la clinique de l'enfant douloureux chronique, on s'aperçoit assez vite que l'accompagnement ne se limite pas à lui. Winnicott l'avait déjà exprimé en affirmant qu'un bébé ne peut pas exister tout seul ; il fait essentiellement partie d'une relation (1). L'enfant vient tout d'abord à la consultation accompagné de son/ses parents, voire même de sa fratrie ou de sa famille recomposée. Ils viennent à nous avec leur histoire propre où l'inscription de la douleur apparaît à un moment donné. De ce récit qu'ils nous racontent, ils livrent leur fonctionnement, leur mode de relations, leurs attentes et les explications qu'ils donnent à cette douleur. Au cours de la consultation en binôme (médecin-psychologue) voire en trinôme (avec l'infirmière), la famille pourra percevoir les va-et-vient que nous faisons entre le corps et la psyché (2). La douleur peut ainsi être envisagée comme l'intrication d'éléments bio-psycho-sociaux. L'objectif du psychologue est de permettre une élaboration de cette douleur par l'enfant et sa famille (3), et que ce système puisse retrouver une certaine dynamique en renouant des interactions.

On peut voir au fur et à mesure des entretiens combien la chronicité de la douleur impacte le jeune patient et ses relations. La douleur vient ainsi bouleverser l'équilibre du fonctionnement familial et modifier les règles jusque-là établies. Cette désorganisation du système nous amène au travail de guidance auprès d'eux. Le psychologue peut proposer un espace d'écoute et de soutien. Il les aide à utiliser leurs propres ressources afin de rendre possible une réorganisation du système familial et un réajustement face à cette douleur. Il peut aussi inviter les parents à s'interroger sur leur propre enfance et sur la manière dont celle-ci influence leurs attitudes envers leurs enfants (4).

Les familles peuvent également être adressées en thérapie familiale lorsque celles-ci sont en souffrance dans leurs liens, que l'équilibre familial est fragilisé ou figé. La famille n'est pas toujours en mesure de s'ajuster à l'amélioration de l'état douloureux de leur enfant ou lorsque la douleur semble être un symptôme mobile et transitoire. Cette prise en charge s'adresse alors à l'ensemble des membres de la famille, fratrie incluse. Elle a pour vocation de permettre une sortie de l'impasse relationnelle et de diminuer les conflits susceptibles de déclencher ou d'accentuer les douleurs. Le thérapeute familial est vigilant à ce que le processus de séparation-individuation empêchée par la douleur puisse se faire. Il explore le processus de parentification des enfants et le degré d'épuisement relationnel des familles (5). Nous développerons plus précisément les thérapies familiales systémiques (6/7), ainsi que les dispositifs existants hors et dans les murs de l'hôpital.



Bibliographie

- (1) D.W. Winnicott (1971). Processus de maturation chez l'enfant : développement affectif et environnement. Payot.
- (2) B. Tourniaire, F. Reiter (2012). La consultation douleur en binôme : corps et psyché indissociables. Elsevier Masson SAS, Archives de Pédiatrie ; 19 : 272-273.
- (3) V. Barfety-Servignat, S. Conradi, A. Masselin-Dubois. Le psychologue en clinique de la douleur. Editions In press.
- (4) J-Y. Hayez (1978). La Guidance parentale : l'accompagnement des parents dans l'aide éducative et thérapeutique. Privat SAS. Education et culture.
- (5) J-F Le Goff (2012). Douleur de l'enfant et thérapies avec les familles. De l'impasse à l'imaginaire familial. Erès, Dialogue ; 197 (3) : 81-90.
- (6) J. Miermont (2010). Thérapies familiales et psychiatrie. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique ; Volume 168, Issue 1 : 75-83.
- (7) K. Albernhe T. Albernhe (2023). Les thérapies familiales systémiques 5ème édition. Médecine et Psychothérapie. Elsevier Masson.



Cours supérieurs

L'enfant douloureux chronique et sa famille, un enfant seul existe-t-il ?

Raisonnement clinique infirmier au service l'enfant et sa famille

A.S. Restif 1, C. Bevis 2

1 Chu De Rennes - Rennes (France), 2 Chu - Montpellier (France)

Le raisonnement clinique est devenu central dans la prise en charge de situations complexes de douleur chronique chez l'enfant. Toutes les professions de santé médicales et paramédicales, au sein d'une équipe pluriprofessionnelle d'évaluation et de traitement de la douleur, se basent sur le raisonnement clinique pour définir les stratégies adaptées à la situation.

Le raisonnement clinique infirmier est souvent implicite et invisible dans le quotidien puisque seuls les actes comptent. Or, les actions soignantes qui reposent sur la seule évaluation de l'intensité de la douleur, sans passer par le raisonnement clinique, se révèlent souvent inadaptées voire inefficaces et peuvent contribuer aux sentiments d'impuissance, d'injustice, d'incompréhension, d'interprétations erronées ressentis par les parents et les enfants. En pédiatrie, prendre soin de l'enfant est indissociable du prendre soin des parents (le terme parent regroupe les personnes exerçant la fonction parentale auprès de l'enfant). Ainsi, le recueil de données, première étape du raisonnement clinique infirmier, est centré sur l'enfant et aussi sur ses parents. Le modèle bio-psycho-social permet de recueillir des données issues des entretiens avec l'enfant et ses parents, des données recueillies dans le dossier du patient, des données recueillies avec les professionnels de santé scolaire, de PMI ou d'équipes socio-éducatives.

Le raisonnement clinique en sciences infirmières met en lien ces données avec les connaissances issues de plusieurs champs disciplinaires afin d'élaborer des hypothèses puis poser des diagnostics infirmiers. Le jugement clinique infirmier contribue à la construction du projet de soins en équipe pluriprofessionnelle. Les actions auprès des parents et de l'enfant seront centrées sur leurs besoins et leurs ressources. Elles seront réalisées par les professionnels dont le champ de compétences est adapté à la situation. Cette individualisation de la prise en soin se retrouve dans les différentes propositions faites par l'infirmière pour l'élaboration d'un projet de soin co-construit avec l'enfant et ses parents.

La présentation de situations cliniques permettra de rendre visible ce raisonnement clinique infirmier et son opérationnalisation dans le travail réalisé avec les parents et les enfants dans des contextes de douleur chronique.

Bibliographie

- 1- Psiuk, T. (2019). L'apprentissage du raisonnement clinique (De Boeck Supérieur).
- 2- Zeltzer, L. K., & Blackett Schlank, C. (2007). Comprendre et vaincre la douleur chronique de votre enfant. Retz.



3- Jovic, L., & Lecordier, D. (2021). La clinique infirmière : Manière singulière de penser et d'agir dans le champ de la santé. Recherche en soins infirmiers, n°144, 87-104.



Cours supérieurs

Back to basic : Un patient douloureux est-il toujours dépressif ?

Peut-on parler de dépression réactionnelle à la douleur ?

F. Hirsch 1

1 Ceted Chu Purpan - Toulouse (France)

Françoise Hirsch

Psychologue clinicienne

CETD, Hôpital Pierre-Paul Riquet, Toulouse

Titre

« Peut-on parler de dépression réactionnelle à la douleur ? »

Résumé

Lorsque la douleur se définit comme chronique, elle s'impose massivement au patient et représente un syndrome, une véritable maladie en soi susceptible d'envahir complètement le patient.

En effet, la douleur impacte l'économie psychique du sujet. Déjà Freud en 1926 dans *Inhibition, symptôme et angoisse* [1], insiste sur le fait qu'elle opère une fonction de recentrement narcissique, la zone douloureuse drainant tout l'investissement libidinal. Le point de vue psychanalytique amène à penser la douleur en lien avec une position dépressive dans laquelle il va falloir faire le deuil d'un état antérieur.

Effectivement anxiété et dépression sont des comorbidités fréquemment retrouvées lors de la consultation en structure douleur. En ce sens, il est évident, dans la rencontre clinique avec ces patients, qu'il ne s'agit surtout pas d'opérer un clivage entre dépression et douleur mais bien de comprendre les liens privilégiés qui semblent les unir.

Douleur et dépression sont à penser plutôt comme deux entités, à la fois duelles et complémentaires, se répondant l'une et l'autre à la manière d'un ouroboros (symbole ancien représentant un serpent qui se mord la queue, cette métaphore désigne un dénouement qui conduit inéluctablement au point de départ soulignant une boucle sans fin).

Il va sans dire que chaque dépression étant singulière, il n'existe pas une dépression réactionnelle à la douleur spécifique. Cette dernière s'exprime par des symptômes dépressifs classiques qui n'ont rien de pathognomoniques, et cette souffrance psychologique pour sa compréhension est indissociable du sujet qui l'éprouve.

Cependant on ne peut omettre de signaler que la clinique nous a montré qu'il existe également, des patients douloureux chroniques ne présentant pas de troubles dépressifs caractérisés. Ceci met en évidence, à nouveau, la singularité de chacun d'entre eux et leur capacité à être moins vulnérables et plus résilients face à la situation aversive et bouleversante au sens réel du terme que représente la douleur chronique. Dans ce contexte, il conviendra alors d'envisager le patient dans toutes ses composantes bio-psycho-sociale comme élément de réponse.



Bibliographie

[1] Freud, S (2014). Inhibition, symptôme et angoisse. Éditions Payot.



Cours supérieurs

Back to basic : Un patient douloureux est-il toujours dépressif ?

Peut-il y avoir une dépression sans éprouver de perte en lien avec la douleur ?

B. Lionet 1

1 Centre Hospitalier De Dunkerque - Dunkerque (France)

De tout temps, la douleur comme la dépression ont accompagné l'Humanité. Une personne sur cinq souffre ou souffrira de dépression au cours de sa vie. L'association entre douleur et dépression est évaluée entre 13 % et 85 % de comorbidité selon les degrés d'intensité et de gravité pris en compte (1). Douleurs chroniques et dépression(s) sont cliniquement étroitement liées (2) et s'alimentent mutuellement (3). Au-delà du constat épidémiologique, comment ces deux dimensions se comprennent cliniquement et s'articulent-elles ensemble ? Peut-il y avoir des douleurs chroniques sans dépression ? Peut-il y avoir une dépression sans éprouver de perte en lien avec la douleur ?

Ce « retour aux fondamentaux » s'appuie sur les réflexions psychopathologiques actuelles pour réinterroger ce qui est de la perte ou du remaniement psychique chez les sujets douloureux chroniques (4). Pour ce faire, nous explorerons les apports de la psychiatrie (5), nous aborderons ensuite les éclairages des différents courants de la psychologie avant de tenter une synthèse à travers la psychologie de l'enfant. Nous suivrons en fil rouge une question simple : à quoi sert la dépression dans les douleurs chroniques (6) ?

Bibliographie

- (1) Lignier, B., Baldo, É. (2020). Éléments de comorbidité. In Clinique et psychopathologie de la douleur (pp. 49-60). Dunod.
- (2) Serra, E. (2014). La dépression dans la douleur. Aspects cliniques et implications thérapeutiques. Douleurs: Evaluation-Diagnostic-Traitement, 15(3), 98-105.
- (3) Rentsch, D., Pigué, V., Cedraschi, C., Desmeules, J., Luthy, C., Andreoli, A., Allaz, A. F. (2009). Douleurs chroniques et dépression: un aller-retour?. Revue médicale suisse, 5(208), 1364-1369.
- (4) Lepoutre, T. (2024). Les conceptions freudiennes de la dépression. Le Carnet PSY, 271(6), 23-27.
- (5) Baldo, É. (2020). Douleurs en psychiatrie. In Clinique et psychopathologie de la douleur (pp. 181-188). Dunod.
- (6) C Fleury (2018). A quoi sert la dépression ? Emission de Radio France Culture le 06 avril 2018.
- [6] C Fleury (2018). A quoi sert la dépression ? Emission radio de France Culture le 06 avril 2018.



Cours supérieurs

Back to basic : Un patient douloureux est-il toujours dépressif ?

Quelles perspectives en pratique clinique ?

P. Sauvajon 1

1 Consultation Douleur - Vienne (France)

L'avancée de la pratique clinique semble confirmer l'interdépendance entre ressenti douloureux et vécu dépressif. Ce constat va dans le sens d'une large place accordée à l'approche "polyvalente" et "multidisciplinaire" auprès des patients. Cette démarche est promue par le récent rapport de l'HAS (HAS, 2023). Au regard de la situation de patients adressés en consultation douleur chronique, ces intentions feraient consensus dans nombre d'équipes.

Pour autant, leur mise en œuvre ne semble pas toujours aussi simple.

De l'attention portée au corps physiologique, à l'attention portée au ressenti singulier du patient, l'unicité de la prise en charge est-elle évidente devant la diversité des acteurs et des techniques à disposition ?

Dans la pratique, si les outils pour coordonner les pratiques existent (RCP, notamment) une juxtaposition des interventions semble s'imposer, malgré l'attention portée à l'échange.

La chronicité, l'errance des patients comme signes de la dépression, peuvent-elles expliquer ce constat ?

La pratique montre parfois combien l'attention portée au vécu dépressif influe sur la plainte douloureuse.

Cet aspect revêt un caractère particulier dans la conjoncture actuelle des structures douloureuses, autant que les attendus des agences de santé.

De ces réalités cliniques, nous tenterons d'éclairer la pratique.

Bibliographie

-Debray. R, 2009, "La disponibilité tranquille de l'investigateur", Revue Française de Psychosomatique, 35

-Haute Autorité de Santé 2023 "Parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique", <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients--et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>

-Mick. G, Gandon, T, Poutout, G, 2017, "La douleur chronique, modèle de situation complexe", Douleur et Analgésie,

-Morin. E, 2015, Penser global, Paris, Robert Laffont



Cours supérieurs

La douleur chez le patient dyscommunicant (session formation continue)

« La douleur chez le patient dyscommunicant »

D. Fernandez Fidalgo 1

1 Ch Evreux - Vernon (France)

« Les handicapés et personnes atteintes de maladies mentales ont été les oubliés du plan. Très peu de mesures ont concerné les premiers, aucune les seconds, alors que ces populations sont très concernées par la douleur (...) Prêter une attention forte aux personnes « dyscommunicantes » : nouveau-nés et très jeunes enfants, malades en réanimation, malades atteints de pathologies psychiatriques, polyhandicapés, malades atteints de pathologies démentielles »

Ces quelques mots trouvés dans le bilan HAS du plan douleur qui a précédé 2011 sont toujours d'actualité. Pourtant cela fait 13 ans déjà que le constat a été fait.

Qu'est-ce qui rend l'accompagnement et la prise en compte de la douleur des patients dyscommunicants, notamment ceux qui ne disposent d'aucun moyen de communication, si difficile ?

En s'appuyant sur 20 ans d'expérience avec les enfants en situation de polyhandicap et leurs familles, cette présentation vise à mieux comprendre ce qui rend l'accompagnement de ce public si difficile, même auprès de soignants expérimentés par ailleurs.

En nous appuyant sur les travaux du Dr George Saulus, des sociologues Sabine Delzescaux et Frédéric Blondel et du Dr Djea Saravane nous poserons quelques bases pour comprendre la dimension structurale de cette difficulté. En effet, la dimension dissymétrique inhérente à cette relation de soin et une dimension extrême de l'altérité nous poussent de facto à un dépassement de notre cadre référence éthique habituel, qui peut se retrouver submergé.

Il existe pourtant des options, des outils, des solutions pour dépasser cette situation. Face à cet extrême, la dimension transdisciplinaire et les regards croisés sont indispensables et sont l'occasion d'un changement salutaire de paradigme : l'expertise n'est plus du côté médical seulement, elle devient partagée par l'ensemble des aidants qui connaissent et accompagnent ces patients.

Et si l'accompagnement de la douleur de ces patients nous donnait l'occasion de devenir meilleurs, tout simplement ? La clinique de la douleur aurait beaucoup à apprendre de nos patients dyscommunicants, en posant le regard non pas uniquement sur la fragilité de ces publics, mais également sur la nôtre en tant que soignant.

Bibliographie

F. Blondel et S. Delzescaux : « Aux confins de la grande dépendance », éditions Erès - 2018

S. Marchand , D. Saravane , I. Gaumont : Santé mentale et douleur : composantes somatiques et psychiatriques en santé mentale . Springer - Novembre 2012



Réseau Lucioles : Repérer la douleur chez une personne déficiente intellectuelle dyscommunicante .
APEI Aube . Novembre 2017

D. Saravane : « les avancées de la douleur de la personne handicapée ». 15ème congrès de l'anp3sm ,
juin 2017

G. Saulus : « La clinique du polyhandicap comme paradigme des cliniques de l'extrême », 2007

D. Saravane : «Effective management of pain in autism spectrum disorder and intellectual,disability» in
«Overlapping Pain and Psychiatric Syndromes» chap.26, p.357-368; Oxford,University Press

Liens utiles :

Handiconnect.fr: fiches destinées aux soignants relatives au Handicap Psychique,aux Troubles du
Développement Intellectuel, aux Troubles du Spectre de l'Autisme, au Polyhandicap

SantéBD.org : fiches, vidéos destinées aux personnes en situation de handicap et leur entourage pour
mieux comprendre la douleur, les soins...

CNRD : Centre National Ressources Douleur

SFETD : Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur

anp3sm : Association Nationale pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale

Pédiadol : société savante pour le traitement de la douleur chez l'enfant



Cours supérieurs

La douleur chez le patient dyscommunicant (session formation continue)

Evaluer la douleur quand le patient manque de mots pour exprimer ses maux

K. Constans 1

1 Ird - Beauvais (France)

En 2020, l'IASP (International Association for the Study of Pain) propose une nouvelle définition de la douleur, de manière à mieux y inclure les personnes ne pouvant décrire verbalement ce qu'elles ressentent.

“Une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à, ou ressemblant à celle associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle”

La douleur est une expérience subjective, pluridimensionnelle et propre à chacun.

« Toute personne a le droit de recevoir des traitements et des soins visant à soulager sa souffrance. Celle-ci doit être, en toutes circonstances, prévenue, prise en compte, évaluée et traitée. » Droits des usagers Article L1110-5-3 du code de la santé publique

L'évaluation par des outils validés va permettre d'aider à identifier, à quantifier, à qualifier ou de décrire la douleur. Cependant, au préalable, il est nécessaire d'évaluer la compréhension, la cognition du patient et de prendre en compte son âge et le contexte.

Il existe deux modes d'évaluation : l'autoévaluation et l'hétéroévaluation.

L'autoévaluation est privilégiée. Lorsqu'elle n'est pas réalisable, l'évaluation de la douleur doit s'effectuer au moyen d'outils d' :

- Hétéroévaluation de l'enfant
- Hétéroévaluation de la personne adulte ou âgé non communicante
- Hétéroévaluation de la personne en situation de handicap

Bibliographie

- 1- Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient – HAS - Recommandation de bonne pratique – Février 1999
- 2- Evaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans- HAS – Recommandation de bonne pratique – mars 2000
- 3- www.pediadol.org
- 4- Evaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale – HAS - Recommandation de bonne pratique – octobre 2000
- 5- www.doloplus.fr
- 6- Structures Douleur Chronique en France. Guide de bonnes pratiques – SFETD – 2019
- 7- www.sfetd.org
- 8 -Qualité de vie : Handicap, les problèmes somatiques et les phénomènes douloureux – HAS-ANESM – avril 2017
- 9- www.handiconnect.fr



Cours supérieurs

La douleur chez le patient dyscommunicant (session formation continue)

Focus sur les traitements médicamenteux des douleurs neuropathiques chez les patients dyscommunicants

D. Gillet 1

1 Chu Grenoble (France)

La prise en charge de la douleur neuropathique chez un patient dyscommunicant pose des défis particuliers en termes d'évaluation et de gestion de la douleur. Cela nécessite une approche attentive et multidisciplinaire ainsi qu'une adaptation de la part des soignants dans l'évaluation, la prescription et la surveillance.



Cours supérieurs

La douleur chez le patient dyscommunicant (session formation continue)

Focus sur l'utilisation des moyens non médicamenteux chez les patients dyscommunicants : Des outils simples à disposition des soignants !

A. Guion 1

1 Ide, Cadre De Santé, Consultant-Formateur À L'atelier Des Pratiques - Nantes (France)

Depuis plusieurs années, les soignants réfléchissent à comment mieux accompagner les patients et à fortiori les patients dyscommunicants (1).

Dans ce contexte, les interventions non médicamenteuses (2) sont fréquemment plébiscitées pour la prévention et le traitement de la douleur. Elles font largement partie aujourd'hui de l'environnement des soignants, des patients. En 2011, déjà, l'HAS (3) préconisait les interventions non médicamenteuses en première intention.

De nombreuses techniques sont utilisées depuis longtemps par les personnels de soin et souvent de façon spontanée. L'objectif est très souvent d'aider les soignants à identifier les moyens non pharmacologiques actuellement disponibles, utilisables facilement dans leur pratique quotidienne.

Les professionnels de santé ont très souvent besoin de comprendre l'intérêt, d'identifier les effets cliniques, les particularités à prendre en compte pour le choix de la méthode notamment dans le cadre des problématiques douloureuses chez les patients dyscommunicants.

Ses interventions visent à modifier la perception désagréable de la douleur et à réduire l'anxiété, qui est majeure chez ces personnes :

- Adapter son mode de communication (4) : le langage verbal et non-verbal, la reformulation et l'écoute
- Le toucher et le massage (5)
- La respiration (6), la Relaxation passive de Wintrebert
- La distraction : jeu, musique (7), odeur, images, etc...
- Les objets de réassurance

Toutes ses interventions simples peuvent être complémentaires les unes avec les autres. Elles sont simples, oui, mais tellement efficaces ! Ne l'oublions pas !

L'objectif est de développer dans ce cadre, une science de « l'accompagnement de proximité » de ces personnes souffrantes, dépendantes au travers des techniques évoquées ci-dessus.

Il s'agit aussi de reconnaître que la personne soignée dyscommunicante a des capacités, des ressources que nous nous engageons à soutenir par ses interventions et ce, afin de l'aider à garder une harmonie biologique, psychique, sociale et spirituelle.

Le fait de les connaître, de les valoriser, de les avoir expérimentées permet aux soignants de démultiplier les réponses thérapeutiques et de favoriser leur autonomie.



Dans cette collaboration soignants/soignés, de nombreuses voies d'évolution des pratiques non pharmacologiques dans le traitement et la prévention des douleurs peuvent encore être explorées et évaluées.

Il est fondamental dans les années à venir « d'asseoir » un cadre scientifique et méthodologique pour une reconnaissance plus grande de ses différentes propositions non médicamenteuses.

Dans ce contexte complexe du soin, les interventions non médicamenteuses se développeront alors, nous, professionnels de santé, croyons en nos compétences et soyons force de propositions !

Bibliographie

- 1-<https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/douleur-l-action-des-pouvoirs-publics>
- 2-<http://blogensante.fr/2013/09/16/definir-la-notion-dintervention-non-medicamenteuse/> (Plateforme universitaire collaborative CEPS, 2017).
- 3-https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011_developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_rapport.pdf
- 4- Diakhaté A. « Attention, je pique » Cours supérieurs : Douleurs induites, Congrès SFETD Novembre 2023
- 5- Guion A. Toucher et massages dans les soins du quotidien. Rueil Malmaison : Éditions Lamarre 2023
- 6- St Joseph's Hospital and Medical Center, "Slow Breathing reduces pain", Science-Daily, Janvier 2010, www.sciencedaily.com
- 7- María Jiménez-Palomares and all, Benefits of Music Therapy in the Cognitive Impairments of Alzheimer's-Type Dementia: A Systematic Review, J Clin Med 2024 Apr 1;13(7):2042



Cours supérieurs

Douleur en soins primaires

Quels Enjeux dans la Prise en Charge des DOULEURS CHRONIQUES en SOINS PRIMAIRES

M. Dutech 1.

1Fécop - Nailloux (France)

La raréfaction de l'offre spécialisée pour répondre aux besoins sans cesse croissants des patients de plus en plus nombreux, présentant des pathologies chroniques et complexes ainsi que des douleurs chroniques.

Leur prise en charge le plus souvent par des médecins généralistes et des rhumatologues, nécessiteraient des avis spécialisés souvent trop tardifs.

Comment répondre à une situation souvent paradoxale qui cumule la raréfaction des structures expertes, la désertification en santé et des besoins de plus en plus nombreux et complexes.

Le pari c'est de structurer une réponse à partir des équipes de soins primaires coordonnées associées aux chercheurs et aux équipes expertes dans le domaine de la douleur chronique.

Partir des soins primaires, pour construire une réponse pertinente et performante, est aujourd'hui très inhabituel,

CHICHE!



Cours supérieurs

Douleur en soins primaires

Un exemple de parcours de soins d'un patient douloureux complexe dans le cadre de la MSP des Mureaux

P. Clerc 1, S. Akrich 2

1 Medecin - Les Mureaux (France), 2 Kinesitherapeute - Les Mureaux (France)

Le parcours de soins dans une MSP est facilité par la proximité des professionnels de santé et les échanges possibles tout au long de la journée de travail. Dans ce cadre le repérage des patients douloureux complexes peut s'effectuer par un des membres de l'équipe (kinésithérapeute, infirmière, podologue, médecin), dont il faut noter que certains d'entre eux ont développé des compétences complémentaires : thérapie manuelle (kiné), hypnose (médecin), Education thérapeutique.

Les échanges informels sur site entre kinésithérapeutes et médecins peuvent être de nature étiologique, ou thérapeutique, et concerner la coordination des soins et leur évolution. Les informations et des échanges de l'équipe sont partagés avec le patient tout au long du parcours afin d'aboutir à la co-construction d'un programme de soins.

Ce travail pluriprofessionnel intègre la prise en charge du centre anti-douleur référent et l'informe des activités de soins mises en place par l'équipe de soins primaires.

Le cas de Mde J. est illustratif de cette prise en charge.

En sortie de traitement pour cancer du sein avec des séquelles douloureuses post traitement, une coxarthrose gauche est découverte au cours d'une consultation médicale. Le médecin traitant discute de la prise en charge par un des kinésithérapeutes de l'équipe. Un bilan diagnostique masso-kinésithérapique est entrepris du fait de l'histoire médicale récente de la patiente, et de l'existence d'une neuropathie du pied gauche traitée par le centre anti douleur avec de la Capsaïcine. Au décours de ce bilan, la patiente informe le kinésithérapeute de ses scapulalgies invalidantes. Une proposition de prise en charge est proposée par le kinésithérapeute.

Schéma thérapeutique proposé par l'équipe :

Suivi centre anti-douleur et information de l'équipe de soins primaires.

Kinésithérapeute: Thérapie manuelle sur les chevilles et épaule droite, thorax, drainage, postures, étirements, rééducation neuro sensorielle du membre inférieur gauche, éducation thérapeutique afin d'établir un programme d'auto-rééducation bras et cheville, puis remise en forme activité générale, reprise d'une activité physique.

-Médecin : suivi régulier de la patiente avec réassurance et accompagnement de la demande de retour au travail en faisant le deuil de l'état de santé antérieur. Séances d'hypnose pour l'anxiété et la douleur. Ajustement des traitements contre la douleur et l'anxiété

Conclusion : Résultat à 12 mois - la patiente récupère de l'autonomie, de la confiance en elle, reprend le travail à temps partiel de manière adaptée, peut bouger son membre supérieur comme avant, peut dormir sur son épaule, n'est plus gênée par les douleurs



engendrées par les fibroses et hypoextensibilités liées à la chirurgie mammaire. La reprise d'une activité physique n'est plus interrompue par les douleurs neuropathiques, qui ont diminuées et qu'elle arrive à mieux gérer.

Bibliographie

Lucie Michel, Zeynep Or. Décloisonner les prises en charge entre médecine spécialisée et soins primaires: expériences dans cinq pays. Questions d'économie de la santé, N° 248, avril 2020•irdes.fr

Mathieu Poucher, Claude Cherrier, Anne-Christelle Poucher, Paolo Di Patrizio. Évolution des pratiques en médecine générale dans la prise en charge des douleurs neuropathiques. Santé Publique 2016/4 (Vol. 28), pages 505 à 516

Fabrice Cercleron. Hypnose, douleurs et kinésithérapie : données de la littérature et réflexions. Kinésithérapie, la Revue. Volume 15, Issue 162, June 2015, Pages 50-56



Cours supérieurs

Douleur en soins primaires

Les nouveaux métiers en Sciences Infirmières : Un rôle clé pour la prise en soin de la Douleur en Soins primaires.

P. Canal 1

1 Msp Nailloux-Saint Léon - Nailloux (France)

L'HAS estime que près de 70% des patients présentant une douleur chronique n'auraient pas reçu un traitement approprié à leur douleur et que moins de 3% d'entre eux bénéficieraient d'une prise en charge en structure de douleur chronique (SDC).

L'HAS identifie également que l'offre de soins pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire de la douleur chronique peut être structurée selon 3 niveaux dont le premier serait les soins primaires. Ils devraient être en mesure d'assurer la prise en soin et la coordination de la plus grande partie des personnes présentant une douleur chronique ou à risque de le devenir. (1. Scemama et al., 2023)

A ce jour, pour ces parcours de soins, tout reste encore à faire en soins primaires. L'infirmière dans son métier socle mais également dans ses différentes spécialités représente un atout indéniable dans la structuration de cette offre de soins émergente.

Le développement croissant des Sciences Infirmières depuis plus d'un siècle, dans le monde anglo-saxon d'abord, puis en Europe et aujourd'hui en France, permettent à l'infirmière un essor de son savoir, de ses compétences et de son art qu'elle emprunte tant dans les domaines des sciences que des sciences humaines. (2. Pepin et al., 2003)

Deux professions infirmières semblent aujourd'hui représenter un atout certain dans la prise en soin de la personne atteinte d'une douleur chronique ou en voie de chronicisation, en soins primaires. Il s'agit des infirmières déléguées à la santé publique (IDSP) Asalée ainsi que les infirmières en pratique avancée (IPA).

Ces deux professions ont une histoire, une formation, une expertise et des compétences différentes quoique parfois croisées. Elles se retrouvent néanmoins dans une approche de soins holistique de la personne. Elles offrent une complémentarité dans cette innovation interprofessionnelle de la prise en soins de la douleur en soins primaires au sein d'un parcours coordonné.

Bien que les compétences de ces infirmières semblent pertinentes dans l'optimisation du parcours de soins des patients, il subsiste néanmoins des freins structurels à la prise en soin de la douleur chronique par les IPA ou les IDSP.

Bibliographie

- 1.Scemama, A., Mick, G., & Druel, V. (2023). Parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique.
- 2.Pepin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2003). La pensée infirmière (4e édition). Groupe Beauchemin, Éditeur Ltée.



Cours supérieurs

Douleur en soins primaires

Orthophonie & Algologie : Incongruité, Opportunité ou Nécessité ?

B. Rossi-Bouchet 1

1 Orthophoniste Libérale, C2r, Sfetd - Mont De Marsan (France)

Dans le contexte actuel, il est crucial d'optimiser les ressources disponibles dans le système de santé français. À cet égard, l'intégration des orthophonistes libéraux dans le dépistage et le bilan de la douleur, loin d'être incongru, représente une opportunité stratégique pour améliorer la prise en charge des patients, tout en répondant aux défis actuels.

Les orthophonistes, experts en communication et en évaluation fonctionnelle, sont en première ligne pour détecter les signes de douleur, souvent complexes à évaluer, notamment chez des populations vulnérables (les enfants, les personnes âgées, les patients dyscommunicants). Leur capacité à identifier les expressions verbales et non verbales de la douleur puis à en évaluer l'impact fonctionnel et psychosocial rend les orthophonistes particulièrement pertinents pour ce rôle. En intervenant précocement et fréquemment, les orthophonistes peuvent faciliter une prise en soins plus rapide et plus adaptée, réduisant ainsi l'errance médicale, le retard de diagnostic et le risque de complications ou de chronicisation de la douleur. Pour les patients, qu'ils soient adultes ou enfants, une collaboration renforcée entre orthophonistes et médecins libéraux permettrait une prise en soins multidisciplinaire plus rapide et mieux ciblée, particulièrement dans les zones sous-dotées en médecins, ou avec un centre expert embolisé. Cette approche contribuerait à améliorer la qualité de vie des patients, en favorisant une meilleure détection de la douleur et la prescription plus précoce d'un traitement adéquat, évitant le recours à l'automédication. Pour les médecins libéraux, la collaboration avec les orthophonistes offre un gain de temps précieux. En déléguant une partie du dépistage et du suivi de la douleur à des orthophonistes dûment formés, les médecins pourraient se concentrer sur les cas plus complexes, améliorant ainsi leur efficacité clinique. En parallèle, cette synergie avec d'autres professionnels de santé (infirmiers, kinésithérapeutes, etc.) renforcerait l'efficacité globale des soins et optimiserait le parcours de soins pour le patient. Du point de vue financier, l'implication des orthophonistes dans la gestion de la douleur participerait à réduire les coûts de santé. En diminuant les consultations multiples et les hospitalisations coûteuses, une approche globale et coordonnée contribuerait à une prise en charge ambulatoire plus efficace, répondant ainsi aux besoins croissants d'une optimisation des dépenses de santé.

La reconnaissance du rôle des orthophonistes libéraux dans le dépistage et le suivi de la douleur n'est pas seulement une opportunité stratégique. C'est une nécessité pour répondre aux exigences d'un système de santé en mutation. Cette démarche renforcerait la collaboration interprofessionnelle, améliorerait la qualité de la prise en charge des



patients et participerait à une gestion plus rationnelle des ressources de santé. Adopter cette approche serait une réponse pragmatique aux défis actuels du système de santé. La profession en est bien consciente, le syndicat représentatif, la FNO, a lancé une campagne de sensibilisation ainsi qu'une formation nationale sur la douleur.

Bibliographie

- [1] Rossi-Bouchet, B. (2022). La douleur en Orthophonie, de la Théorie à la Pratique, du Bilan aux Soins (Ortho Edition).
- [2] Rossi-Bouchet, B. [Dir] (juin 2022). La douleur. Numéro 290 de la Revue « Rééducation Orthophonique » (Ortho Edition).
- [3] Basse, A. (2022). Sensibilisation des orthophonistes libéraux à la douleur des patients : État des lieux [Mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste]. Bordeaux.
- [4] Thuries, E. (2024). Evaluation de la douleur lors du bilan de déglutition de l'adulte atteint de maladie neuro-évolutive : état des lieux des pratiques [Mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste]. Bordeaux.
- [5] Rossi-Bouchet, B. (sept 2024). Parler de la douleur en orthophonie : une démarche à systématiser ! Magazine « L'orthophoniste » (Ortho Edition).



Cours supérieurs

Douleur et endométriose

Hypersensibilisation pelvienne, syndrome douloureux viscéral utérin et endométriose

E. Bautrant 1

1 Aix-En-Provence - Aix-En-Provence

La douleur pelvienne de type utérine, sans lésions évidentes, ou à imagerie, ou coelioscopie négatives, sont une énigme majeure pour le gynécologue, depuis plus d'un demi-siècle.

La tentation de rapporter ce type de douleur à un mécanisme de type nociceptif a guidé l'ensemble des tentatives de compréhension de ce type de douleurs ainsi que leur traitement.

Tout à tour et durant plus de 50 ans, ont été évoquées de nombreuses étiologies lésionnelles comme les déchirures ligamentaires du syndrome de Masters et Allen, les anomalies de position de l'utérus, les adhérences pelviennes, les varices et plus récemment l'endométriose. Mais aucun ne permet de répondre véritablement à la problématique de cette symptomatologie douloureuse pelvienne chronique, ni à son traitement.

Les douleurs viscérales, intestinales ou vésicales sont bien connues et largement rapportées au sein de l'hypersensibilisation pelvienne centrale ainsi qu'au sein de la fibromyalgie.

Les différents auteurs tendent aujourd'hui à rattacher les syndromes douloureux intestinal (intestin irritable) et vésical (syndrome de vessie douloureuse//cystite interstitielle) à des mécanismes nociplastiques de douleur viscérale par sensibilisation isolée (1,2)

Il apparaît ainsi logique de penser que, comme il existe un syndrome douloureux de vessie (SDV) ou un syndrome de l'intestin irritable (SII), il existe également un syndrome douloureux utérin (3).

Le symptôme principal de ce syndrome est représenté par la dysménorrhée sévère, qu'elle soit primaire ou secondaire, de grade 3 d'Andersch et Milsom. Les symptômes associés sont la douleur à la palpation de l'organe et surtout la dyspareunie profonde. Mais la symptomatologie peut également associer une douleur pelvienne de type utérine en dehors des règles, à formes de crampes, douleur de règles sans règles, ou contractions.

De très nombreux travaux des dix dernières années démontrent que les jeunes patientes porteuses de dysménorrhées primaires de grade 3, sont en situation d'hypersensibilisation centrale (4-13).

Comme pour le SII et le SDV, qui s'accompagnent d'une hypercontractilité respectivement detrusorienne ou de la musculature intestinale, les mécanismes d'hypersensibilisation utérine peuvent s'accompagner d'une hypercontractilité myométriale. Celle-ci est à l'origine de la sévérité de la dysménorrhée, ainsi que des douleurs de contractions, crampes utérines en dehors des règles.

Cette hypercontractilité du myomètre utérin est bien documenté chez les patientes porteuses de dysménorrhées primaires (14,15)

Enfin, l'hypercontractilité s'associe à une élévation des pressions dans la cavité utérine, confirmée par une franche élévation des mesures de pressions enregistrées par de nombreux auteurs, chez les patientes dysménorrhéiques (16,17)



Cette élévation des pressions intra-utérines peut avoir pour effet une expulsion de foyer d'endomètre dans le myomètre et sa vascularisation ou par voie tubaire rétrograde, faisant de la dysménorrhée sévère un précurseur de l'endométriose pour plusieurs auteurs (18).

Bibliographie

- 1: Knox S, Offiah I, Hashim H. Evaluation of Central Sensitization in Bladder Pain Syndrome: A Systematic Review. *Int Urogynecol J* 35, 1109–1118 (2024)
- 2: Midenfjord I, Grinsvall C, Koj P et al. Central sensitization and severity of gastrointestinal symptoms in irritable bowel syndrome, chronic pain syndromes and inflammatory bowel disease. *Neurogastroenterol Motil.* Dec 33 (12) (2021)
- 3: Bautrant E, Franké O, Amiel C et al. Endometriosis-like syndrome : from the concept of Painful Uterine Syndrome to the use of myometrial Botulinum Toxin injections under hysteroscopy. *J Surg Res.* 3; (4):407-18 (2020)
- 4: Giamberardino MA, Berkley KJ, S Lezzi et al. Pain threshold variations in somatic wall tissues as a function of menstrual cycle, segmental site and tissue depth in non-dysmenorrheic women, dysmenorrheic women and men. *Pain* (1997) Jun;71(2):187-97.
- 5: Giamberardino MA, Tana C, Costantini R. Pain thresholds in women with chronic pelvic pain. *Curr Opin Obstet Gynecol.* Aug;26(4):253-9 (2014)
- 6: Iacovides S, Baker FC, Avidon I, Bentley A. Women with dysmenorrhea are hypersensitive to experimental deep muscle pain across the menstrual cycle. *J Pain* (2013) Oct; 14(10):1066-76.
- 7: Iacovides S, Avidon I, Baker FC. What we know about primary dysmenorrhea today: a critical review. *Hum Reprod Update.* (2015) Nov-Dec; 21(6):762-78.
- 8: Jarrell J, Arendt-Nielsen. Allodynia and Dysmenorrhea. *J Obstet Gynaecol Can* (2016) Mar; 38(3):270-4.
- 9: Jarrell J, Arendt-Nielsen. Evolutionary considerations in the development of chronic pelvic pain. *Am J Obstet Gynecol* (2016) Aug; 215(2):201-4.
- 10: Aredo JV, Heyrana KJ, Stratton P. Relating chronic pelvic pain and endometriosis to signs of sensitization and myofascial pain and dysfunction. *Semin Reprod Med* (2017) Jan;35(1):88-97.
- 11: Payne L, Rapkin AJ, Seidman LJ et al. *J Pain Res* (2017) Sep ;12(10) :2233-46.
- 12: Payne L, Seidman LC, Sim MS et al. Experimental evaluation of central pain processes in young women with primary dysmenorrhea. *Pain* (2019) Jun;160 (6): 1421-1430.
- 13 : Grundström H, Gerdle G, Alehagen S et al. Reduced pain thresholds and signs of sensitization in women with persistent pelvic pain and suspected endometriosis. *Acta Obstet Gynecol Scand* (2019) Mar;98(3):327-336
- 14: Katoaka M, Togashi K, Kido A et al. Dysmenorrhea : evaluation with cine-mode-display MR imaging initial experience. *Radiology* (2005) Apr ;235(1) :124-31.
- 15: Guo SW, Mao X, Ma Q, Liu X. Dysmenorrhea and its severity are associated with increased uterine contractility and overexpression of oxytocin receptor (OTR) in women symptomatic adenomyosis. *Fertil Steril.* Jan;99(1):231-40 (2013)
- 16: Bulletti C, De Ziegler D, Polli V et al. Characteristics of uterine contractility during menses in women with mild to moderate endometriosis. *Fertil Steril.* Jun; 77 (6): 1156-61 (2002)
- 17: Lumsden MA, Baird DT. Intra-uterine pressure in dysmenorrhea. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 64(2):183-6 (1985)
- 18: Clemenza S, Vannuccini S, Capezzuoli T et al. Is primary dysmenorrhea a precursor of future endometriosis development? *Gynecol Endocrinol.* Apr;37(4):287-293 (2021)



Cours supérieurs

Douleur et endométriose

Comorbidités et endométriose

C. Lacoste 1

1 Hpsj - Paris (France)

Les femmes souffrant d'endométriose présentent fréquemment des comorbidités qui impactent encore davantage leur qualité de vie quotidienne. Cette présentation se focalisera sur les comorbidités douloureuses qu'il est important de diagnostiquer et de traiter. Elles répondent à des mécanismes d'hypersensibilisation centrale et périphérique, de sensibilisation viscéro-viscérale, et somato-viscérale. Nous aborderons brièvement le diagnostic et le traitement des principales comorbidités douloureuses : syndrome de vessie douloureuse, hyperactivité vésicale, syndrome de l'intestin irritable, vulvodynie provoquée, syndromes myofasciaux.

Bibliographie

1. Chronic Visceral Pain: New Peripheral Mechanistic Insights and Resulting Treatments Ford, Alexander C. et al. *Gastroenterology*, Volume 166, Issue 6, 976 – 994
2. Peripheral, Central, and Cross Sensitization in Endometriosis-Associated Pain and Comorbid Pain Syndromes McNamara, Helen C. et al. *Front Reprod Health*. 2021 Sep 1;3:729642.doi:10.3389/frph.2021.729642. eCollection 2021.
3. Rahmioglu, N., Mortlock, S., Ghiasi, M. et al. The genetic basis of endometriosis and comorbidity with other pain and inflammatory conditions. *Nat Genet* 55, 423–436 (2023). <https://doi.org/10.1038/s41588-023-01323-z>
4. Levesque A, Riant T, Ploteau S, Rigaud J, Labat JJ. Clinical criteria of central sensitization in chronic pelvic and perineal pain (convergences PP criteria): elaboration of a clinical evaluation tool based on formal expert consensus. *Pain Med* 2018;19(10):1–
5. Validation psychométrique des critères de Convergences PP - 25/11/21 Psychometric validation of Convergence criteria PP Doi : 10.1016/j.puro.2021.07.011 V. Quistrebert-Davanne
6. Lacy BE, Pimentel M, Brenner DM, et al. ACG Clinical Guideline: Management of Irritable Bowel Syndrome. *Am J Gastroenterol* 2021; 116:17.
7. Vasant DH, Paine PA, Black CJ, et al. British Society of Gastroenterology guidelines on the management of irritable bowel syndrome. *Gut* 2021; 70:1214.
8. Camilleri M. Diagnosis and Treatment of Irritable Bowel Syndrome: A Review. *JAMA* 2021; 325:865.
9. Ford AC, Wright-Hughes A, Alderson SL, et al. Amitriptyline at Low-Dose and Titrated for Irritable Bowel Syndrome as Second-Line Treatment in primary care (ATLANTIS): a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet* 2023; 402:1773.
10. Goodoory VC, Khasawneh M, Black CJ, et al. Efficacy of Probiotics in Irritable Bowel Syndrome: Systematic Review and Meta-analysis. *Gastroenterology* 2023; 165:1206.
11. Chey WD, Hashash JG, Manning L, Chang L. AGA Clinical Practice Update on the Role of Diet in Irritable Bowel Syndrome: Expert Review. *Gastroenterology* 2022; 162:1737.
12. Chang L, Sultan S, Lembo A, et al. AGA Clinical Practice Guideline on the Pharmacological Management of Irritable Bowel Syndrome With Constipation. *Gastroenterology* 2022; 163:118.
13. Lembo A, Sultan S, Chang L, et al. AGA Clinical Practice Guideline on the Pharmacological Management of Irritable Bowel Syndrome With Diarrhea. *Gastroenterology* 2022; 163:137.



14. Clemens JQ, Erickson DR, Varela NP, Lai HH. Diagnosis and Treatment of Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome. *J Urol* 2022; 208:34.
15. Diet. Interstitial Cystitis Association. <https://www.ichelp.org/understanding-ic/diet/> (Accessed on December 12, 2023).
16. Stoniute A, Madhuvrata P, Still M, et al. Oral anticholinergic drugs versus placebo or no treatment for managing overactive bladder syndrome in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2023; 5:CD003781.
17. Nambiar AK, Arlandis S, Bø K, et al. European Association of Urology Guidelines on the Diagnosis and Management of Female Non-neurogenic Lower Urinary Tract Symptoms. Part 1: Diagnostics, Overactive Bladder, Stress Urinary Incontinence, and Mixed Urinary Incontinence. *Eur Urol* 2022; 82:49.
18. Sayner AM, Rogers F, Tran J, et al. Transcutaneous Tibial Nerve Stimulation in the Management of Overactive Bladder: A Scoping Review. *Neuromodulation* 2022; 25:1086.
19. Alsulihem A, Corcos J. The use of vaginal lasers in the treatment of urinary incontinence and overactive bladder, systematic review. *Int Urogynecol J* 2021; 32:553.
20. Chisari C, Monajemi MB, Scott W, et al. Psychosocial factors associated with pain and sexual function in women with Vulvodynia: A systematic review. *Eur J Pain* 2021; 25:39.
21. Barnabei VM. Vulvodynia. *Clin Obstet Gynecol* 2020; 63:752.
22. Vieira-Baptista P, Lima-Silva J, Beires J, Donders G. Women without vulvodynia can have a positive 'Q-tip test': a cross sectional study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2017; 38:256.
23. Harris V, Fischer G, Bradford JA. The aetiology of chronic vulval pain and entry dyspareunia: a retrospective review of 525 cases. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2017; 57:446.
24. Bornstein J, Goldstein AT, Stockdale CK, et al. 2015 ISSVD, ISSWSH and IPPS Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodynia. *Obstet Gynecol* 2016; 127:745.
25. Bornstein J, Preti M, Simon JA, et al. Descriptors of Vulvodynia: A Multisocietal Definition Consensus (International Society for the Study of Vulvovaginal Disease, the International Society for the Study of Women Sexual Health, and the International Pelvic Pain Society). *J Low Genit Tract Dis* 2019; 23:161.
26. De Andres J, Sanchis-Lopez N, Asensio-Samper JM, et al. Vulvodynia--An Evidence-Based Literature Review and Proposed Treatment Algorithm. *Pain Pract* 2016; 16:204.
27. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Gynecologic Practice, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP). Committee Opinion No 673: Persistent Vulvar Pain. *Obstet Gynecol* 2016; 128:e78. Reaffirmed 2021.
28. van der Meijden WI, Boffa MJ, Ter Harmsel B, et al. 2021 European guideline for the management of vulval conditions. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2022; 36:952.



Cours supérieurs

Douleur et endométriose

Mécanismes physiopathologiques des douleurs d'allure neuropathique dans l'endométriose

A. Levesque 1

1 Chu Nantes - Nantes

Si la composante inflammatoire de l'endométriose est admise de tous comme source de douleur par excès de nociception, la notion de douleur neuropathique dans l'endométriose reste un sujet de discussion.

Le terme de douleur neuropathique est probablement un terme usurpé dans de nombreuses situations. En effet nous verrons qu'il peut être employé pour des types de douleurs dont les sémiologies diffèrent de façon évidente les unes des autres. Laquelle est donc la douleur neuropathique, lesquelles ne le sont pas ? Affaire de spécialistes ? pure satisfaction de l'intellect ? En effet, qu'est-ce que cela change puisque le traitement est toujours le même ?

C'est ce défi peut-être pas uniquement rhétorique que je propose de relever lors de ce cours supérieur sur la douleur et l'endométriose.



Cours supérieurs

Du suicide à l'euthanasie en clinique de la douleur

Comment la question de la mort se pose en clinique de la douleur ?

R. Minjard 1

1 Université Lumière Lyon 2 - Lyon (France)

La douleur, qu'elle soit aiguë ou chronique, convoque toujours le sujet à évaluer plus ou moins consciemment le seuil de ses possibles. Ainsi, la clinique de la douleur s'inscrit dans la clinique des seuils psychiques et somatiques de la vie en référence à des situations dans lesquelles se trouve mise en doute, interrompue, parfois annihilée, la capacité réflexive du sujet, sa capacité à maintenir un continuum identitaire, son sentiment d'être inscrit au sein d'une souffrance humaine partageable.

Dans ce travail nous explorerons les conditions d'émergence des figures de la mort dès lors que les seuils sont amoindris, inexistantes ou débordés ou lorsque la chronicité attaque, décime la perspective même de trouver une issue.

Bibliographie

JOUSSELLIN, C, LOUVEL, J, & OSTERMANN, G (2021). La douleur incarnée. *Corps & Psychisme*, 2021/1 N° 78. pp. 41-50. <https://doi-org.bibelec.univ-lyon2.fr/10.3917/cpsy2.078.0042>.

Minjard, R. (2022). La pratique du psychologue clinicien en consultation douleur : perspectives épistémologiques sur les états somatopsychiques complexes. *Connexions*, 117(1), 181-192. <https://doi.org/10.3917/cnx.117.0181>

REYNIER, G (2021). L'insaisissable saisissement de la douleur. *Corps & Psychisme*, 2021/1 N° 78. pp. 51-65. <https://doi-org.bibelec.univ-lyon2.fr/10.3917/cpsy2.078.0052>.

SAINT-PAUL LAFFONT, C (2023). Tant qu'il y aura de la douleur... La douleur physique à défaut de structure encadrante ? *Revue française de psychosomatique*, 2023/1 n° 63. pp. 11-22. <https://doi-org.bibelec.univ-lyon2.fr/10.3917/rfps.063.0011>.



Cours supérieurs

Du suicide à l'euthanasie en clinique de la douleur

Épidémiologie "douleur et suicide" chez l'enfant et l'adulte

M. Richard 1

1 Hôpital Saint-Camille - Bry-Sur-Marne (France)

Au cours des récits cliniques entendus par le.a clinicien.ne de la douleur, la plainte douloureuse des personnes qui en souffrent chroniquement s'accompagne fréquemment de paroles autour de la mort, qu'il s'agisse d'idéations ou de pensées suicidaires, mais aussi, et de plus en plus, d'évocations quant au fait d'envisager l'euthanasie ou le suicide assisté. Le clinicien exerçant in situ, dans un contexte sociopolitique donné, se voit confronté aux discours teintés de la recherche de soulagement, voire d'évitement de la douleur et de la souffrance présents dans nos sociétés contemporaines.

Mais de quelles informations scientifiques, statistiques et de prévalence disposons-nous actuellement pour nous en saisir au sein de notre pratique ? Et comment mobiliser ces paramètres lors de notre écoute, dans nos réalités cliniques rencontrées quotidiennement ?

Cette présentation tentera donc de recenser les données épidémiologiques récentes relatives à la suicidalité chez les patients souffrant de douleurs chroniques, qu'ils soient enfants, adolescents ou adultes. À travers l'examen des statistiques, des études de prévalence et des recherches empiriques, il s'agira d'interroger la manière dont ces informations peuvent enrichir la pratique clinique quotidienne, particulièrement dans l'écoute des récits de douleur. Une attention particulière sera portée aux enjeux éthiques et déontologiques que ces récits suscitent, notamment en ce qui concerne les dimensions concernant l'euthanasie et le suicide assisté.



Cours supérieurs

Du suicide à l'euthanasie en clinique de la douleur

Le patient douloureux suicidaire est-il toujours « psy » ?

V. Chytas 1

1 Hôpitaux Universitaires De Genève - Genève (Switzerland)

Les patients souffrant de douleurs chroniques présentent un risque élevé de comportements suicidaires. Les revues de la littérature révèlent un taux de prévalence d'idéation suicidaire d'environ 20 à 40 %, une prévalence à vie de 5 à 14 % des tentatives de suicide, ainsi qu'un risque de décès par suicide doublé chez les patients souffrant de douleur chronique par rapport aux patients non douloureux. [1, 2] Cette association interroge quant à l'origine de la suicidalité chez ces patients, et notamment si celle-ci est nécessairement d'ordre psychiatrique.

Le concept de démoralisation, introduit par JD Frank en 1974, apporte un éclairage sur cette question. La démoralisation n'est pas un trouble psychiatrique à proprement parler, mais plutôt un état réactionnel face à une incapacité prolongée à surmonter le stress. Elle se manifeste par des sentiments d'impuissance, de désespoir, et de perte de sens. [3] Contrairement à la dépression, la démoralisation ne présente pas nécessairement les symptômes classiques d'un trouble psychiatrique, mais peut néanmoins être tout aussi dévastatrice sur le plan psychologique. Cela signifie que des patients douloureux suicidaires peuvent ne pas être dépressifs ou souffrir d'autres troubles psychiatriques au sens strict.

La recherche scientifique montre un lien étroit entre la douleur chronique et la démoralisation. Par exemple, des études associent la démoralisation à la douleur faciale chronique, [4] à la douleur de la dent fantôme, [5] et à la douleur myofasciale. [6] La douleur peut déclencher des sentiments d'échec et d'impuissance qui exacerbent la détresse émotionnelle, sans qu'il s'agisse forcément de dépression clinique.

Kissane et son équipe ont particulièrement mis en avant l'idée que la démoralisation peut mener à des comportements suicidaires, même en l'absence de trouble psychiatrique formel. Dans le contexte des soins palliatifs ou des maladies physiques graves, certains patients expriment un désir de mourir qui n'est pas nécessairement lié à une dépression clinique mais à une démoralisation profonde. [7]

La différenciation entre dépression et démoralisation est cruciale. Si la dépression est un trouble psychiatrique avec des critères diagnostiques spécifiques, la démoralisation est un état psychologique distinct, souvent réactionnel. Ainsi, un patient souffrant de douleur chronique et ayant des pensées suicidaires n'est pas nécessairement "psy" au sens de la dépression ou d'autres pathologies psychiatriques, mais peut être profondément démoralisé. Le découragement, une composante clé de la démoralisation, est parfois un facteur prédictif plus puissant du suicide que la dépression. [8]

En conclusion, les patients douloureux suicidaires ne sont pas nécessairement atteints de troubles psychiatriques. Beaucoup peuvent présenter une démoralisation profonde,



un état psychologique non pathologique mais extrêmement invalidant, qui peut toutefois conduire à des comportements suicidaires.

Bibliographie

1. Tang, N. K. Y., & Crane, C. (2006). Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychological Medicine*, 36, 575–586.
2. Fishbain, D. A., Lewis, J., & Gao, J. (2014). The Pain Suicidality Association: A Narrative Review. *Pain Medicine*, 15, 1835–1849.
3. Frank, J. D. (1974). Psychotherapy: The Restoration of Morale. *American Journal of Psychiatry*, 131(3), 271–274.
4. Lennon, M., Dohrenwend, B., Zautra, A., & Marbach, J. (1990). Coping and adaptation to facial pain in contrast to other stressful life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(5), 1040–1050.
5. Marbach, J. (1993). Is phantom tooth pain a deafferentation (neuropathic) syndrome? Part II: Psychosocial considerations. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology*, 75(2), 225–232.
6. Gallagher, R., Marbach, J., Raphael, K., Handte, J., & Dohrenwend, B. (1995). Myofascial face pain: seasonal variability in pain intensity and demoralization. *Pain*, 61(1), 113–120.
7. Kissane, D. (2000). Distress, demoralization and depression in palliative care. *Current Therapeutics*, 41(6), 14.
8. Beck, A., Kovacs, M., & Weissman, A. (1975). Hopelessness and suicidal behavior: An overview. *Jama*, 234(11), 1146–1149.



Cours supérieurs

Méthodologie de la recherche (Com recherche)

La recherche participative en santé : Pourquoi et comment?

F. Docagne 1

1 Inserm - Paris (France)

La recherche participative est une modalité de recherche qui concerne tous les domaines scientifiques et tous les sujets sous des formes variées. Elle permet de donner la place aux citoyens pour produire des savoirs, de l'innovation et des connaissances scientifiques aux côtés des chercheurs. Dans le cadre de la recherche en santé, cette démarche favorise une science à l'écoute des enjeux sociétaux et de la réalité des problématiques de terrain. Elle peut ainsi faire naître des questions inédites qui n'auraient pas pu émerger sans un dialogue science/société. Elle permet aussi parfois de toucher des publics difficiles d'accès et des problématiques non abordées par la recherche « classique ». Elle peut contribuer à la modification des pratiques et des politiques publiques en matière de santé en évaluant de manière scientifique des approches ou interventions empiriques. Enfin, en impliquant les personnes concernées dans le développement des innovations en santé, elle favorise le déploiement et l'implémentation de ces innovations.

Les projets de recherche participatives peuvent être initiés soit par un laboratoire, soit par un collectif. Les partenaires vont alors travailler ensemble pour co-construire et co-réaliser la recherche en définissant eux-mêmes les modalités de cette construction et de cette réalisation. Cette participation peut se faire à toutes les étapes de la recherche : définition de la question scientifique, choix et adaptation de la méthodologie, construction des questionnaires, des protocoles ou des tâches expérimentales, écriture des notices et formulaires, analyse et diffusion des résultats.

A travers des exemples de projets de recherche participative accompagnés par l'Inserm, nous discuterons des enjeux et de l'apport de la recherche participative en faveur d'une science qui se fait avec, pour et par la société.



Cours supérieurs

Méthodologie de la recherche (Com recherche)

SNDS : De la genèse des données aux utilisations pour la recherche.

A. Mulliez 1, C. Chouki 1

1 Chu Clermont-Ferrand - Clermont-Ferrand (France)

INTRODUCTION

Le Système National des Données de Santé (SNDS) est l'un des plus riches entrepôts de données de santé au monde [1]. Il agrège les données hospitalières (PMSI), de l'assurance maladie (SNIIRAM) et des causes médicales de décès (CépiDC), avec une profondeur historique de près de 20 ans. A l'origine, ces différentes bases avaient une finalité administrative et financière. Leur appariement, leur exhaustivité et la simplification d'accès permettent de réaliser des études utiles pour l'épidémiologie, la vigilance sanitaire et la recherche, sous réserve de bien appréhender les forces et limites de ces données.

MÉTHODES

L'utilisation du SNDS dans un cadre de recherche scientifique implique une rigueur au moins aussi importante qu'en recherche clinique. Elle n'implique pas directement la participation de patients comme dans un essai clinique, mais les conclusions peuvent influencer des décisions majeures et impacter de nombreuses personnes [2,3,4].

La définition des critères d'inclusion, d'évaluation et d'ajustement nécessite une connaissance des modalités de remboursement, de dispensation des soins et de leur évolution dans le temps ainsi qu'une appréciation de la robustesse de leur identification dans le SNDS.

Les expositions et les outcomes exigent des définitions précises, parfois complexes à établir, voire arbitraires et requièrent une justification clinique éclairée et une modélisation en accord avec les objectifs définis.

Les biais inhérents aux bases de données observationnelles forment des pièges qu'il faut anticiper et contrôler avec une méthodologie statistique appropriée dans l'optique de les minimiser. L'essai contrôlé randomisé, seul cadre permettant de mettre en évidence une causalité, est irréalisable dans le SNDS, mais peut être approché avec des méthodes utilisant le score de propension [5] et visant à limiter les biais (confusion, indication).

APPLICATIONS SCIENTIFIQUES

En recherche, le SNDS permet de réaliser des études épidémiologiques, médico-économiques ou pharmaco-épidémiologiques [6,7] qui apportent des résultats en complément des essais cliniques, voire permettent de relier les deux par appariement des bases [8]. Quelques exemples d'articles seront présentés et un focus plus spécifique sera réalisé sur une publication relative à la prise en charge de la douleur par antalgiques opioïdes [9]

CONCLUSION



Le SNDS est une mine d'or dont l'extraction peut s'avérer complexe, mais qui de par son exhaustivité et sa profondeur historique peut apporter des éléments dans la compréhension des parcours et dépenses de santé, du suivi des pratiques et leur évaluation en termes d'efficacité et de sécurité.

Bibliographie

- [1] Tuppin P, Rudant J, Constantinou P, et al. Value of a national administrative database to guide public decisions: From the système national d'information interrégimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM) to the système national des données de santé (SNDS) in France. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2017;65 Suppl 4:S149-S167. doi:10.1016/j.respe.2017.05.004
- [2] Weill A, Païta M, Tuppin P, et al. Benfluorex and valvular heart disease: a cohort study of a million people with diabetes mellitus. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2010;19(12):1256-1262. doi:10.1002/pds.2044
- [3] Coste J, Blotiere PO, Miranda S, et al. Risk of early neurodevelopmental disorders associated with in utero exposure to valproate and other antiepileptic drugs: a nationwide cohort study in France. *Sci Rep*. 2020;10(1):17362. Published 2020 Oct 22. doi:10.1038/s41598-020-74409-x
- [4] Weill A, Dalichampt M, Raguideau F, et al. Low dose oestrogen combined oral contraception and risk of pulmonary embolism, stroke, and myocardial infarction in five million French women: cohort study. *BMJ*. 2016;353:i2002. Published 2016 May 10. doi:10.1136/bmj.i2002
- [5] Schneeweiss S, Rassen JA, Glynn RJ, Avorn J, Mogun H, Brookhart MA. High-dimensional propensity score adjustment in studies of treatment effects using health care claims data [published correction appears in *Epidemiology*. 2018 Nov;29(6):e63-e64. doi: 10.1097/EDE.0000000000000886]. *Epidemiology*. 2009;20(4):512-522. doi:10.1097/EDE.0b013e3181a663cc
- [6] Bezin J, Duong M, Lassalle R, et al. The national healthcare system claims databases in France, SNIIRAM and EGB: Powerful tools for pharmacoepidemiology. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2017;26(8):954-962. doi:10.1002/pds.4233
- [7] Sylvestre MP, Abrahamowicz M. Flexible modeling of the cumulative effects of time-dependent exposures on the hazard. *Stat Med*. 2009;28(27):3437-3453. doi:10.1002/sim.3701
- [8] Scailteux LM, Droitcourt C, Balusson F, et al. French administrative health care database (SNDS): The value of its enrichment. *Therapie*. 2019;74(2):215-223. doi:10.1016/j.therap.2018.09.072
- [9] Chenaf C, Kaboré JL, Delorme J, et al. Prescription opioid analgesic use in France: Trends and impact on morbidity-mortality. *Eur J Pain*. 2019;23(1):124-134. doi:10.1002/ejp.1291



Cours supérieurs

Méthodologie de la recherche (Com recherche)

Développement d'un outil d'auto-évaluation sur tablette numérique des fonctions cognitives en lien avec les pathologies douloureuses et leur prise en charge

S. Lejczak 1, X. Fabian 2

1 Cnrs, Lnca - Strasbourg (France), 2 Traboule Labs - Lyon (France)

Peu de données sont disponibles sur les altérations des fonctions cognitives lors de douleurs chroniques [1-3]. En imagerie cérébrale, plusieurs structures de la matrice de la douleur semblent modifiées [2-3]. Ces quelques observations expliquent le déclin cognitif observé cliniquement chez les patients mais trop souvent non évalué précisément, par manque de temps mais surtout d'outils adaptés. Le MMSE (Mini-Mental State Examination) et le MOCA (Montréal Cognitive Assessment) sont deux outils disponibles et recommandés par la Haute Autorité de Santé [4-5]. Le MOCA a été utilisé chez les patients souffrant d'arthrose ou encore de fibromyalgie [2-3]. Ce test reste chronophage en clinique, imprécis et insuffisant pour discriminer de manière précise les altérations cognitives des patients.

Partant de ce constat, notre équipe a développé E-MILE®, un outil numérique sur tablette informatique qui a pour objectif de mesurer finement les conséquences cognitives des états douloureux chroniques. L'objectif était de proposer un outil où le patient effectue une évaluation autonome de ses fonctions cognitives dans un temps inférieur à 20 minutes. Pour cela, l'outil numérique a été adapté à toute personne en capacité d'utiliser une tablette numérique. La reconnaissance vocale, intégrée via un réseau de neurones artificiels, a permis de standardiser l'interaction avec le patient que ce soit au moment de poser les questions ou de reconnaître les réponses verbalisées. Les étapes de conception d'E-MILE® ont été guidées par la limitation du nombre de questions tout en évaluant les capacités cognitives de manière la plus complète et précise. E-MILE® évalue également les facteurs influençant la cognition comme la fatigue, le stress et la douleur grâce à des échelles d'intensité et de désagrément et un schéma corporel. L'outil offre aussi la possibilité de répondre à un questionnaire de confiance en la conduite automobile [6].

L'étude de validation sur un échantillon de sujets sains, par tranches d'âge à partir de 18 ans est terminée et a permis de valider le score EasyCOG. Les résultats de cette validation ont permis de commencer une étude chez les patients douloureux chroniques avec l'objectif de cartographier leurs fonctions cognitives selon les pathologies et traitements. Nous espérons que cet outil apportera une évaluation plus précise des pathologies douloureuses rencontrées et une meilleure prise en charge à terme, que ce soit en structures hospitalières, en institution ou en médecine de ville.



Bibliographie

- [1] Mick & Labeye (2005) Presse Med 34(10), 738-744.
- [2] Moriarty et al (2011) Prog Neurobiol, 93(3), 385-404.
- [3] Zhang et al (2021) Front Neurosci, 15, 737874.
- [4] Folstein et al (1975) J Psychiatr Res, 12(3), 189-198.
- [5] Nasreddine et al (2005) J Am Geriatr Soc, 53(4), 695-699.
- [6] George et al (2007) Clin Rehabil, 21(1), 56-61.



Forums

Forum OFMA-SFETD

Pharmacosurveillance et bon usage des antalgiques

Entrée du cannabis médical dans l'arsenal thérapeutique en 2025

N. Richard 1

1 Ansm - Paris (France)

L'usage médical du cannabis fait l'objet d'une expérimentation qui a débuté le 26 mars 2021. Au 27 mars 2024, date de fin des inclusions, 3209 patients avaient été inclus et 1929 sont encore actuellement traités et suivis. Les évaluations de cette expérimentation ont montré un circuit de prescription et de délivrance opérationnel et sécurisé ainsi qu'une efficacité dans toutes les indications, pouvant se prolonger jusqu'à 18 mois. Les données d'addicto et pharmacovigilance ont confirmé un profil de sécurité attendu, avec cependant un risque accru d'idées suicidaires. Plus de la moitié des patients traités le sont pour douleurs neuropathiques réfractaires.

La Loi de financement de la sécurité sociale du 26 décembre 2023 a prévu les modalités de l'entrée dans le droit commun du cannabis médical en 2025 c'est-à-dire que les médicaments à base de cannabis médical pourront être prescrits comme tout médicament. Ces médicaments auront un statut spécifique, avec une autorisation d'utilisation pour une période temporaire de 5 ans, délivrée par l'ANSM. Les formes pharmaceutiques pourront être orales ou sublinguales, des formes pour inhalation par vaporisation. D'autres formes pharmaceutiques seront possibles si elles sont justifiées. Les médicaments à base de cannabis contiendront du delta-9-tétrahydrocannabinol (Δ^9 -THC) et/ou du cannabidiol (CBD) à différents ratios : THC dominant, THC / CBD équilibré, CBD dominant. Les produits finis contenant des cannabinoïdes sous forme de substance active pure et isolée seront exclus.

La prescription initiale sera hospitalière par un centre de soins spécialisé avec un renouvellement en ville possible. La dispensation se fera en officine de ville. Les indications seront définies par arrêté et seront les mêmes que celles de l'expérimentation : douleurs neuropathiques réfractaires, formes d'épilepsie pharmaco-résistantes chez l'adulte et l'enfant, symptômes rebelles en oncologie liés au cancer ou au traitement anticancéreux, situations palliatives et la spasticité douloureuse de la sclérose en plaques ou des autres pathologies du système nerveux central.

Les patients devront être en impasse thérapeutique c'est-à-dire un soulagement insuffisant ou une mauvaise tolérance des médicaments autorisées.

Il a été observé lors de l'expérimentation que l'efficacité du cannabis dans les douleurs neuropathiques réfractaires était principalement liée à la dose optimale en THC. Les doses usuelles sont de 15 mg/j de THC et de 65 mg/j de CBD. En fonction du choix du prescripteur et du patient, l'initiation du traitement se fera par une association de THC et CBD ou par du CBD



L'autorisation délivrée par l'ANSM sera assortie de l'obligation de mise en place par le titulaire de l'autorisation d'un recueil de données de suivi des patients traités dont les modalités seront fixées par l'ANSM.



Forums

Forum OFMA-SFETD

Pharmacosurveillance et bon usage des antalgiques

La Buprénorphine comme stratégie de sevrage des antalgiques opioïdes après échec d'un sevrage progressif chez les patients souffrant de douleur chronique non cancéreuse (étude SEVROP)

C. Bertin 1, N. Delage 1

1 Uca Chu Clermont Fd - Clermont Fd (France)

Introduction

Les antalgiques opioïdes sont fréquemment prescrits pour une utilisation prolongée (≥ 3 mois) dans un contexte de douleur chronique non cancéreuse, ce qui entraîne parfois une dépendance physique et divers symptômes de sevrage désagréables pour les patients [1]. Actuellement, il n'existe aucune stratégie de sevrage validée pour les patients concernés. L'objectif de cette étude est d'évaluer une stratégie de sevrage ambulatoire utilisant la buprénorphine pour les patients souffrant de douleurs chroniques qui n'ont pas réussi à se sevrer progressivement de l'antalgique opioïde dont ils sont devenus dépendants.

Méthodes

Tous les patients ont débuté le protocole par une phase de décroissance progressive de leur opioïde initial, selon un calendrier de réduction sur 6 mois, planifié jusqu'au sevrage complet. Les patients qui n'ont pas pu suivre ce protocole de sevrage jusqu'à son terme se sont vu proposer de la buprénorphine, à une dose initiale de 4 mg/jour, en remplacement de leur antalgique opioïde. Cette dose pouvait être modulée selon la tolérance du patient au traitement et l'apparition de symptômes de sevrage dans les jours suivant le début de la buprénorphine (minimum : 2 mg, maximum : 8 mg). Un calendrier de sevrage progressif de la buprénorphine a ensuite été proposé au patient, visant un sevrage complet en 9 mois maximum. Selon le plan statistique de Fleming, ce critère était considéré comme atteint, si au moins 7 des 11 patients avaient une analyse d'urine sans opioïde, incluant la buprénorphine, à la fin de l'étude, validant ainsi le sevrage complet de tous les opioïdes.

Résultats

Sur les 20 patients inclus dans l'étude, 16 n'ont pas réussi à se sevrer progressivement de leur analgésique opioïde. Parmi eux, 11 ont accepté de remplacer leur opioïde par de la buprénorphine. Parmi ces derniers, 7 ont réussi à se sevrer de la buprénorphine en moins de 9 mois.

Conclusion

Ce protocole structuré de sevrage ambulatoire à la buprénorphine est efficace pour sevrer les patients souffrant de douleurs chroniques non cancéreuses de l'antalgique opioïde dont ils étaient devenus dépendants. Les résultats concernant la tolérance, notamment l'impact du sevrage sur la douleur et d'autres comorbidités sont



actuellement en cours d'analyse et seront présentés lors du congrès.

Bibliographie

1. Haute Autorité de Santé. Bon usage des médicaments opioïdes : antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses [Internet]. Saint-Denis: Haute Autorité de Santé; 2022 mars [cité 8 avril 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3215131/fr/bon-usage-des-medicaments-opioidesantalgie-prevention-et-prise-en-charge-du-trouble-de-l-usage-et-des-surdoses



Forums

Forum Fondation APICIL Douleur en santé mentale

Retour d'expérience d'un Centre Douleur en Psychiatrie

J. Grison-Curinier 1

1 Ch Saint Jean De Dieu - Lyon (France)

Un Centre Douleur implanté dans un hôpital psychiatrique, lors de sa création en 2009 cela n'allait pas de soi ! L'expérience de 15 années au sein du Centre Hospitalier Saint Jean de Dieu à Lyon permet d'en confirmer l'intérêt : approche intégrative et réduction du clivage somato-psychique, facilitation de l'accès aux soins psychiatriques, limitation de l'errance médicale, avis expertal sur les situations complexes, travail en réseau avec les acteurs de la santé mentale, formation des équipes ne sont que quelques exemples de l'apport d'un tel dispositif spécifique. Cette spécificité permet également un travail de destigmatisation aussi bien du côté des patients que des professionnels: le regard porté sur les pathologies mentales est encore empreint de représentations plutôt négatives qui peuvent impacter la qualité de la prise en charge voire même constituer un facteur aggravant des manifestations symptomatiques. Ce dispositif reste actuellement unique en France . Pour autant , le retour d'expérience est en faveur d'une meilleure prise en compte de la spécificité de la prise en charge de la douleur en psychiatrie sur l'ensemble du territoire.



Forums

Forum Fondation APICIL Douleur en santé mentale

Le collectif douleur et TSA

A. Sourty 1

1 Centre Hospitalier Le Vinatier - Bron (France)

La prise en charge de la douleur chez les personnes porteuses d'un Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA), avec ou sans trouble du Développement Intellectuel (TDI) nécessite de bien connaître les différents profils rencontrés: sur le plan sensoriel, sur le plan de la communication, sur le plan développemental... la création il y a une dizaine d'années d'un Collectif Douleur comprenant des professionnels de santé exerçant dans ce domaine a permis de diffuser les connaissances sur l'expression de la douleur et d'avoir une approche différente sur les troubles du comportement observés afin de ne pas omettre une hypothèse douloureuse et en rechercher l'origine..Les personnes TSA sans TDI nous aident dans la compréhension de la perception d'une douleur pour elles-mêmes.. Nous essaierons d'illustrer cela par des fables écrites par ceux et celles qui la ressentent.

Bibliographie

Évaluation de la douleur des enfants et adolescents avec troubles du spectre de l'autisme : une revue systématique Pain assessment for children and adolescents with autism spectrum disorders(ASD): A systematic review Christelle Salaburaa,*^b, Arnaud Sourty ^{c,d,e}, Flora Bat-Pitault^{f,g}, Kirsty Regnerya,^h, Sandrine Mayeni,^j, Sébastien Colsoni,^{ja} Centre



Forums

Forum Associations de patients

Fibromyalgie et dépression : une fatalité ?

C. Robert 1

1 Fibromyalgie France - Paris (France)

« On a des mots pour dire une peine légère, mais les grandes douleurs ne savent que se taire ». Sénèque

Avec le recul de 25 ans d'engagement associatif dans le domaine de la douleur chronique fibromyalgique, nous pouvons affirmer que 80% du temps associatif a représenté la nécessité d'informer, d'expliquer, de convaincre... en particulier que nos douleurs ne sont pas dans la tête. La phrase, « c'est dans la tête », encore trop souvent entendue, est dévastatrice pour un douloureux chronique venu chercher de l'attention, de l'aide, une prise en charge justifiée, adaptée, légitime et in fine salvatrice !

Peut-on encore s'étonner que le mot « fibromyalgie » soit associé à « dépression » ? Mais est-ce que la dépression accompagne la fibromyalgie ou est-ce la conséquence de l'indifférence, de l'incompréhension, et du regard critique de certains interlocuteurs du médico-social, des relations familiales, amicales, professionnelles, etc... ?

Notre rôle associatif est de veiller à la défense et l'amélioration de la qualité de vie de ceux que nous représentons. Il nous appartient ainsi de réfléchir aux moyens à notre disposition pour qu'à la douleur physique ne vienne pas s'ajouter la douleur psychique.

Il est indéniable que croire le patient, le guider vers un soutien tant médical que psychologique est la porte ouverte vers un mieux-être. Malheureusement, la prise en charge de la douleur chronique fibromyalgique s'avérant complexe, les échecs thérapeutiques sont encore trop fréquents. Ce qui est vécu douloureusement par le patient qui peut réagir par une dépression réactionnelle.

Pourtant, nous voulons croire, et l'exprimer, que la dépression de la personne atteinte de fibromyalgie n'est pas une fatalité !



Forums

Forum Associations de patients

La douleur, un monde thérapeutique sans limite

F. Alliot-Launois 1

1 Aflar - Paris (France)

Quelle réponse apporter aux 33 millions de Français qui font face à une douleur en particulier chronique ? Elles sont le fruit d'accidents de la vie, de pathologies diverses, maladies rhumatismales etc..

Le modèle biomédical imprègne la culture de notre époque et façonne les attentes et les attitudes des praticiens, médecins et soignants, et des patients. La douleur chronique met en échec une approche centrée exclusivement sur le dualisme cartésien et l'approche objective réductionniste, représente un formidable défi pour la médecine contemporaine. La douleur est à l'origine de près de 2/3 des consultations médicales et de 80% du recours au pharmacien.

La recherche est indispensable pour mieux appréhender les mécanismes en jeu dans la douleur, permettre l'amélioration des thérapeutiques et l'élaboration de parcours de traitements personnalisés pour les patients douloureux.

Prendre un médicament contre la douleur est un atout majeur pour soulager la douleur et représente bien plus qu'à avaler une pilule pour soigner ou guérir un dysfonctionnement corporel, c'est à la fois produit de la recherche et de la culture d'une société, un monde vaste, et face à la thérapeutique, la relation humaine est au centre de chaque plainte douloureuse : patient face à lui-même, en relation avec les autres, qu'il soit membre de sa famille, soignant ou professionnel, et en effet, le patient nécessite une prise en charge globale médicamenteuse et non médicamenteuse.

L'évaluation de la douleur et la lutte contre la douleur sont un combat difficile à mener d'autant qu'est mis fréquemment en échec la technique et le savoir scientifique avec une part indomptable, inaccessible pour le monde médical et le patient lui-même. La douleur et son traitement échappent à l'exigence rationnelle de la rigueur cartésienne chez les soignants mais aussi chez les patients. On peut affirmer que la relation humaine est au centre de chaque plainte douloureuse et que les traitements reposent, quels qu'ils soient, sur cela.

La douleur est à l'origine de près de deux tiers des consultations médicales et du recours au pharmacien d'officine chez 80% des patients. L'enjeu est de comprendre en vie réelle les mécanismes en jeu dans la douleur, les attentes et constats des patients, et permettre l'amélioration des thérapeutiques et des propositions thérapeutiques avec l'arsenal à disposition, et l'élaboration de parcours de traitements personnalisés pour les patients douloureux.



Forums

Forum Associations de patients

Le SII et l'APSSII

P. Renoul 1

1 Apssii - Bobigny (France)

Le Syndrome de l'Intestin Irritable (SII) est défini comme une maladie chronique qui associe des troubles du transit (diarrhée, constipation), ballonnements, gaz, et douleurs et crampes abdominales.

Cette maladie concerne plus de 3 millions de personnes en France. Sa chronicité ainsi que ses symptômes principaux et secondaires peuvent retentir gravement sur le quotidien personnel, familial et professionnel des souffrants, nécessitant parfois la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH). Les formes les plus sévères de SII représentent 20 à 25% des cas.

Les causes du Syndrome de l'Intestin Irritable sont multiples, multifactorielles et partiellement identifiées, parmi lesquelles une micro-inflammation de la paroi du tube digestif, une motricité digestive perturbée et des anomalies des contrôles des messages douloureux au niveau de la moelle épinière et/ou du cerveau.

Aucun traitement ne guérit actuellement la maladie du SII. Les indications médicales actuelles sont ainsi de diminuer la fréquence et l'intensité des symptômes.

Les causes étant multifactorielles, gérer le SII s'inscrit ainsi dans une démarche de prise en charge globale :

- consultations médicales en ville, ou à l'hôpital, avec la création récente d'Hôpitaux de Jour dédiés aux troubles fonctionnels digestifs ;
- traitements médicamenteux et compléments alimentaires ;
- approche diététique ;
- traitements complémentaires : activité physique, approche psychocorporelle (hypnose, méditation, etc.).

L'APSSII (Association des Patients Souffrant du Syndrome de l'Intestin Irritable) intervient dans le cadre de cette prise en charge, pour soutenir et accompagner les souffrants et leur faciliter l'accès aux traitements complémentaires validés scientifiquement.

C'est pourquoi l'APSSII s'est donnée quatre principales missions depuis sa création en 2010 : soutenir et accompagner les souffrants, promouvoir la recherche, informer sur la pathologie et faire connaître le SII, représenter et défendre les droits des malades.



Mise au point

Recommandations HAS douleurs réfractaires en Soins palliatifs

E. Treillet 1

1 Hôpital Lariboisière - Paris (France)

La prise en charge de la douleur en situation palliative a bénéficié d'un dépoussiérage des anciennes recommandations de l'AFSSAPS. En 2020, des recommandations sur des molécules en usage hors AMM ont été réalisées sous l'égide de l'HAS. Les projecteurs de la santé étaient focalisés à l'époque sur la pandémie COVID. Nous redonnons ici la mise en lumière actualisée de ces recommandations.

Une évaluation minutieuse de la douleur est primordiale et doit prendre en compte toutes les composantes de la douleur : cognitivo-comportementale, affectivo-émotionnelle et sensori-discriminative.

les mécanismes physiopathologiques, notamment neuropathiques.

Le changement d'opioïde est recommandé en cas de douleur non contrôlée malgré un traitement bien conduit, de tolérance, d'effets indésirables importants ou de nécessité médicale. Il est préférable d'utiliser des tables de conversion comme Opiconvert pour calculer les doses.

La méthadone est particulièrement intéressante pour les douleurs rebelles liées au cancer, en deuxième intention après échec d'un traitement opioïde bien conduit. Son instauration nécessite une hospitalisation et une surveillance particulière, notamment en raison du risque de surdosage retardé. La dose initiale et l'ajustement doivent être déterminés par une équipe spécialisée.

Son instauration peut être guidée par un convertisseur en ligne www.metaconvert.eu et accompagné par les outils présent dans la metabox www.sfetd-douleur.org/douleurs-cancer/

La kétamine peut être utilisée comme co-antalgique avec un opioïde pour les douleurs rebelles. Son mécanisme d'action principal est l'antagonisme des récepteurs NMDA, ce qui contribue à réduire l'hyperalgésie induite par les opioïdes. La dose initiale varie de 0,15 à 0,5 mg/kg/j par voie intraveineuse, pouvant être augmentée progressivement. La dose maximale recommandée est de 5 mg/kg/j, au-delà de laquelle l'effet anesthésique devient prédominant et le risque d'effets indésirables augmente.

Les blocs nerveux périphériques sont à envisager pour les douleurs rebelles localisées. Ils agissent en interrompant la transmission des influx nociceptifs vers les centres supérieurs. L'administration de l'anesthésique local peut se faire en bolus, en continu, ou en continu avec bolus.

Pour les douleurs rebelles non contrôlées par une équivalence de 300 mg de morphine orale, l'antalgie intrathécale permet d'administrer les antalgiques directement dans le liquide céphalorachidien:

- Morphine : 1/100^e de la dose IV, maximum 5 mg/j
- Ropivacaïne : 6 à 8 mg/j
- Ziconotide : 0,25 à 0,50 µg/j[1]



Le fentanyl transmuqueux peut être envisagé sans traitement de fond opioïde en l'absence de douleur de fond notamment pour les douleurs induites d'installation rapide et brève (<1h30). Son utilisation doit être soigneusement évaluée et surveillée.

La prise en charge de la douleur en soins palliatifs nécessite une évaluation, une adaptation des traitements et une collaboration étroite entre les différents professionnels de santé.

Bibliographie

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3150631/fr/antalgie-des-douleurs-rebelles-et-pratiques-sedatives-chez-l-adulte-prise-en-charge-medicamenteuse-en-situations-palliatives-jusqu-en-fin-de-vie



Mise au point

Quels programmes d'ETP pour les enfants et adolescents douloureux chroniques et leurs aidants ?

A.G.L.A.E. : ton programme qui te fait bouger

S. Berciaud 1, H. Capdupuy 1, A. Raynaud 1

1 Service Douleur Et Médecine Intégrative, Unité Centre D'évaluation Et De Traitement De La Douleur Pédiatrique Chu Bordeaux - Bordeaux (France)

La définition de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) par l'Organisation Mondiale de la Santé est rapportée par l'HAS dans ses recommandations (1,2): « L'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie ».

Il existe cependant des spécificités des programmes pédiatriques(3) : le programme doit être adapté au développement de l'enfant et de l'adolescent. Il faut prendre en considération les spécificités liées à la dépendance de l'enfant à l'adulte : relation triangulaire : soignant-enfant-parent, transfert de connaissance du parents vers l'enfant, intérêt d'atelier enfant/adolescent mais aussi parent, éduquer les « autres » adultes référents : personnel de crèche, assistant(e) maternelle notamment via des projet d'accueil individualisé (PAI).

Les objectifs d'éducation thérapeutique doivent être adaptés aux enfants et aux parents. Il faut adapter la démarche éducative à l'enfant/adolescent : lors du diagnostic éducatif, lors d'ateliers par tranche d'âge, via des ateliers collectifs ... La participation de l'ensemble de l'équipe qui élabore et déploie le programme est essentielle à chaque étape. (4) La douleur chronique étant maintenant reconnue dans la dernière Classification Internationale des Maladies (CIM) (5), nous avons donc entrepris d'élaborer sur ces bases un programme d'ETP destinés aux enfants et adolescents présentant des douleurs chroniques. C'est ainsi qu'est né le programme « A.G.L.A.E : Autonomiser.Guider.Lâcher-prise.Adapter. Écouter ». Nous le déployons depuis fin 2023 au sein du Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur pédiatrique du CHU de Bordeaux. Ce programme comporte des ateliers individuels à destinations des enfants/adolescents et des ateliers de groupe d'enfants/adolescent et un atelier « parents ». Certains ateliers sont spécifiques à une pathologie (migraine/céphalée et syndrome douloureux régional complexe) d'autres sont transversaux (découverte de



techniques psychocorporelles, apprentissage de l'électrostimulation transcutanée, connaître et gérer ses traitements, vivre avec un enfant présentant des douleurs chroniques ...).

Bibliographie

1. Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation: Juin 2007. Obes. mars 2009;4(1):39-43.
2. Tubiana-Rufi N. Éducation thérapeutique des enfants et adolescents atteints de maladie chronique. La Presse Médicale. 1 déc 2009;38(12):1805-13.
3. Le Rhun A, Greffier C, Mollé I, Péllicand J. Spécificités de l'éducation thérapeutique chez l'enfant. Revue Française d'Allergologie. 1 avr 2013;53(3):319-25.
4. Mayen S, Clifford-Faugere GD, Mourey S, Espanet N, Reynaud R, Gentile S, et al. Caractéristiques des activités infirmières et infirmières puéricultrices dans le cadre des programmes d'éducation thérapeutique en diabétologie pédiatrique : une étude qualitative descriptive. Educ Ther Patient/Ther Patient Educ. 2020;12(1):10202.
5. Eleventh revision of the International Classification of Diseases.



Mise au point

Quels programmes d'ETP pour les enfants et adolescents douloureux chroniques et leurs aidants ?

Mieux comprendre et évaluer la douleur de notre enfant déficient intellectuel

P. Le Moine 1, F. Insogna 1

1 Chu Brest - Brest (France)

L'équipe Mobile Douleur Handicap Déficience Intellectuelle 0-25 ans (MoDIDol), du CHU de Brest, a eu pour ambition, dès sa création en septembre 2022, de favoriser l'identification et l'évaluation de la douleur par les parents ou aidants familiaux des enfants, adolescents et jeunes adultes en situation de déficience intellectuelle modérée à sévère. [1]

Le format initial a été une proposition de formation des parents sous forme de séminaires de 1H30 avec une présentation magistrale de bases neurophysiologiques, des outils d'évaluation adaptés, et de l'application APO. Les parents étaient invités à poser des questions pendant ou après la présentation. Nous avons ainsi formé 30 parents de 27 patients, l'organisation étant fixée par les institutions où nous intervenons. 1 parent a été revu à 2 mois pour évaluer l'impact de la formation. Le caractère descendant de la formation et la sélection des parents par les institutions nous ont paru limiter l'impact de notre proposition.

Pour évoluer, infirmier et médecin de MoDIDol avons suivi, de décembre 2023 à mars 2024, une formation-action en éducation thérapeutique du patient (ETP) - Niveau 1, proposée par la filière DéfiScience.

Notre programme ETP « Reconnaître et Evaluer la Douleur de mon Enfant » (DouREVE) est proposé via les institutions mais aussi par le CRDI, et les associations de patients. Les lieux de formation (Brest - St Brieuc - Lorient) et les dates sont déterminés par notre équipe.

Nous construisons des groupes différenciés de parents d'au maximum 6 enfants soit en situation de polyhandicap soit avec un trouble du spectre de l'autisme sévère.

Après bilan éducatif partagé initial, le programme se décline en 3 ateliers répartis sur 2 demi-journées à 2 semaines d'intervalle. Le premier atelier « Qu'est-ce que la douleur » comprend un temps de présentation des participants, une mind map sur leurs représentations de la douleur, et un apport théorique sur les bases neurophysiologiques de la douleur. L'atelier suivant sur « Les outils d'évaluation en contexte de déficience intellectuelle modérée à sévère » part d'un méta plan de leurs observations organisé en sous-catégories selon l'échelle d'évaluation présentée au décours : Profil Douleur Pédiatrique en contexte de polyhandicap, et GED-DI en contexte de TSA. Un test pratique sur vidéo clôt la séance. La deuxième demi-journée permet d'apprécier l'appropriation de l'outil dans un atelier de retour d'expérience en groupe de pairs, avant de proposer l'application APO avec démonstration collective et individuelle.



Nous débutons les sessions ETP en septembre 2024 à Brest, puis à St Briec début novembre. Nous présenterons au congrès de la SFETD ces premières expériences.

Bibliographie

1- Le Moine P, Insogna F. Equipe Mobile Douleur Handicap Déficience Intellectuelle 0-25 ans (MoDIDol) : une démarche innovante qui rencontre, depuis un an, enfants, familles, et professionnels. Douleurs (Paris)25 : 148-153



Mise au point

Infirmier référent douleur versus ressource douleur

C. Bevis 1, M. Periot 2

1 Chu Montpellier - Montpellier (France), 2 Ch Chateauroux - Chateauroux (France)

On confond souvent l'infirmier ressource douleur (IRD) et le référent douleur (RD) ou correspondant douleur (CD). Ces professionnels sont des personnes motivées et intéressées dans le domaine de la douleur mais leurs missions et lieux d'exercice ne sont pas les mêmes.

L'IRD, que l'Ordre National Infirmier, nomme "Infirmier expert en douleur", a un rôle défini par celui-ci avec ces capacités et aptitudes, les connaissances, formation et expérience requises. La commission professionnelle infirmière de la SFETD a mis à jour le référentiel d'activités et de compétences de l'IRD en 2020.

Les rôles et missions des RD/CD ne sont pas réellement définis au niveau national mais plutôt propres à chaque établissement de santé.

Cette Mise au point a pour objectif de clarifier les missions et rôles de chacun.

Bibliographie

INFIRMIER RESSOURCE DOULEUR REFERENTIEL D'ACTIVITES ET DE COMPÉTENCES (sfetd-douleur.org)

BERLEMONT C., GILLET D. (2016) L'infirmier(ère) ressource douleur en structure d'évaluation et de traitement de la douleur chronique. Douleur et Analgésie, 29(3) : 141-144

Code de la santé publique : article R4311-2

Code de la santé publique : article L1110-5

LELIEVRE N. Soins infirmiers et prise en charge de la douleur. Douleurs, Evaluation-Diagnostic-Traitement, 2004 ; 5(3) : 163-6

VASSEUR P. Infirmier référent . Quel rôle et quelle expertise?, juillet 2011, www.infirmier.com



Mise au point

Douleur aiguë : Actualités

Hyperalgésie induite par les opioïdes en périopératoire à l'opioïde free analgesia (OFA). Quelle est la juste mesure ?

S. D'anesthésie 1

1 Aphp Paris Saclay - Boulogne Billancourt (France)

Une analgésie péri-opératoire efficace l'analgésie n'est pas seulement une nécessité humaine mais elle est importante pour prévenir les complications à court et à long terme. Nous devrions tempérer notre enthousiasme à éliminer complètement les opioïdes avec des considérations pratiques, des attentes réalistes et des preuves fiables. Nous devrions nous concentrer sur la réduction de l'usage des opioïdes avec des options connues, sûres, réalisables et adaptées aux besoins individuels des patients

Il a fallu des décennies pour installer les opioïdes dans le quotidien ; ils restent utiles pour la chirurgie majeure et une douleur sévère

La recherche de la dose optimale d'opioïdes per et postopératoire est une quête légitime. On observe un bénéfice sur nausées vomissements péri-opératoires si on réalise une abstention totale peropératoire des opioïdes ou une analgésie multimodale efficace

La crise Nord-Américaine ne doit pas nous égarer. L'OFA stricte peropératoire est pourvoyeuse d'effets secondaires. Il faut souligner les accusations infondées pour les opioïdes telles qu'exposition au cancer ou DCPC.



Mise au point

Neuromodulation : Preuves de la littérature

Preuve dans la littérature de la Neuromodulation nerveuse Périphérique Implantée

B. Bouche 1

1 Dr - Poitiers (France)

Les preuves disponibles dans la littérature médicale indiquent que la neuromodulation périphérique implantée est efficace pour traiter certaines formes de douleur chronique, en particulier les douleurs neuropathiques. Plusieurs études cliniques et revues systématiques récentes ont montré que cette technique peut réduire significativement l'intensité de la douleur et améliorer la qualité de vie des patients porteurs d'une douleur neuropathique chronique. Cependant, la qualité des preuves reste variable en fonction des pathologies et des types de dispositifs utilisés. Des essais contrôlés randomisés à plus large échelle seront nécessaires non seulement pour confirmer ces résultats mais surtout optimiser les protocoles thérapeutiques. La neuromodulation périphérique implantée commence également à élargir son champ d'efficacité dans les douleurs nociceptives ostéoarticulaires.

Bibliographie

Biomedicines 2022 systematic review (PMID: 36291376)

Pain Management 2024, Vol 14 207-222 A review of prospective studies regarding percutaneous peripheral nerve stimulation in the management of chronic pain.

SILENCING trial protocol (2023)



Mise au point

Neuromodulation : Preuves de la littérature

Radiofréquence dans le traitement de la douleur chronique rachidienne

F. Di Maria 1

1 Hôpital Foch, Service De Neuroradiologie Diagnostique Et Thérapeutique - Suresnes (France)

La thermocoagulation par radiofréquence est employée pour traiter la lombalgie d'origine facettaire. Cette méthode cible les facettes articulaires vertébrales, souvent une source majeure de douleur lombaire. La procédure consiste à appliquer de la chaleur contrôlée aux nerfs responsables de la douleur, inhibant ainsi leur capacité à transmettre des signaux de douleur. La thermocoagulation par radiofréquence offre un soulagement prolongé en détruisant temporairement les fibres nerveuses sensibles dans les facettes articulaires.

Les indications pour la thermocoagulation par radiofréquence incluent les cas de lombalgie chronique persistante, particulièrement lorsque la douleur est localisée aux facettes articulaires et résiste aux traitements conservateurs. Les études cliniques ont démontré que cette technique peut significativement réduire la douleur et améliorer la fonction physique chez les patients souffrant de lombalgies facettaires persistantes.

Sur le plan de la sécurité, la thermocoagulation par radiofréquence est généralement bien tolérée avec des risques minimes de complications graves. Les effets secondaires potentiels sont généralement mineurs et temporaires, incluant une légère douleur au site d'intervention ou une majoration transitoire du tableau algique initial.

En ce qui concerne en revanche la radiculalgie, les traitements conventionnels incluent les médicaments anti-inflammatoires, la thérapie physique et les injections de corticostéroïdes, mais leur efficacité à long terme peut être limitée, avec des effets secondaires potentiels. La radiofréquence pulsée (RFP) émerge comme une alternative prometteuse, notamment dans le cadre de la douleur radiculaire neuropathique. Contrairement à la radiofréquence continue, qui détruit les tissus nerveux, la RFP modifie l'activité des nerfs sensoriels sans causer de lésions permanentes. Elle est utilisée pour réduire la transmission du signal de douleur, offrant un soulagement efficace tout en minimisant les effets secondaires.

Pour résumer, tant la radiofréquence pulsée pour la radiculalgie que la thermocoagulation par radiofréquence pour la lombalgie facettaire offrent des options de traitement efficaces et relativement sûres pour les patients souffrant de douleur chronique du dos. Ces techniques représentent des avancées importantes dans la gestion de la douleur lombaire, offrant un soulagement durable et améliorant la qualité de vie des patients.

Bibliographie

1. Cohen SP, Raja SN. Pathogenesis, diagnosis, and treatment of lumbar zygapophysial (facet) joint pain. *Anesthesiology*. 2007;106(3):591-614. doi:10.1097/00000542-200703000-00022



2. van Wijk RM, Geurts JW, Wynne HJ, et al. Radiofrequency denervation of lumbar facet joints in the treatment of chronic low back pain: a randomized, double-blind, sham lesion-controlled trial. *Clin J Pain*. 2005;21(4):335-344.
3. Van Zundert J, Patijn J, Kessels A, et al. Pulsed radiofrequency adjacent to the cervical dorsal root ganglion in chronic cervical radicular pain: a double blind sham controlled randomized clinical trial. *Pain*. 2007;127(1-2):173-182.
4. Tekin I, Mirzai H, Ok G, Erbuyun K, Vatansever D. A comparison of conventional and pulsed radiofrequency denervation in the treatment of chronic facet joint pain. *Clin J Pain*. 2007;23(6):524-529.
5. Choi HJ, Oh IH, Choi SK, Lim YJ, Park JS, Kang HS. A systematic review of radiofrequency ablation for benign thyroid nodules and recurrent thyroid cancers. *Korean J Radiol*. 2011;12(2):141-151.
6. Van Boxem K, de Meij N, Kessels A, Van Kleef M, Van Zundert J. Radiofrequency and pulsed radiofrequency treatment of chronic pain syndromes: the available evidence. *Pain Pract*. 2008;8(5):385-393.
7. Vallejo R, Benyamin RM, Kramer J, Stanton G, Joseph NJ. Pulsed radiofrequency denervation for the treatment of sacroiliac joint syndrome. *Pain Med*. 2006;7(5):429-434.



Mise au point AINS et infection

Faut-il vraiment avoir peur des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) en cas d'infection?

S. Perrot 1

1 Centre De La Douleur, Hôpital Cochin, Université Paris Cité, Inserm U987 - Paris (France)

L'utilisation des AINS est associée à de nombreux risques, qui justifient la prudence, notamment lors de l'administration prolongée. L'épidémie de COVID19 avait initialement mis en avant un potentiel risque lié à l'utilisation des AINS en cas d'infection par le COVID. Ce risque a été ultérieurement démenti, laissant les patients et les professionnels de santé dans le doute. Dans le contexte bactérien, les risques semblent plus affirmés. Qu'en est-il vraiment du risque infectieux lié à l'utilisation des AINS ?

Les AINS et le COVID 19:

Au début de l'épidémie, dans un contexte bouleversé, et des connaissances naissantes, des signaux en faveur d'un sur-risque lié à l'ibuprofène ont émergé. Ceci a même conduit à l'émission d'une alerte par le ministre de la santé de l'époque. Cette alerte a eu un impact considérable sur les patients, médecins, pharmaciens qui sont allés jusqu'à interdire toute prise d'ibuprofène en cas de suspicion d'infection à COVID19. Les données ont été analysées ultérieurement et on peut maintenant être complètement rassurés : il n'existe pas de surrisque de morbidité, mortalité, lié à l'utilisation des AINS en cas de COVID, et notamment d'ibuprofène (1).

Les AINS et autres virus

Comme dans le COVID, des données initiales ont pu inquiéter sur le risque liés à l'utilisation d'AINS lors d'une infection à dengue. En fait les données récentes sont rassurantes et n'imposent pas de restriction d'utilisation (2).

Par contre, dans l'infection à VZV, notamment chez l'enfant, il existe véritablement un sur-risque de syndrome de Reye et d'infection cutanée lors de l'utilisation d'AINS qui justifie une contre-indication.

Les infections bactériennes

Plusieurs études de pharmacovigilance ont évoqué le rôle favorisant de la prise d'AINS pour la fièvre ou la douleur dans l'aggravation des infections streptococciques (3). Un récent rapport de 2023 (4) indique que les infections et complications d'infections bactériennes représentent une part très importante des effets indésirables graves déclarés avec l'ibuprofène, avec une augmentation des cas d'infections graves, et un nombre élevé de formes très sévères., avec l'ibuprofène et le kétoprofène. Ceci semble associé à une mortalité élevée, notamment en pédiatrie. Les données expérimentales particulièrement solides soulignent le risque intrinsèque lié à un effet propre des AINS sur l'amplification de la diffusion des streptocoques (5).



En conclusion, les données actuelles suggèrent que le risque lors de l'utilisation des AINS dans les infections virales est non significatif, en dehors de l'infection à VZV. Ce risque devra être évalué pour les nouvelles infections virales en développement comme le M-Pox. Dans les infections bactériennes, le risque semble plus important, notamment lors d'infections streptococciques, et en pédiatrie, ce qui justifie ici une utilisation du paracétamol plus que des AINS.

Bibliographie

- 1- Moore N, Bosco-Levy P, Thurin N, Blin P, Droz-Perroteau C. NSAIDs and COVID-19: A Systematic Review and Meta-analysis. *Drug Saf.* 2021;44(9):929-938.
- 2-Kellstein, D., & Fernandes, L. (2019). Symptomatic treatment of dengue: should the NSAID contraindication be reconsidered? *Postgraduate Medicine*, 131(2), 109–116.
- 3-Tan E, Braithwaite I, McKinlay CJD, Dalziel SR. Comparison of Acetaminophen (Paracetamol) With Ibuprofen for Treatment of Fever or Pain in Children Younger Than 2 Years: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open.* 2020 Oct 1;3(10):e2022398.
- 4-ANSM, Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et complications infectieuses graves, Avril 2023
- 5-Mariani F, Gentili C, Pulcinelli V, Martino L, Valentini P, Buonsenso D. State of the Art of Invasive Group A Streptococcus Infection in Children: A Scoping Review of the Literature with a Focus on Predictors of Invasive Infection. *Children (Basel).* 2023;10(9):1472.



Mise au point

Adaptation pharmacologique aux caractéristiques des patients

N. Attal 1

1 Inserm U987, Uvsq Paris Saclay, Hôpital Ambroise Paré, 9 Avenue Charles De Gaulle - Boulogne Billancourt (France)

Des données récentes indiquent que diverses nouvelles stratégies de traitement basées sur des marqueurs biologiques et/ou cliniques prédictifs pourraient être utiles pour mieux personnaliser et donc améliorer la gestion de la douleur neuropathique (1). La validation de biomarqueurs objectifs (utilisant notamment des techniques neurophysiologiques ou anatomiques) semble la plus pertinente. Cependant, bien que des résultats prometteurs aient été rapportés avec ces approches, la validation clinique de ces biomarqueurs reste préliminaire. Ainsi, les stratégies thérapeutiques les plus documentées sont basées sur le développement de « marqueurs » cliniques, reposant sur des auto-questionnaires. Dans cette mise au point, nous résumerons les différentes approches fondées sur des biomarqueurs objectifs ou des marqueurs cliniques pouvant être utilisés pour adapter au mieux les traitements aux caractéristiques des patients.

Bibliographie

Bouhassira D, Attal N. Personalized treatment of neuropathic pain: Where are we now? Eur J Pain. 2023 Oct;27(9):1084-1098.



Mise au point

Prescription de l'activité physique : où en est-on ?

F. Bailly 1, V. Boucherot 2

1 Dr - Paris (France), 2M. - Cornouaille (France)

De nombreuses preuves de l'activité physique existent pour la plupart des douleurs chroniques, comme la lombalgie, la fibromyalgie ou les autres douleurs musculosquelettiques. Néanmoins dans la pratique quotidienne, on observe des difficultés pour mettre en place l'activité physique chez les personnes douloureuses chroniques, malgré le bénéfice escompté. De nombreux freins existent, pouvant être physiques, cognitifs ou matériels. De multiples outils permettent d'aider à sa mise en place, ainsi que sa prescription. Récemment, la prescription de l'activité physique s'est élargie aux éducateurs en activité physique adaptée ce qui facilite l'adoption d'une activité physique régulière par le plus grand nombre, quelles que soient leurs pathologies de santé. Les outils, conseils, moyens disponibles et facilitateurs seront discutés avec Vincent Boucherot, enseignant en activité physique adaptée et Florian Bailly, rhumatologue et algologue.



Mise au point

Trajectoires psychologiques des patients douloureux chroniques

Capacités d'adaptation et de résilience dans les trajectoires psycho-traumatiques de la douleur

A. Masselin-Dubois

Université de Bourgogne (Dijon)

L'étude des trajectoires de la douleur a souligné l'existence de facteurs de déclenchement et de processus de chronicisation de la douleur dans les situations psychotraumatiques. Si des facteurs de vulnérabilité psychologique peuvent alerter sur l'existence de fragilités psychologiques, il est bien difficile de prédire l'évolution d'une douleur sans tenir compte des compétences et des capacités du sujet à s'adapter aux douleurs chroniques. La douleur s'inscrit dans une histoire de vie, et appelle le sujet à s'adapter aux événements de vie. Le corps douloureux fait office d'enveloppe psychique et rend visible une souffrance psychologique.

Dans cette mise au point, nous présenterons les singularités émergentes dans l'histoire de vie douloureuse, en nous appuyant sur la littérature existante. Nous verrons comment les patients douloureux chroniques s'ajustent aux adversités rencontrées, ainsi que les processus psychotraumatiques liés aux douleurs et les capacités de résilience, à partir du récit d'une vignette clinique portant sur une patiente drépanocytaire dont la greffe aura supprimé les crises douloureuses.



Sessions parallèles

Session du CEDR : Douleurs de l'appareil locomoteur

Hommes-femmes : sommes-nous égaux face à la douleur arthrosique ?

A. Courties 1

1 Hôpital Saint-Antoine - Paris (France)

Les femmes présentent un niveau de douleur musculo-squelettique plus élevé que les hommes, notamment en cas d'arthrose, qui est aussi plus souvent symptomatique chez elles. On pourrait intuitivement penser que cela est dû à une plus grande sévérité lésionnelle de la maladie chez les femmes. Cependant, à sévérité radiographique égale, les femmes décrivent des douleurs d'arthrose du genou plus intenses que les hommes (1). Bien que cette différence semble s'étendre à de nombreuses maladies chroniques douloureuses, peu d'études ont exploré les différences physiopathologiques et sociologiques qui pourraient l'expliquer.

La plupart des études précliniques sur l'arthrose sont réalisées sur des souris mâles d'environ 3 mois (équivalent à des adolescents mâles), connues pour développer une arthrose plus sévère. Pourtant, l'arthrose prédomine chez les femmes après 65 ans, ce qui crée un écart majeur entre les données précliniques et les observations cliniques humaines, limitant ainsi la compréhension des mécanismes physiopathologiques de l'arthrose et de la douleur associée (2).

Plusieurs hypothèses sont avancées pour expliquer pourquoi les femmes souffrent d'une arthrose plus douloureuse : des facteurs génétiques, hormonaux, ou liés à la réponse aux antalgiques, mais aussi des différences neuro-immunitaires (3), car des voies neuro-immunes distinctes sont impliquées dans la douleur chez les hommes et les femmes. Il est cependant évident qu'il existe également d'importants biais psychosociaux et sociétaux qui influencent les comportements liés au genre et modifient l'interprétation des symptômes par les médecins. Ainsi, pour une présentation clinico-radiographique identique d'une gonarthrose, un homme se verra proposer une prothèse totale 4 à 22 fois plus souvent qu'une femme (4).

L'objectif des prochaines années est donc de mieux comprendre les différences dans l'expression de la douleur d'un point de vue physiopathologique et sociétal entre les femmes et les hommes. En tant que professionnels de santé, il est essentiel de réfléchir aux biais implicites qui influencent notre évaluation et notre prise en charge des patients en fonction du genre.

Bibliographie

- 1 Glass N, Segal NA, Sluka KA, et al. Examining sex differences in knee pain: the multicenter osteoarthritis study. *Osteoarthritis Cartilage* 2014; 22: 1100–6.
- 2 Franke M, Mancino C, Taraballi F. Reasons for the Sex Bias in Osteoarthritis Research: A Review of Preclinical Studies. *Int J Mol Sci* 2023; 24: 10386.
- 3 Geraghty T, Obeidat AM, Ishihara S, et al. Age-Associated Changes in Knee Osteoarthritis, Pain-Related Behaviors, and Dorsal Root Ganglia Immunophenotyping of Male and Female Mice. *Arthritis Rheumatol* 2023; 75: 1770–80.



4 Borkhoff CM, Hawker GA, Kreder HJ, Glazier RH, Mahomed NN, Wright JG. The effect of patients' sex on physicians' recommendations for total knee arthroplasty. CMAJ 2008; 178: 681-7.



Sessions parallèles

Session du CEDR : Douleurs de l'appareil locomoteur

De Cronos à Algos : pour une chronobiologie de la douleur

S. Perrot 1

1 Centre De La Douleur, Hôpital Cochin, Université Paris Cité, Inserm U987 - Paris (France)

Les rythmes biologiques jouent un rôle majeur dans le fonctionnement des organismes vivants, dans la construction des comportements habituels (alimentation, sommeil, etc), dans les défenses immunitaires, la mémoire... Les systèmes biologiques ont des variations quotidiennes, mensuelles, annuelles... et la douleur ne fait pas exception (3,5).

Les variations temporelles de la douleur : importance pour le diagnostic

Un grand nombre de douleurs ont des variations dans leur intensité et leurs caractéristiques. Certaines variations permettent notamment de les classer en douleurs inflammatoires, lorsqu'elles sont majorées la nuit, ou mécaniques lorsqu'elles augmentent tout au long de la journée. Ces variations sont importantes à connaître pour le diagnostic, mais aussi pour évaluer l'impact de ces douleurs sur la qualité de vie des patients, que ce soit dans l'arthrose, mais aussi le cancer et les maladies inflammatoires. La chronobiologie met ainsi en avant les liens qui sont importants entre le sommeil et la douleur (5).

La chronobiologie : comprendre les variations de la douleur

L'évaluation de l'horloge biologique et de ses gènes montre l'importance des liens entre les rythmes biologiques et les systèmes endocriniens, immunitaires, notamment par les cytokines. Les modifications actuelles de la durée de sommeil des populations, l'importance des lumières artificielles, des écrans, modifient les rythmes biologiques mais aussi l'apparition ou l'intensité de certaines douleurs comme la fibromyalgie ou les lombalgies chroniques.

Modifier les rythmes pour améliorer la douleur et réduire l'inflammation ?

Les études récentes montrent l'importance de la sieste pour réduire l'inflammation et améliorer certaines douleurs. A l'inverse, certains traitements anti-inflammatoires pourraient réduire les troubles du sommeil. Nous avons réalisé une étude montrant l'impact d'une sieste sur la restauration de la sensibilité à la douleur chez des volontaires ayant subi une privation de sommeil (2). D'autres auteurs ont utilisé des types de lumière, comme la lumière verte, pour réduire l'inflammation et renforcer les systèmes opioïdes endogènes (4).

La chronopharmacologie : une approche à développer dans la douleur ?

On sait que l'absorption et le métabolisme de certains médicaments diffèrent selon les horaires notamment l'absorption qui est souvent plus rapide le jour. Certaines études suggèrent aussi une variation de l'efficacité du paracétamol au cours de la journée. La détoxification par le CYP 450, importante avec les antalgiques, subit aussi des variations



importantes qui pourraient influencer sur l'efficacité mais aussi la survenue d'effets indésirables (1).

En conclusion, les variations chronobiologiques de la douleur doivent être pris en compte dans l'évaluation des douleurs mais aussi dans leur prise en charge, notamment pour amplifier l'efficacité des traitements. A l'avenir, l'approche personnalisée de la douleur devrait intégrer ces données chronobiologiques, pour une véritable approche chrono-algologique.

Bibliographie

1-Carrasco-Querol N, Cabricano-Canga L, Bueno Hernández N, Gonçalves AQ, Caballol Angelats R, Pozo Ariza M, Martín-Borràs C, Monteso-Curto P, Castro Blanco E, Dalmau Llorca MR, Aguilar Martín C. Nutrition and Chronobiology as Key Components of Multidisciplinary Therapeutic Interventions for Fibromyalgia and Associated Chronic Fatigue Syndrome: A Narrative and Critical Review. *Nutrients*. 2024;16(2):182.

2-Faraut B, Léger D, Medkour T, Dubois A, Bayon V, Chennaoui M, Perrot S. Napping reverses increased pain sensitivity due to sleep restriction. *PLoS One*. 2015;10(2):e0117425.

3-Knezevic NN, Nader A, Pirvulescu I, Pynadath A, Rahavard BB, Candido KD. Circadian pain patterns in human pain conditions - A systematic review. *Pain Pract*. 2023 ; 23(1):94-109.

4-Martin LF, Cheng K, Washington SM, Denton M, Goel V, Khandekar M, Largent-Milnes TM, Patwardhan A, Ibrahim MM. Green Light Exposure Elicits Anti-inflammation, Endogenous Opioid Release and Dampens Synaptic Potentiation to Relieve Post-surgical Pain. *J Pain*. 2023;24(3):509-529.

5-Segal JP, Tresidder KA, Bhatt C, Gilron I, Ghasemlou N. Circadian control of pain and neuroinflammation. *J Neurosci Res*. 2018;96(6):1002-1020.



Sessions parallèles

Session du CEDR : Douleurs de l'appareil locomoteur

Recommandations de l'OMS 2023 sur la lombalgie chronique

F. Bailly 1

1 Rhumatologue – Algologue - Paris

L'utilisation des antalgiques, et principalement des opioïdes dans la lombalgie chronique est toujours controversée. L'organisation mondiale de la santé en décembre 2023 a publié des recommandations de prise en charge de la lombalgie chronique pour aider à sa prise en charge. Un focus particulier était réalisé concernant les personnes âgées, chez qui certains traitements spécifiques pouvaient être différents.

Pour le paracétamol, il n'y avait pas de recommandation formulée.

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens, qui sont beaucoup utilisés dans les lombalgies aiguës, ont également certaines données dans la lombalgie chronique, puisque les auteurs ont retrouvé 4 essais randomisés contrôlés ayant duré plus de 12 semaines, et inclus 1300 personnes. Ces études ont retrouvé une faible efficacité sur la douleur, même si les effets secondaires connus rénaux, digestifs et cardiaques font recommander ces traitements uniquement en cure courte et en prenant en compte les comorbidités des personnes.

De même il n'y avait pas de recommandation formulée pour les benzodiazépines car aucun essai n'existait dans la lombalgie chronique. En revanche, des risques étaient rappelés comme les troubles mnésiques, les chutes, le mésusage, la dépendance ou le syndrome de sevrage lors d'un arrêt après utilisation prolongée.

Le cannabis n'avait pas non plus de recommandation formulée puisque aucun essai n'avait évalué ni le bénéfice ni les risques dans la lombalgie chronique.

Les antiépileptiques de type prégabaline ou gabapentine avaient une recommandation contre son utilisation.

Les antidépresseurs ont également une recommandation contre son utilisation.

Les opioïdes sont un sujet récurrent de controverse. Ici l'OMS a émis une recommandation contre l'utilisation des opioïdes dans la lombalgie chronique. Elle a retrouvé une efficacité dans une méta-analyse, mais la crise des opioïdes aux USA, ainsi que la récente étude OPAL Trial suggérant un mésusage ont orienté cette recommandation contre.

La synthèse de ces recommandations illustre surtout le très faible nombre d'études existantes (sauf pour les opioïdes) ne permettant pas de conclure en général. Ceci est paradoxal compte tenu de la prévalence et de l'impact de la lombalgie.

Par ailleurs, une recommandation est un guide général mais ne permet pas d'illustrer la singularité d'une prise en charge qui devra évidemment tenir compte de chaque individualité. Les traitements médicamenteux dans la lombalgie peuvent dans certaines situations être une aide pour mettre en place les traitements non médicamenteux qui



sont en général les traitements les plus efficaces pour une amélioration sur le long terme.



Sessions parallèles

Session du CEDR : Douleurs de l'appareil locomoteur

Douleurs myofasciales

F. Laroche 1

1 Aphp - Paris (France)

Les douleurs myofasciales sont très fréquentes, particulièrement celles qui sont localisées. Tout le monde en a ressenti au moins une fois dans sa vie (exemple : « douleurs des trapèzes »). Elles sont dues à une souffrance musculaire localisée par hyperactivité neuromusculaire et/ou tension des aponévroses (appelées aussi fascias). Les douleurs sont souvent spontanées, favorisées par l'étirement ou la contraction musculaire avec sensation de faiblesse musculaire. A la palpation, il existe une corde musculaire souvent douloureuse voire aussi des points-gâchette myofasciaux (nodosités plus ou moins palpables à la pression provoquant la douleur locale mais aussi une douleur référée). On les observe notamment chez les patients souffrant d'un Déplacement Intervertébral Mineur (DIM), au cours des radiculopathies ou des céphalées de tension. Le terrain neurotonique et les hypersollicitations, notamment professionnelles, posturales et sportives, favorisent ces douleurs (1). Lorsque la douleur devient chronique, le patient décrit un handicap, d'autant plus important que le diagnostic n'est pas évoqué. En effet, ces douleurs sont facilement anxiogènes car méconnues.

Le traitement comprend l'information, la réassurance, les antalgiques, les étirements, le travail sur les aponévroses ou fascias, les infiltrations éventuellement. La suppression des facteurs de sollicitations et la prise en charge du terrain individuel sont indispensables. L'aide d'un kinésithérapeute expérimenté est importante. La neurostimulation transcutanée de type musculaire sur le cordon tendu est utile. Il faut utiliser un bon paramétrage ne favorisant pas les douleurs. Les ultrasons sont aussi intéressants (2).

Les douleurs myofasciales diffuses comme celles observées au cours de la fibromyalgie ont une prévalence en France de 1,6 %. Il s'agit de la pathologie douloureuse chronique diffuse la plus fréquente. La fibromyalgie est désormais classée parmi les douleurs chroniques " nociplastiques " (3, 4, 5). Cela signifie que les douleurs ne sont pas accompagnées de lésions organiques, qu'elles évoluent depuis plus de 3 mois, qu'elles s'accompagnent d'allodynie et/ou d'hyperalgésie avec des douleurs spontanées et/ou provoquées des régions concernées, qu'elles sont associées à une détresse émotionnelle et/ou un handicap fonctionnel significatifs et qu'il n'y a pas d'autre diagnostic évoqué. Les douleurs chroniques diffuses sont associées à: de nombreux autres symptômes ; fatigue, sensation de réveil non reposé, troubles du sommeil, troubles cognitifs. La subjectivité des symptômes, l'absence de gold standard diagnostique et le manque de " marqueur spécifique biologique " peuvent rendre le diagnostic difficile. Il existe de nombreux diagnostics différentiels et des diagnostics associés. La prise en charge est



essentiellement multidisciplinaire et associée: information, éducation, exercices physiques, gestion du stress voire thérapies cognitives et comportementales. Les médicaments de fond de type psychotropes (antiépileptiques et/ou antidépresseurs) sont plutôt utilisés en seconde ligne.

Bibliographie

Simon DG et al. New views of myofascial trigger points : etiology and diagnosis. Arch Phys Med Rehabil 2008 ; 89 : 157-9.

Mick G. Douleurs rhumatologiques en pratique quotidienne. Ed J Libbey 2008. Pages 63-81.

Häuser, W., Perrot, S. Fibromyalgia syndrome and widespread pain. From construction to relevant recognition. IASP Press; 2019.

Fitzcharles, M.-A., Cohen, S.P., Clauw, D.J., Littlejohn, G., Usui, C., Häuser, W. (2021). Nociceptive pain: towards an understanding of prevalent pain conditions. The Lancet 397, 2098–2110.

Kaplan CM, Kelleher E, Irani A et al. Deciphering nociceptive pain: clinical features, risk factors and potential mechanisms. Nature Reviews Neurology, 2024, <https://doi.org/10.1038/s41582-024-00966-8>



Sessions parallèles

Médicament et vie psychique en douleur

Les médicaments de la douleur et leurs impacts sur le psychisme et la vie émotionnelle

M. Besson 1

1 Hôpitaux Universitaires De Genève - Genève (Switzerland)

La douleur (en particulier lorsqu'elle est chronique) et les émotions sont des constructions complexes, partageant, au niveau cérébral, des voies biologiques communes, que les médicaments de la douleur modulent[1]. La part respective de la douleur per se, de certaines comorbidités de santé mentale ou des médicaments antalgiques dans le retentissement sur la vie émotionnelle de nos patients est souvent difficile à établir, néanmoins certains « effets émotionnels » des médicaments de la douleur sont à garder à l'esprit et à mettre en balance avec une efficacité globale de l'approche médicamenteuse limitée dans la douleur chronique. Un antalgique « simple » comme le paracétamol semblerait modifier nos capacités d'empathie [2]. Les antidépresseurs peuvent être associés à une anxiété initiale ou à l'inverse à un syndrome d'apathie et d'éroussement des affects [3]. De manière plus indirecte, les opioïdes et les antidépresseurs entraînent des troubles de la libido, souvent peu explorés [4]. L'impact des médicaments de la douleur sur la vie émotionnelle peut en outre s'appréhender sous d'autres angles, celui de la légitimation du symptôme et de son attribution à une entité somatique, celui de la représentation que nos patients s'en font et celui d'une potentielle stigmatisation liée à leur consommation [5],[6].

Bibliographie

[1]. Neuron. 2020 July 08; 107(1): 17–21 [2]. Sci Rep. 2023 Oct 26;13(1):1832 [3]. Neuropsychiatria 35:189–204.[4]. Pain Medicine 2015; 16: S9–S15 [5]. Rev Med Suisse 2006 ; 2 : 1624-6 [6]. Med Hyg 2004 ; 62 : 1382-5



Sessions parallèles

Médicament et vie psychique en douleur

Quelle vie émotionnelle et psychique pour les patients douloureux chroniques sous antalgiques ?

V. Barfety 1

1 Chu Lille

Les médicaments de la douleur concernent plusieurs types de médicaments qui regroupent en général les analgésiques, les anti-inflammatoires, les anesthésiques, les antiépileptiques et les antidépresseurs. Prescrits très régulièrement chez les patients douloureux chroniques, ils ont un impact sur la vie émotionnelle et psychique. Peut-on alors dire d'un patient sous gabapentine et sous antidépresseur qu'il est a-réactif sur le plan émotionnel ou même apathique, voire aboulique, lorsque même le paracétamol produit un émoussement émotionnel significatif ? Comment avoir accès à la vie psychique du sujet que nous recevons dans ce contexte ?



Sessions parallèles

Médicament et vie psychique en douleur

Aura-t-on encore besoin de pratiques complémentaires quand on aura trouvé le médicament de la douleur ?

A. Bioy 1

1 Univ Paris 8 / Chu Bordeaux - St Denis / Bordeaux (France)

La clinique de la douleur est certainement l'un des secteurs de santé où les approches complémentaires sont les mieux intégrées, et aussi les mieux admises. S'il existe des raisons philosophiques et déontologiques qui peuvent l'expliquer, on ne peut ignorer que le succès de ces approches est aussi en lien avec une clinique complexe, parfois incertaine. Et si un médicament "miracle" existait en douleur chronique, est-ce que le non médicamenteux serait autant plébiscité?

Nous montrons que le rapport aux approches complémentaires est plus obscur et ambigu qu'il n'y paraît, et que bien souvent les espoirs médicamenteux diminuent l'espace de ces approches singulières, qui signent aussi le souhait de continuer à proposer quelque chose... lorsque l'on n'a rien d'autre à proposer. Y compris dans les recherches qui sous-tendent leur emploi, des ambiguïtés existent, que nous aborderons. Comment penser à la suite? Certainement en puisant dans le mouvement de la santé intégrative et du "One Health" des convictions et modalités de pratiques différentes de ce qu'elles sont actuellement (pas uniquement en réponse à une lutte contre l'échec, l'épuisement, l'impuissance ressentie face à des cliniques complexes). Mais sommes-nous prêts à repousser les murs et à ne plus voir le médicamenteux comme un étalon, et même dans certains cas précis, de l'envisager comme uniquement "complémentaire"... au mieux ?



Sessions parallèles

Session commune SFETD-SFAR

Les bases physiopathologiques de la chronicisation de la douleur postopératoire

C. Rivat 1

1 Université De Montpellier-Inm Inserm U1298 - Montpellier (France)

Chaque année environ 312 millions de personnes subissent des opérations chirurgicales à travers le monde et leur nombre est en constante augmentation (1). Malgré une sensibilisation accrue à la nécessité d'une gestion efficace de la douleur post-chirurgicale, la douleur chronique postopératoire (DCPO), reconnue maintenant comme une maladie critique (2), représente un véritable enjeu en termes de santé publique en raison de son incidence (3) ainsi que de son impact à la fois sur le rétablissement et la qualité de vie du patient mais également du coût sociétal qu'elle représente. La DCPO se définit comme une douleur qui persiste au-delà de 2 mois après l'acte chirurgical. Les symptômes cliniques de la DCPO incluent l'hyperalgésie, l'allodynie et une douleur continue, et fournissent des informations sur l'impact des lésions tissulaires sur la transmission de l'information nociceptive, via des modifications durables non seulement au niveau périphérique mais aussi au sein du système nerveux central. Ainsi, les mécanismes impliqués dans la chronicisation de la douleur postopératoire sont liés à deux composantes. La première est l'intensité des entrées nociceptives résultant de l'incision (4). La deuxième est spécifiquement soutenue par les processus de sensibilisation périphérique et centrale de la douleur. La sensibilisation périphérique qui se produit au site de la lésion, correspondant en partie à une augmentation de l'activité des fibres nerveuses périphériques due à la libération de nombreux médiateurs inflammatoires. Cela conduit à une augmentation de l'expression de récepteurs pronociceptifs et de canaux ioniques, tels que les canaux TRP et ASIC, renforçant la transmission des signaux nociceptifs. La sensibilisation centrale implique des changements à long terme dans le système nerveux central, en particulier dans la moelle épinière. Les récepteurs NMDA et AMPA, ainsi que les cytokines et chimiokines pro-inflammatoires libérées par les cellules gliales activées, jouent un rôle clé dans le développement et le maintien de l'excitabilité neuronale. Les systèmes de transmission de la douleur sont alors exacerbés, dans leurs composantes sensorielle et cognitivo-émotionnelle se traduisant par une hypersensibilité à la douleur durable ainsi que l'apparition de troubles anxio-dépressifs ; ces derniers pouvant aggraver la plainte douloureuse. De manière intéressante certains facteurs, identifiés au niveau clinique comme étant des facteurs de risque de la DCPO, sont capables de moduler les processus de sensibilisation (4-6). Il apparaît également qu'un dysfonctionnement des systèmes antinociceptifs pourrait également être un élément important dans le maintien de la DCPO. Les études précliniques apportent donc des bases physiopathologiques



permettant non seulement de mieux comprendre la DCPO mais également d'entrevoir de nouvelles cibles thérapeutiques pour en améliorer sa prise en charge.

Bibliographie

- (1) Weiser TG, Haynes AB, Molina G, Lipsitz SR, Esquivel MM, Uribe-Leitz T, Fu R, Azad T, Chao TE, Berry WR, Gawande AA: Estimate of the global volume of surgery in 2012: An assessment supporting improved health outcomes. *Lancet* 2015; 385: S11
- (2) Pogatzki-Zahn EM, Forget P. ICD-11: a major step forward towards the prediction and prevention of chronic postsurgical pain. *Eur J Anaesthesiol.* 2024;41:399–401
- (3) Martinez V, Lehman T, Lavand'homme P, et al. Chronic postsurgical pain: A European survey. *Eur J Anaesthesiol.* 2024;41:351–62.
- (4) Pogatzki-Zahn EM, Segelcke D, Schug SA: Postoperative pain-from mechanisms to treatment. *Pain Rep.* 2017; 2:e588
- (5) Montes A, Roca G, Sabate S, Lao JI, Navarro A, Cantillo J, Canet J. Genetic and clinical factors associated with chronic postsurgical pain after hernia repair, hysterectomy, and thoracotomy: A two-year multicenter cohort study. *Anesthesiology* 2015; 122:1123–41
- (6) Ghoshal A, Bhanvadia S, Singh S, Yaeger L, Haroutounian S. Factors associated with persistent postsurgical pain after total knee or hip joint replacement: a systematic review and meta-analysis. *Pain Rep.* 2023 Jan 10;8(1):e1052
- (7) Richebé P, Capdevila X and Rivat C. Persistent Postsurgical Pain Pathophysiology and Preventative Pharmacologic Considerations. *Anesthesiology.* 2018 Sep;129(3):590-607.



Sessions parallèles

Session commune SFETD-SFAR

Les tableaux cliniques de la douleur chronique postopératoire

C. Quemeneur 1

1 Cctd Raymond Poincaré - Garches (France)

La douleur chronique postopératoire (DCPO) se définit par la persistance d'une douleur au-delà de 3 après une intervention chirurgicale, dépassant le délai habituel de guérison. La première étape devant une DCPO est d'éliminer des complications postopératoires tardives (infection, événement thromboembolique, fracture, descellement). La DCPO peut ensuite décliner sous forme de différents tableaux cliniques, souvent classés en trois grands types : la douleur neuropathique, nociceptive et nociplastique (1).

Types de douleurs

Douleur neuropathique : Elle est consécutive à une lésion directe ou indirecte des structures nerveuses périphériques pendant la chirurgie. Cliniquement, elle se manifeste par des symptômes typiques tels que des sensations de brûlure, de dysesthésie, des paresthésies ou encore des décharges électriques dans la région opérée. L'allodynie (douleur induite par un stimulus normalement indolore) et l'hyperalgésie (augmentation de la sensibilité à la douleur) sont des signes cliniques fréquents. Elle peut être dépistée par un DN4 en postopératoire.

Douleur nociceptive : Ce type de douleur est lié à des lésions tissulaires, au niveau des tissus endommagés par l'acte chirurgical. Elle est typiquement localisée dans la zone opérée ou à proximité.

Douleur nociplastique dont le syndrome douloureux régional complexe (SDRC) : La douleur nociplastique est attribuée à une perturbation de la modulation de la douleur, sans ou avec lésion tissulaire ou nerveuse clairement identifiable. Le SDRC est un syndrome douloureux polymorphe articulaire et périarticulaire associé à des modifications variées de la sensibilité, des modifications vasomotrices, sudoromotrices, musculaires et trophiques (2). C'est l'un des exemples les plus courants dans le contexte postopératoire, surtout après des chirurgies sur les membres. Le SDRC peut être diagnostiqué au moyen des critères de Budapest (3). Ce syndrome présente une évolution imprévisible et peut se compliquer si non pris en charge précocement.

Impact de la DCP

La DCP a des répercussions considérables sur la qualité de vie des patients. Sur le plan fonctionnel, elle entraîne souvent une limitation importante de la mobilité et des capacités physiques. Sur le plan psychologique, le retentissement est majeur : les patients souffrant de DCP présentent un risque accru de dépression, d'anxiété et de syndrome de stress post-traumatique. L'altération du sommeil et la douleur persistante créent un cercle vicieux, aggravant l'épuisement physique et mental. De plus, la DCP est fréquemment associée à une consommation chronique d'antalgiques, incluant des



opioïdes, exposant ainsi les patients à des effets indésirables, notamment des troubles cognitifs, une dépendance ou un risque accru de surdosage. Enfin, la DCP impacte significativement les activités professionnelles, avec une augmentation des arrêts de travail prolongés et des risques de désinsertion sociale.

Savoir la prévenir, la dépister et la traiter semblent donc être des éléments majeurs de prise en charge.

Bibliographie

- (1) Livre Blanc de la Douleur SFAR-SFETD
- (2) Recommandations diagnostiques et de prise en charge thérapeutique des syndromes douloureux régionaux complexes :
les recommandations de Lille (SFETD)
- (3) Conférence de Budapest IASP 2004



Sessions parallèles

Session commune SFETD-SFAR

Prévenir et prendre en charge la douleur chronique postopératoire

G. Lebuffe 1

1 Chu De Lille - Lille (France)

La douleur chronique postopératoire survient approximativement chez 10% des patients opérés (1). Elle est définie par une douleur après chirurgie qui persiste plus de 3 mois en l'absence de tout processus évolutif. La chronicisation est caractérisée par des changements fondamentaux du phénotype neuronal et des voies de conduction et de modulation de la douleur. L'initiation du processus survient volontiers par une douleur aiguë postopératoire difficile à contrôler favorisant les phénomènes de sensibilisation périphérique et centrale que reflète la composante neuropathique de la douleur.

La prévention de la douleur chronique postopératoire repose sur l'identification des patients à risque afin d'adapter la stratégie de prise en charge. Les principaux facteurs de risque à rechercher sont le sexe féminin, le jeune âge, l'importance du délabrement chirurgical, le type de chirurgie, la présence d'une douleur pré-opératoire, la prise d'opioïde, une vulnérabilité psycho-sociale, le caractère neuropathique de la douleur postopératoire et la persistance d'une trajectoire douloureuse anormalement élevée après la chirurgie. Ces critères sont désormais utilisés dans des modèles de détection précoce de survenue de douleurs chroniques postopératoires (2).

Aussi, chez le patient avec un profil à risque présentant une douleur postopératoire anormalement intense et prolongée avec une composante neuropathique, une prise en charge précoce dans les quatre à six semaines après la chirurgie devrait être mise en place. Cette stratégie s'inscrit actuellement dans le concept des structures ou des consultations intermédiaires dont l'objectif serait de réévaluer l'évolution de la symptomatologie douloureuse et de son impact psychologique avec les thérapeutiques initiées en postopératoire immédiat, de proposer rapidement des orientations thérapeutiques différentes (TENS, Qutenza, blocs analgésiques...), de sensibiliser les médecins traitants (Niveau 1 du parcours patient) et si besoin d'anticiper l'adressage à une consultation douleur chronique (Niveau 2 du parcours patient) voir un CETD (Niveau 3 du parcours patient) pour les patients en situation difficile requérant une évaluation pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle.

Le recours aux structures spécialisées pour la prise en charge de la douleur chronique s'impose pour les patients dont la symptomatologie persiste malgré le suivi médical bien conduit et l'initiation précoce des traitements anti-nociceptifs et antihyperalgésiques de première ligne.

L'accès à une Structure Labellisée Douleur Chronique devra intervenir au mieux dans un délai le plus court possible depuis l'initiation du processus douloureux afin d'offrir une prise en charge pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire ainsi que le recours à des techniques de neuromodulation centrale et périphérique. Cette précocité du suivi des



patients développant une douleur chronique postopératoire pourra contribuer également à réduire les potentielles conséquences néfastes de la douleur sur le plan professionnel, social et financier.

Bibliographie

- 1) Glare P et al. Lancet 2019 ; 393 : 1537-1546
- 2) Van Driel et al. Br J Anaesth 2022 ; 129 : 407- 415



Liens entre la qualité de la prise en charge de la douleur et le fonctionnement des institutions de soins

Etat des lieux, causes et dysfonctionnement, études, analyse théorique

A. Masselin-Dubois

Université de Bourgogne (Dijon)

Améliorer la qualité de la prise en charge de la douleur est un leitmotiv qui anime les soignants exerçant en structure douleur. Toutefois, le soin s'inscrit dans une dynamique systémique incluant un triptyque en étroite interrelation : le malade, le soignant et l'institution. En effet, de par son organisation, ses acteurs et sa fonction tiercéisante, l'institution participe activement au déploiement et à la qualité des soins prodigués au malade.

Dans une étude pilote qualitative sur la bienveillance des soins administrés au patient douloureux aigu et chronique, mise en place par le comité technique de la commission IRD de la SFETD, des acteurs de soin (infirmiers, dentistes, médecins, kinésithérapeutes et psychologues) ont participé à des focus groups échangeant sur leurs pratiques cliniques. L'analyse de discours (analyse thématique) réalisée à partir des verbatims a mis en évidence le rôle de l'institution comme un espace contenant et interstitiel dans lequel se déploie une dynamique groupale et des affects transfero-contre transférentiels. Dans ce contexte, nous discuterons des mouvements défensifs qui assurent le maintien du soin, privilégiant parfois la maîtrise technique à la relation thérapeutique. Nous réfléchirons à l'investissement intellectuel et créatif dans des espaces hors institution où se réfléchissent les attitudes bienveillantes et qui soutiennent les soignants confrontés aux impasses de la chronicité de la douleur.



Sessions parallèles

Liens entre la qualité de la prise en charge de la douleur et le fonctionnement des institutions de soins

Juste distance émotionnelle dans notre rôle de soignant

P. Brillon 1

1 Université Du Québec À Montréal - Montréal (Canada)

Cette conférence abordera les divers modèles conceptuels du développement du Trauma vicariant et de la Fatigue de compassion chez les soignants [1-2]. Ainsi, elle tentera de répondre à : Pourquoi suis-je plus à risque de souffrir l'un ou l'autre de ces troubles à certains moments de ma carrière? Pourquoi je semble réagir de façon différente de mes collègues à ce métier et aux patients? Comment mieux me prémunir contre la fatigue de compassion et le trauma vicariant afin de faire ce métier longtemps et avec plaisir ?

Conséquemment, cette conférence présentera les modèles explicatifs de ces deux syndromes en détaillant en particulier les modèles de surcharge émotionnelle[1], de développement d'une structure de peur traumatique[3], de bouleversement cognitif[4-5], et enfin du manque de stratégies d'auto-soins (self-care) chez les soignants[6].

Les notions de juste distance émotionnelle, de différences entre les postures de sympathie et d'empathie[1], ainsi que le rôle de mimétisme corporel[7] et de neurones miroirs[8] seront abordées. Le rôle d'une structure de peur dans la détresse professionnelle sur les symptômes d'évitement et de réactivation post-traumatique sera décrit[3]. L'impact fragilisant des blessures morales professionnelles sera aussi présenté[9]. Enfin, la conférence se terminera sur le rôle des stratégies d'auto-soins (self-care) et les moyens de les intégrer dans le quotidien [1-10].

Bibliographie

- [1] Brillon, P. (2020). Entretien ma vitalité d'aidant. Guide pour prévenir la fatigue de compassion et la détresse professionnelle. Editions de l'Homme.
- [2] Dewar, M., Paradis, A. et Brillon, P. (2023). Posttraumatic stress symptom profiles of aid workers: Identifying risk and protective factors. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, 15 (suppl. 2), S418-S426. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0001512>.
- [3] Foa, E.B., Keane, T.M. et Friedman, M.J. (2000). *Effective Treatments for PTSD : Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. Guilford Press.
- [4] Joseph, (2013). *What doesn't kill you: The new psychology of Posttraumatic growth*. Basic Books.



- [5] Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. New York: The Free Press.
- [6] Posluns, K., Gall, T.L. (2020). Dear Mental Health Practitioners, Take Care of Yourselves: A Literature Review on Self-Care. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 42, 1-20.
- [7] Rothschild, B. avec Rand, M. (2006). *Help for the helper: The psychophysiology of compassion fatigue and vicarious trauma*. Norton et Company.
- [8] Ramachandran, V. (2011). *Le cerveau fait de l'esprit: Enquete sur les neurones miroirs*. Poche.
- [9] Dewar M., Paradis A. et Brillon P. (2023) Morally injurious events among aid workers: examining the indirect effect of negative cognitions and self-care in associations with mental health indicators. *Frontiers in Psychology*. 14:1171629. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1171629>
- [10] Brillon P., Dewar M., Paradis A. et Philippe F. (2023). Association Between Self-Care Practices and Psychological Adjustment of Mental Health Professionals: A Two-Wave Cross-Lagged Analysis, Anxiety, Stress and Coping, <https://doi.org/10.1080/10615806.2023.2178646>



Sessions parallèles

Liens entre la qualité de la prise en charge de la douleur et le fonctionnement des institutions de soins

Expérience d'une équipe ayant bénéficié d'une Analyse de Pratique Professionnelle.

E. Carreel 1, M. Perriot 1

1 Consultation Pluridisciplinaire De La Douleur - Chateauroux (France)

La prise en charge des patients douloureux chroniques est complexe et exige des équipes soignantes de multiples compétences.

Pour cela, les structures douleur chronique (SDC) construites à partir d'un noyau de base (Médecin, Psychologue et infirmier) sont parfois en souffrance.

Leur mission principale est d'appréhender le patient douloureux chronique dans sa globalité en prenant en compte les facteurs psychologiques, sociaux et biologiques.

Malgré les formations requises pour exercer dans une SDC, les professionnels peuvent parfois se sentir démunis et en difficultés face à des situations sociales précaires et ne se retrouve pas en adéquation avec les missions du service hospitalier public dans lequel ils exercent.

Pour avancer sur ce sujet, nous évoquerons certains facteurs de souffrance d'une équipe pluridisciplinaire de SDC.

Puis nous donnerons l'exemple et l'expérience de notre équipe qui pour tenter de s'en prémunir a mis en place la supervision comme moyen d'analyse des pratiques professionnelles.



Sessions parallèles

Douleur et fin de vie

L'évaluation de la douleur en fin de vie, une chose facile ?

S. Rochat 1

1 Sfetd - Metz (France)

Par leurs fonctions d'accueil et d'accompagnement, les services de soins palliatifs sont amenés à soigner une multitude de maladies différentes.

Cette multiplicité des maladies rencontrées, peuvent être à l'origine de situations cliniques spécifiques et complexes à soigner.

Ces situations où les patients sont en phase préterminale ou terminale, sont connues pour être génératrices de douleurs et créer des situations cliniques spécifiques.

Du fait de leurs impacts et leurs évolutions, les maladies poussées à leur paroxysme en fin de vie, fragilisent et altèrent les moyens d'expression de la douleur des patients.

Ainsi, douleur neuropathique, douleur mixte, douleur rebelle, douleur aiguë, peuvent être présentes pour un seul et même patient lors de son séjour.

De plus, ce même patient que l'on aura connu en début de séjour comme quelqu'un de communicant, pourra par la suite devenir dyscommunicant ou non communicant en milieu de séjour.

Dans ces situations, comment réaliser une bonne évaluation de la douleur ? Quelles échelles choisir ? Quelle douleur faut-il évaluer en première ? Comment s'assurer de bien réussir la première et déterminante étape de l'évaluation de la douleur ?



Sessions parallèles

Douleur et fin de vie

Le fardeau des aidants lors d'un accompagnement de fin de vie

C. Prunot 1

1 Psychologue Clinicienne - Beaune

Introduction : Les proches aidants ont un rôle primordial dans les accompagnements palliatifs à domicile des patients. Il arrive néanmoins qu'une souffrance psychique puisse émerger face aux difficultés rencontrées. Les aidants sont en effet reconnus comme une population à risque d'épuisement. L'objectif de l'étude pilote est de mieux comprendre le fardeau spécifique des aidants

dans un contexte de fin de vie au regard du risque d'épuisement.

Méthode : Cette étude qualitative a porté sur des entretiens cliniques semi-directifs réalisés avec des aidants proches lors d'un accompagnement à domicile dans un contexte palliatif. Les verbatims ont été retranscrits et ont fait l'objet d'une analyse thématique.

Résultats : Deux proches aidantes ont témoigné d'un fardeau marqué par une organisation quotidienne, une fatigue physique et mentale, de la culpabilité et surtout un impact majeur de leur vie sociale. L'accompagnement en fin de vie laisse apparaître un fardeau spécifique objectivé par une organisation quotidienne qui s'intensifie ainsi qu'un vécu émotionnel vif en particulier pour la colère et l'agressivité. De plus, les deux aidantes témoignent d'une difficulté à faire face à la dégradation globale de leur conjoint. Ces thèmes n'apparaissent pas dans le cadre d'un accompagnement palliatif hors contexte de fin de vie. Cela souligne la nécessité de considérer tout particulièrement l'accompagnement des aidants pour prévenir les difficultés spécifiques.

Conclusion : L'identification du fardeau des aidants réalisant un accompagnement en fin de vie permet de mettre en place des axes cliniques pour prendre soin de cette population vulnérable.

Bibliographie

Mots clés : aidant proche, soins palliatifs, soins à domicile, fin de vie, fardeau, vulnérabilité



Sessions parallèles

Douleur et fin de vie

Douleur, souffrance et autonomie de la personne en fin de vie : des principes à l'éthique

V. Lefebvre Des Noettes 1

1 Aphp - Limeil Brevannes (France)

L'autonomie, cette faculté à se donner à soi-même sa propre loi (auto nomos) est la valeur culte de notre société agiste et utilitariste, elle est aussi un des piliers de l'éthique médicale avec la bienfaisance, la non malfaisance, la justice et l'équité (Beauchamp et Childress 1979). Elle est érigée comme un droit légitimé par des lois (Kouchner, majeurs protégés, Léonetti 2005, Claeys-Leonetti 2016...). C'est au nom de cette autonomie, associée à la liberté et aux choix que la représentation nationale s'apprête à voter une loi sur l'aide à mourir. Mais qu'en est-il dans nos pratiques soignantes ? La douleur et la souffrance qu'elles soient psychiques et/ou somatiques en fin de vie ne modifient-elles pas notre autonomie ? Peut-on ne pas dépendre de l'autre surtout en fin de vie ? L'autonomie brisée (Pelluchon Corine 2014) ne devient-elle pas blessée et donc résiliente (Lefebvre des Noettes 2023) ? Nous questionnerons ces principes à l'aune de nos pratiques soignantes.

Bibliographie

Beauchamp, TL et Childress, JF. Principes d'éthique biomédicale, 1979.

Pelluchon, Corine. L'autonomie brisée: bioéthique et philosophie. Puf, 2014.

Lefebvre des Noettes Véronique. Mourir sur ordonnance ou être accompagnée jusqu'au bout, ed du Rocher, 2023.



Sessions parallèles

La recherche sur la douleur en France : les découvertes de l'année

Les découvertes de l'année

R. Dallel 1

1 Neuro-Dol, Inserm, Chu Clermont-Ferrand, Université Clermont Auvergne (France)

DALLEL(1)

La perturbation du noyau sous-thalamique participe à la douleur dans la maladie de Parkinson

La douleur est un symptôme non moteur qui affecte la qualité de vie des patients atteints de la maladie de Parkinson mais les mécanismes sous-jacents la douleur dans cette pathologie sont encore méconnus. Chez ces patients, la douleur pourrait être liée à des altérations du traitement des informations somatosensorielles dans les noyaux gris centraux, en particulier du noyau sous-thalamique (NST). Cette étude a exploré le rôle de l'interaction entre le NST et la corne dorsale de la moelle épinière dans la physiopathologie de la douleur dans un modèle animal de Parkinson. Ils ont démontré que les neurones du NST sont capables de détecter les messages nociceptifs, d'en coder l'intensité et de générer une plasticité de type windup. Ces caractéristiques sont totalement perdues après une déplétion dopaminergique. En revanche, la stimulation cérébrale profonde (DBS) du NST, ou son inhibition prolongée, réduit la douleur induite par cette déplétion. Cet effet semble être médié par les projections descendantes sur le tronc cérébral, normalisant ainsi l'intégration des messages douloureux dans la corne dorsale. Cette étude révèle pour la première fois les réseaux nerveux impliqués dans l'analgésie induite par la DBS et souligne le rôle central du NST dans le contrôle nociceptif.

Cette étude a été publiée dans BRAIN : Charles et al. Brain. 2024

La méthode d'évaluation de la douleur a-t-elle un impact sur la douleur postopératoire?

Des études ont montré que les mots négatifs peuvent influencer la perception de la douleur. Il est donc pertinent de questionner l'utilisation systématique d'échelles basées sur le terme "douleur", à la connotation négative, pour évaluer aussi bien les patients douloureux que non douloureux. Les auteurs de cette étude ont émis l'hypothèse que l'utilisation d'une échelle de confort, par rapport à une échelle numérique de la douleur, pourrait réduire la consommation d'opioïdes postopératoires. Dans cet essai randomisé, les patients ont été répartis en 2 groupes : un groupe évalué à l'aide d'une échelle de confort et un autre à l'aide d'une échelle numérique de la douleur. Le critère de jugement principal était la consommation d'opioïdes en salle de réveil. Les résultats montrent que la consommation d'opioïdes est similaire dans les deux groupes, indépendamment du type d'intervention chirurgicale. La majorité des patients n'ont pas eu recours aux opioïdes après l'opération. Aucune différence significative n'a été observée en termes de douleur postopératoire, de nausées et vomissements, ou de satisfaction globale des patients. Cette étude suggère que l'utilisation d'une échelle de



confort pour l'évaluation de la douleur n'entraîne pas une réduction de la consommation d'opioïdes comparée à une évaluation standard avec une échelle numérique de la douleur.

Cette étude a été publiée dans BRITISH JOURNAL OF ANAESTHESIA: Fusco et al. Br J Anaesth. 2024

Bibliographie

Charles KA, Molpeceres Sierra E, Bouali-Benazzouz R, Tibar H, Oudaha K, Naudet F, Duveau A, Fossat P, Benazzouz A. Interplay between subthalamic nucleus and spinal cord controls parkinsonian nociceptive disorders. *Brain*. 2024 Jun 25:awae200. doi: 10.1093/brain/awae20

Fusco N, Meuret L, Bernard F, Musellec H, Martin L, Léonard M, Lasocki S, Gazeau T, Aubertin R, Blayac D, Leviel F, Danguy des Deserts M, Madi-Jebara S, Fessler J, Lecoœur S, Cirenei C, Menut R, Lebreton C, Bouvier S, Bonnet C, Maurice-Szamburski A, Cattenoz M, El Alami M, Brocas E, Aveline C, Gueguen L, Noll E, Gouel-Chéron A, Evrard O, Fontaine M, Nguyen YL, Ravry C, Boselli E, Laviolle B, Beloeil H; COMFORT Study Group and the French Society of Anesthesiologists (SFAR) Research Network. Effect of a comfort scale compared with a pain numerical rate scale on opioids consumption in postanaesthesia care unit: the COMFORT study. *Br J Anaesth*. 2024 Sep 6:S0007-0912(24)00400-8. doi: 10.1016/j.bja.2024.06.029.



Sessions parallèles

La recherche sur la douleur en France : les découvertes de l'année

Chronicisation de la migraine ; une anomalie de communication dans le cerveau

L. Monconduit 1

1 Neuro-Dol Inserm U1107 - Clermont-Ferrand (France)

La migraine va bien au-delà d'un simple mal de tête. Sa physiopathologie implique non seulement les réseaux trigéminaux de la douleur et leurs voies de modulation descendantes, mais aussi les systèmes de régulation autonome et émotionnels. Il est difficile de concevoir le fonctionnement de ces différents systèmes sans la présence d'un coordinateur central qui harmonise leur communication. Parmi les régions cérébrales susceptibles de jouer ce rôle, le locus coeruleus est particulièrement intéressant. Ce noyau du tronc cérébral est la principale source de noradrénaline dans le cerveau et a la capacité de moduler, tout en étant modulé par, des régions impliquées dans la douleur, dans la régulation du système autonome et dans les émotions. Dans un modèle murin de migraine, nous avons montré que le locus coeruleus établit des connexions directes et indirectes avec les voies nociceptives et entretient des contacts directs avec les vaisseaux sanguins rejoignant la pie-mère. Des études fonctionnelles utilisant des enregistrements extracellulaires simultanés in vivo du complexe trigémino-cervical — premier relais central de l'information nociceptive provenant de la sphère orofaciale — et du locus coeruleus révèlent une forte synchronisation entre leurs activités spontanées, avec une précession de l'activité du locus coeruleus, suggérant que ce dernier régule l'excitabilité du TCC par l'activation des récepteurs noradrénergiques. Après des activations trigéminales répétées au niveau de la dure-mère, nous avons observé une rupture du couplage d'activité entre le locus coeruleus et le complexe trigémino-cervical.

Ces résultats mettent en évidence le rôle crucial de la noradrénaline dans la régulation et la modulation de l'information sensorielle par des voies directes et indirectes, ce qui pourrait expliquer l'efficacité des bêtabloquants comme traitement de fond pour la migraine. De plus, une altération des niveaux de noradrénaline pourrait conduire à une augmentation de l'excitabilité cérébrale et à une diminution du seuil de déclenchement de la migraine.



Sessions parallèles

La recherche sur la douleur en France : les découvertes de l'année

Télécommander la douleur chez les animaux en mouvement libre

G. Sandoz 1

1 Cnrs - Nice (France)

L'optogénétique et la photopharmacologie, des techniques qui permettent de contrôler l'activité des neurones par la lumière, sont des approches prometteuses pour mieux comprendre la transmission de la douleur. Toutefois, leur usage reste limité en raison de leur coût, des contraintes liées aux animaux de laboratoire et des questions éthiques.

Nous présentons LAKI (Light Activated K⁺ channel Inhibitor), un inhibiteur révolutionnaire activé par la lumière, ciblant spécifiquement des canaux potassiques appelés TREK et TRESK, connus pour être impliqués dans la perception de la douleur. En absence de lumière ou sous une lumière ambiante, LAKI reste inactif. Mais en exposant la peau à des éclairs de lumière ultraviolette (365 nm) et bleue (480 nm), on peut bloquer ou débloquer ces canaux instantanément. Cela permet de contrôler rapidement la douleur chez des souris et des vers (nématodes) en mouvement libre, sans les contraindre ni les modifier génétiquement.

Ces résultats montrent que les canaux TREK/TRESK se trouvent aux terminaisons nerveuses responsables de la perception de la douleur et que leur blocage suffit à déclencher cette sensation. Plus encore, LAKI offre la possibilité de contrôler la douleur à distance, de manière non invasive et réversible. Ce nouvel outil est utile pour la recherche sur la douleur, mais aussi pour tester et valider de nouveaux médicaments analgésiques *in vivo*, sans avoir besoin de manipulations génétiques ou d'infections virales.

Bibliographie

2024 Eria-Oliveira AS, Folacci M, Chassot AA, Fedou S, Thézé N, Zabelskii D, Alekseev A, Bamberg E, Gordeliy V, Sandoz G*, Vivaudou M*, Hijacking of internal calcium dynamics by intracellularly residing viral rhodopsins. *Nature Communications* 2;15(1):65 * Corresponding authors

2023 Landra-Willm A, Karapurkar A, Duveau A, Chassot AA, Esnault L, Callejo G, Bied M, Häfner S, Lesage F, Wdziekonski B, Baron A, Fossat P, Marsollier L, Gasull X, Boué-Grabot E, Kienzler K and Sandoz G, A photoswitchable inhibitor of TREK channels controls pain in wild-type intact freely moving animals. *Nature Communications* 1;14(1):1160

2021-1 Ávalos Prado P, Häfner S, Comoglio Y, Wdziekonski B, Durantou C, Attali B, Barhanin J and Sandoz G. KCNE1 is an auxiliary subunit of two distinct ion channel superfamilies. *Cell*. 184(2):534-544.e11.

2021-2 Ávalos Prado P, Landra-Willm A, Verkest C, Ribera A Chassot AA, Baron A and Sandoz G. TREK channel activation suppresses migraine pain phenotype. *iScience*. 8;24(9):102961

2019 Royal P, Andres-Bilbe A, Ávalos Prado P, Verkest C, Wdziekonski B, Schaub S, Baron A, Lesage F, Gasull X, Levitz J and Sandoz G. Migraine-associated TRESK mutations increase neuronal excitability through alternative translation initiation and inhibition of TREK. *Neuron*. 101(2):232-245. Recommended by F1000



Sessions parallèles

La recherche sur la douleur en France : les découvertes de l'année

Kétamine vs Morphine dans la prise en charge de la douleur

E. Montassier 1

1 Chu - Nantes

Durant l'intervention, nous présenterons les résultats de notre étude multicentrique KETAMORPH. La douleur est un symptôme fréquent chez les patients pris en charge en préhospitalier, souvent traité par des opioïdes comme la morphine. Cependant, la prescription de morphine, même de courte durée, est un véritable problème de santé publique. La kétamine intraveineuse représente une alternative pour soulager la douleur chez les patients traumatisés pris en charge en préhospitalier. Nous avons mené l'étude KETAMORPH, qui a cherché à comparer l'efficacité de la kétamine à celle de la morphine chez 251 patients adultes pris en charge par 10 SMUR en France. Les résultats montrent une réduction de la douleur similaire dans les deux groupes, avec une différence moyenne de 0,1 point, indiquant la non-infériorité de la kétamine. Cependant, les effets secondaires étaient plus fréquents avec la kétamine par rapport à la morphine, mais aucun n'a nécessité d'intervention particulière. La kétamine pourrait donc être une alternative viable à la morphine pour la gestion de la douleur traumatique, notamment dans le contexte de la crise des opioïdes. Dans l'intervention, nous présenterons aussi d'autres études réalisées dans le même contexte de la médecine d'urgence mettant en avant que la kétamine pourrait être utile à la place de la morphine chez les patients pris en charge avec le SMUR ou aux urgences.



Sessions parallèles

Structures douleur chronique

Apports du rapport d'activité PIRAMIG : regards croisés DGOS, SFETD

A. Vitoux 1, C. Michel-Dhaine 2

1 Dgos - Paris (France), 2 Sfetd - Paris (France)

Depuis 2023 dans le cadre de la relabellisation, la DGOS a souhaité uniformiser les modalités de recueil des données d'activité des Structures Douleur Chronique (SDC) et optimiser celui-ci en les intégrant à la plateforme « PIRAMIG » (pilotage des rapports d'activité des missions d'intérêt général).

En lien avec les ARS, la SFETD et des équipes de terrain, un processus d'élaboration a été piloté par la DGOS. Cela a permis, en 2023, aux SDC et leurs établissements de santé de s'approprier l'outil de saisie en prévision du recueil de données d'activité obligatoire à partir de 2024 afin de bénéficier du financement approprié.

Cette présentation à 2 voix, DGOS et SFETD, a pour but d'éclairer les participants sur les objectifs, les apports et les limites de PIRAMIG. La SFETD présentera aussi son enquête sur le ressenti des SDC après un an d'utilisation. Les perspectives d'amélioration et d'ajustement en vue de la prochaine labellisation seront abordées. Enfin, cela sera le lieu d'un échange de questions/réponses autour de ce sujet.



Sessions parallèles

Douleurs musculosquelettiques du sujet âgé : une fatalité vouée à l'échec thérapeutique ?

Douleurs musculosquelettiques du sujet âgé : stratégies d'évaluation diagnostique

P. Bertin 1

1 Chu Limoges - Limoges (France)

Douleurs musculosquelettiques du sujet âgé : stratégies d'évaluation diagnostique

Philippe BERTIN, MD, PhD, Service de Rhumatologie et Centre de la Douleur CHU LIMOGES

A côté des douleurs neuropathiques (post-zona, diabète, post-AVC, iatrogènes...), les douleurs musculosquelettiques sont très fréquentes chez les personnes âgées et sont souvent considérées comme une fatalité.

Certes les causes principales des douleurs musculosquelettiques du sujet âgé sont liées à des pathologies dégénératives dont l'arthrose des membres ou du rachis, mais d'autres pathologies nécessitant des prises en charge spécifiques doivent être éliminées par un examen clinique attentif et quelques examens complémentaires à envisager en fonction de l'état de santé global du patient.

L'arthrose, très fréquente, souvent douloureuse et invalidante ne doit pas être négligée. En effet, elle expose à des comorbidités notamment cardio-vasculaires à prendre en compte dans la prise en charge globale du patient âgé. Par ailleurs, au-delà des antalgiques, certaines stratégies thérapeutiques spécifiques de l'arthrose peuvent être proposées pour réduire les douleurs et améliorer la fonction.

La fréquence des pathologies dégénératives articulaires ou musculo-tendineuses ne doit pas conduire à ne pas rechercher d'autres pathologies fréquentes du sujet âgé appelant à des traitements spécifiques potentiellement curatifs.

Nous envisagerons ensemble lors de cette session comment rechercher (et traiter) ces principales pathologies listées ci-dessous.

La PPR ou pseudo-polyarthrite rhumatoïde et la maladie de Horton.

Le RS3PE (synovite symétrique séronégative rémittente avec œdème).

La « Late-onset spondyloarthritis ».

Les pathologies microcristallines.

Les arthrites et spondylodiscites infectieuses.

Les ostéopathies raréfiantes.

Les pathologies tumorales et syndromes paranéoplasiques.



Sessions parallèles

Douleurs musculosquelettiques du sujet âgé : une fatalité vouée à l'échec thérapeutique ?

Point sur les traitements médicamenteux

G. Pickering 1, F. Capriz 2

1 Cic-Inserm1405 Chu-Faculté De Médecine - Clermont-Fd (France), 2 Gériatrie-Chu - Nice (France)

À domicile comme en institution, les douleurs ostéoarticulaires sont des douleurs très fréquentes chez les séniors, impactant leur qualité de vie et leur autonomie, et pourtant trop souvent banalisées dans le grand âge. Les douleurs d'origine ostéoarticulaire concernent plus de 50 % des douleurs chez les sujets âgés et sont un des motifs les plus fréquents de consultation en médecine générale. Mais elles peuvent parfois apparaître au second plan sur le plan symptomatique, masquées par des signes cliniques plus « bruyants » (asthénie, dépression, confusion...).

La prise en charge antalgique sera détaillée. Le grand âge ne contre-indique pas en soi la prescription médicamenteuse, même si elle requiert plus de vigilance. Le risque iatrogène est plus élevé du fait des comorbidités multiples et de la polymédication secondaire, mais également de l'automédication plus difficile à démasquer. Il faudra repérer les handicaps (troubles mnésiques, troubles de déglutition...), et tenir compte de la galénique afin de s'assurer de la compliance aux prescription pour une observance optimum. La co-prescription d'une infirmière pour la gestion médicamenteuse à domicile pourra renforcer l'observance thérapeutique.

Dans le cadre de l'arthrose, les AINS per os en cure courte, les AINS topiques (pour les petites et moyennes articulations) et le paracétamol sont à utiliser en première intention. On pourra privilégier les traitements locaux (gestes infiltratifs) en cas de poussée douloureuse. Pour des médicaments plus à risque (corticoïdes...), le traitement sera utilisé à dose minimale efficace. De plus, certaines douleurs ostéo-articulaires ont un caractère neuropathique qui répondra à des traitements spécifiques initiés à plus faible dose que chez le plus jeune.

Une prise en charge chirurgicale chez les patients âgés arthrosiques doit toujours être discutée et la balance bénéfique / risque mesurée, avec des facteurs de risques de morbi-mortalité péri-opératoires mieux connus comme la durée de l'intervention, les troubles neurocognitifs ou les insuffisances fonctionnelles d'organes.

Les techniques antalgiques non médicamenteuses complètent l'effet antalgique des médicaments, et sont à proposer selon les capacités du patient.

Comprendre les craintes et les attentes du patient âgé permettra de mettre en place des priorités thérapeutiques en les adaptant à ses objectifs ; il doit rester un véritable partenaire de soin.

Bibliographie



Prise en charge des douleurs ostéoarticulaires chez le sujet âgé. Bernard A. Douleurs Évaluation - Diagnostic – Traitement, 2023 ; 24 : 191–198

Consensus multidisciplinaire de l'intergroupe SFETD/SFGG sur l'utilisation des opioïdes dits faibles dans la prise en charge de la douleur chez la personne âgée. Pickering G, Capriz F, Morel V, Le Caër F, Guillaumé C et al. Douleur analg. 2021; 34: 247-259

Capriz F, Guillaume C, Muller K et al. Bon usage des médicaments opioïdes et nouvelles recommandations HAS 2022 : quelles applications dans le grand âge ? Analyse de l'intergroupe Douleur SFGG/SFETD. Rev Geriatr 2024 ; 49 (6) ; 337-347



Sessions parallèles

Douleurs musculosquelettiques du sujet âgé : une fatalité vouée à l'échec thérapeutique ?

Éducation et rééducation : les clefs de la réussite

E. Masquelier 1

1 Professeur Émérite Uclouvain - Yvoir

La douleur chronique est d'une très haute prévalence auprès des personnes âgées et s'accompagne de comorbidités significatives

Comme la perte de mobilité et le déconditionnement physique, l'isolement social, l'humeur dépressive ou la consommation excessive médicamenteuse.

À partir de 60 ans, on constate une perte de force musculaire de 3, 5 pour-cent chaque année avec processus de sarcopénie associée.

L'approche bio-psycho-sociale interdisciplinaire de réadaptation s'avère efficace pour mieux gérer la douleur chronique et améliorer la fonctionnalité et la qualité de vie.

L'éducation à la santé et une supervision régulière par les thérapeutes sont des ingrédients essentiels du succès thérapeutique.



Sessions parallèles

Douleur et handicap

Neuro orthopédie : en quoi la chirurgie peut soulager ?

F. Calé 1

1 Hôpital Raymond Poincaré - Garches

La prise en charge des patients handicapés en neuro-orthopédie nous a permis de développer une approche globale nécessaire à la gestion délicate de ces patients. Cette approche pragmatique basée sur un temps d'analyse et sur l'établissement de contrats de soin et d'objectifs précis peut trouver des applications bien plus générales.

Face à des situations complexes, multi factorielles, le confort et la diminution des douleurs sont des objectifs essentiels.

Deux écueils doivent guider nos décisions:

- éviter le renoncement face à des solutions accessibles
- éviter l'acharnement face à des situations limitées et irréversible



Sessions parallèles

Douleur et numérique

La santé numérique dans l'évaluation, le diagnostic, la recherche et la gestion de la douleur

Y. Hadjiat 1

1 Inserm U987 - Paris (France)

La gestion de la douleur est essentielle pour des raisons sociales, psychologiques, physiques et économiques. Il s'agit également d'un droit humain avec une incidence croissante de douleurs non traitées ou sous-traitées à l'échelle mondiale. Les obstacles au diagnostic, à l'évaluation, au traitement et à la gestion de la douleur sont complexes, subjectifs et déterminés par les défis du patient, du prestataire de soins de santé, du payeur, des politiques et de la réglementation. En outre, les méthodes de traitement conventionnelles posent leurs propres défis, notamment la subjectivité de l'évaluation, le manque d'innovation thérapeutique au cours de la dernière décennie, les troubles liés à la consommation d'opioïdes et l'accès financier au traitement. Les innovations en matière de santé numérique sont très prometteuses car elles fournissent des solutions complémentaires aux interventions médicales traditionnelles et peuvent réduire les coûts et accélérer le rétablissement ou l'adaptation. Il existe de plus en plus de données probantes sur l'utilisation de la santé numérique dans l'évaluation, le diagnostic et la gestion de la douleur. Le défi n'est pas seulement de développer de nouvelles technologies et solutions, mais aussi de le faire dans un cadre qui soutient l'équité en santé, l'évolutivité, la considération socioculturelle et la science fondée sur des données probantes. Les limites considérables des interactions physiques personnelles pendant la pandémie de Covid-19 2020/21 ont prouvé le rôle possible de la santé numérique dans le domaine de la médecine de la douleur. Cet article donne un aperçu de l'utilisation de la santé numérique dans la gestion de la douleur et plaide en faveur de l'utilisation d'un cadre systémique pour évaluer l'efficacité des solutions de santé numérique.

Bibliographie

1. Li L, Chew A, Gunaseekaran D. Digital health for patients with chronic pain during the COVID-19 pandemic. *Br J Anaesth.* (2020) 125(5):657–60. 10.1016/j.bja.2020.08.003 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
2. Harvard Business Review. The future of digital care: tackling the costs of physical and emotional pain in the workplace. (2021). Available at: https://assets.ctfassets.net/cad7d5zna5rn/cvMiCoXwrUjnjjovS1GNt/6d2275e538467fac88a74793aa3eb236/HBR_Report_Tackling_Physical_and_Emotional_Pain_Workplace.pdf (Accessed July 5, 2022).
3. Terhorst Y, Messner E, Schultchen D, Paganini S, Portenhauser A, Eder A, et al. Systematic evaluation of content and quality of English and German pain apps in European app stores. *Internet Inter.* (2021) 24:100376. 10.1016/j.invent.2021.100376 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
4. Jackson T, Thomas S, Stabile V, Shotwell M, Han X, McQueen K. A systematic review and meta-analysis of the global burden of chronic pain without clear etiology in low- and middle-income



- countries: trends in heterogeneous data and a proposal for new assessment methods. *Anesth Analg.* (2016) 123:739–48. 10.1213/ANE.0000000000001389 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
5. Kipuwex. Kipuwex remote monitoring device. (2022). Available at: <https://kipuwex.com/> (Accessed July 5, 2022).
6. Lohman D, Schleifer R, Amon J. Access to pain treatment as a human right. *BMC Med.* (2010) 8:8. 10.1186/1741-7015-8-8 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
7. Rejula V, Anitha J, Belfin RV, Peter JD. Chronic pain treatment and digital health era-an opinion. *Front Public Health.* (2021) 9:779328. 10.3389/fpubh.2021.779328 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
8. Societal Impact of Pain. SIP position on digital health: pain assessment and quality indicators. (2022). Available at: https://www.sip-platform.eu/files/editor/newsroom/News/2021/SIP_Position_on_Digital_Health_FIN_AL_2.pdf (Accessed July 5, 2022).
9. Raja S, Carr D, Cohen M, Finnerup N, Flor H, Gibson S, et al. The revised IASP definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain.* (2020) 161(9):1976–82. 10.1097/j.pain.0000000000001939 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
10. Turk DC, Wilson HD, Cahana A. Treatment of chronic non-cancer pain. *Lancet.* (2011) 377:2226–35. 10.1016/S0140-6736(11)60402-9 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
11. Food and Drug Administration. What is digital health?. FDA; (2020). Available at: <https://www.fda.gov/medical-devices/digital-health-center-excellence/what-digital-health> (Accessed March 11, 2023). [Google Scholar]
12. Hadjiat Y, Perrot S. Cancer pain management in French-speaking African countries: assessment of the current situation and research into factors limiting treatment and access to analgesic drugs. *Front Public Health.* (2022) 10:846042. vol. 18. 10.3389/fpubh.2022.846042 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
13. Babrak LM, Menetski J, Rebhan M, Nisato G, Zinggeler M, Brasier N, et al. Traditional and digital biomarkers: two worlds apart? *Digit Biomark.* (2019) 3(2):92–102. 10.1159/000502000 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
14. Babicova I, Cross A, Forman D, Hughes J, Hoti K. Evaluation of the psychometric properties of painChek in UK aged care residents with advanced dementia. *BMC Geriatr.* (2021) 21(337):1–8. 10.1186/s12877-021-02280-0 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
15. World Health Organisation. Equity within digital health technology within the WHO European region: a scoping review. (2022). Available at: <https://www.who.int/europe/news/item/21-12-2022-digital-health-not-accessible-by-everyone-equally-new-study-finds#:~:text=A%20new%20WHO%2FEurope%20study,most%20in%20accessing%20these%20tools> (Accessed January 23, 2023).
16. Palermo T, Finan PH, Birckhead BJ, Stinson J, Dear BF. Digital health psychosocial interventions for chronic pain. (2022). Available at: <https://www.iasp-pain.org/wp-content/uploads/2022/03/digital-health-psychosocial-interventions-for-chronic-pain.pdf> (Accessed July 4, 2022).
17. Digital therapeutics alliance. Digital health industry categorization. (2019). Available at: https://dtxalliance.org/wp-content/uploads/2019/11/DTA_Digital-Industry-Categorization_Nov19.pdf (Accessed July 16, 2022).
18. Lee H. Digital therapeutics in pain medicine. *Korean J Pain.* (2021) 34(3):247–9. 10.3344/kjp.2021.34.3.247 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
19. Biofourmis. Accelerating biopharmaceutical innovation with digital therapeutics to improve patients' quality of life. (2022). Available at: https://f.hubspotusercontent20.net/hubfs/19591924/FiercePharma_Biofourmis_Whitepaper_v4%5B79%5D.pdf?__hstc=157732389.d70fed908c5d744ec3b9a293cd7e27b2.1646153453451.1648130820376.1648220884102.6&__hssc=157732389.1.1648220884102&__hsfp=3480255428 (Accessed July 4, 2022).
20. Day S, Shah V, Kaganoff S, Powelson S, Mathews S. Assessing the clinical robustness of digital health startups: cross-sectional observational analysis. *J Med Internet Res.* (2022) 24(6):e37677. 10.2196/37677 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]



21. Palermo T, de la Vega R, Murray C, Law E, Zhou C. A digital health psychological intervention (WenMAP Mobile) for children and adolescents with chronic pain: results of a hybrid effectiveness-implementation stepped-wedge cluster randomized trial. *Pain*. (2020) 161(12):2763–74. 10.1097/j.pain.0000000000001994 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
22. Giravi HY, Biskupiak Z, Tyler L, Bulaj G. Adjunct digital interventions improve opioid-based pain management: impact of virtual reality and Mobile applications on patient-centered pharmacy care. *Front Digit Health*. (2022) 4:884047. 10.3389/fdgth.2022.884047 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
23. Magee M, McNeilage A, Avery N, Glare P, Ashton-James C. Mhealth interventions to support prescription opioid tapering in patients with chronic pain: qualitative study of patients' perspectives. *JMIR Form Res*. (2021) 5:e25969. 10.2196/25969 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
24. Russell T, Buttrum P, Wootton R, Jull G. Internet-based outpatient telerehabilitation for patients following total knee arthroplasty: a randomized. *JBJS*. (2011) 93(2):113–20. 10.2106/JBJS.I.01375 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
25. Mecklenburg G, Smittenaar P, Erhart-Hledik JC, Perez DA, Hunter S. Effects of a 12-week digital care program for chronic knee pain on pain, mobility, and surgery risk: randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. (2018) 20(4):e156. 10.2196/jmir.9667 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
26. Bailey JF, Agarwal V, Zheng P, Smuck M, Fredericson M, Kennedy DJ, et al. Digital care for chronic musculoskeletal pain: 10,000 participant longitudinal cohort study. *J Med Internet Res*. (2020) 22(5):e18250. 10.2196/18250 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
27. PainChek. PainChek universal. Available at: <https://www.painchek.com/> (Accessed July 5, 2022).
28. Hoffman H, Doctor J, Patterson D, Carrougher G, Furness T. Virtual reality as an adjunctive pain control during burn wound care in adolescent patients. *Pain*. (2000) 85:305–9. 10.1016/S0304-3959(99)00275-4 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
29. Toelle T, Utpadel-Fischler D, Haas K, Priebe J. App-based multidisciplinary back pain treatment versus combined physiotherapy plus online education: a randomized controlled trial. *Npj Digit Med*. (2019) 2:34. 10.1038/s41746-019-0109-x [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
30. Rubin R. Virtual reality device is authorized to relieve back pain. *JAMA*. (2021) 326:2354. 10.1001/jama.2021.22223 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
31. Altman M, Huang TK, Breland JY. Design thinking in health care. *Prev Chronic Dis*. (2018) 15:180128. 10.5888/pcd15.180128 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
32. Abookire S, Plover C, Frasso R, Ku B. Health design thinking: an innovative approach in public health to defining problems and finding solutions. *Front Public Health*. (2020) 8:459. 10.3389/fpubh.2020.00459 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
33. Lagan S, Sandler L, Torous J. Evaluating evaluation frameworks: a scoping review of frameworks for assessing health apps. *BMJ Open*. (2021) 11(3):a047001. 10.1136/bmjopen-2020-047001 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
34. Svendsen M, Wood K, Kyle J, Cooper K, Rasmussen C, Sandal L, et al. Barriers and facilitators to patient uptake and utilisation of digital interventions for the self-management of low back pain: a systemic review of qualitative studies. *BMJ Open*. (2020) 10:e038800. 10.1136/bmjopen-2020-038800 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
35. Food and Drug Administration. Digital health policy navigator. (2022). Available at: <https://www.fda.gov/medical-devices/digital-health-center-excellence/digital-health-policy-navigator> (Accessed October 28, 2022).
36. Ritterband LM, Thorndike FP, Cox DJ, Kovatchev BP, Gonder-Frederick LA. A behavior change model for internet interventions. *Ann Beh Med*. (2009) 38(1):18–27. 10.1007/s12160-009-9133-4 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
37. Shebib R, Bailey J, Smittenaar P, Perez D, Mecklenburg G, Hunter S. Randomized controlled trial of a 12-week digital care program in improving low back pain. *NPJ Digit Med*. (2019) 2(1). 10.1038/s41746-018-0076-7 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]



Sessions parallèles

Douleur et numérique

ChatGPT : un nouvel outil à intégrer dans le soin

X. Moisset 1

1 Chu Clermont-Ferrand - Clermont-Ferrand (France)

ChatGPT, un modèle de traitement du langage naturel développé par OpenAI, s'impose comme un nouvel outil prometteur dans le domaine du soin. Il offre la possibilité d'alléger la charge de travail des professionnels de santé, en particulier dans le suivi des patients souffrant de douleurs chroniques. Grâce à sa capacité à générer des réponses rapides et précises, il permet de gagner du temps sur certaines tâches administratives et répétitives, tout en favorisant une communication fluide entre soignants et patients.

ChatGPT peut être utilisé pour fournir des informations éducatives sur la gestion de la douleur, expliquer les différentes options thérapeutiques ou encore répondre aux questions fréquentes des patients. Par exemple, pour une personne souffrant de douleurs lombaires, cet outil peut rapidement suggérer des exercices d'étirement adaptés ou des conseils pour améliorer la posture. Il peut aussi servir de soutien dans le suivi à distance, en aidant les professionnels à surveiller l'évolution des symptômes grâce à des questionnaires automatisés et des recommandations personnalisées.

Enfin, ChatGPT pourrait faciliter la coordination des soins en simplifiant la rédaction des comptes-rendus ou la synthèse des dossiers médicaux, permettant ainsi aux professionnels de se concentrer davantage sur l'accompagnement humain des patients. En résumé, l'intégration de cet outil dans le soin pourrait non seulement accroître l'efficacité des équipes de santé, mais aussi améliorer la prise en charge des patients en leur offrant un accès rapide à des informations pertinentes et personnalisées.



Sessions parallèles

Douleur et numérique

Evaluation de l'impact d'une application smartphone sur l'adhésion à un programme d'exercice chez les lombalgiques chroniques: essai contrôlé randomisé

J.B. Lechauve 1, L. Dobija 2, B. Pereira 3, C. Lanhers 2, E. Coudeyre 2

1 Service Médecine Physique Et Réadaptation, chu Clermont-Ferrand, - Clermont Ferrand (France), 2 Service Médecine Physique Et Réadaptation, Chu Clermont-Ferrand, Service Mpr - Clermont Ferrand (France), 3 Direction De La Recherche Clinique Et Innovation, Chu Clermont-Ferrand - Clermont Ferrand (France)

Introduction : En raison du déclin observé des effets positifs des programmes de rééducation au fil du temps [1], nous avons cherché à évaluer l'impact d'une application d'autogestion sur smartphone sur l'adhésion au programme d'exercices pour les personnes souffrant de lombalgie chronique (LC).

Méthodes : 110 patients adultes atteints de LC non spécifique ont été recrutés et randomisés en deux groupes : un groupe expérimental (GE) où les patients bénéficient d'une éducation à l'utilisation de l'application smartphone de self-management en plus d'un programme de rééducation multidisciplinaire conventionnel et un groupe contrôle (GC) (programme multidisciplinaire conventionnel uniquement). Exercice Adherence Rating Scale (EARS) a été utilisée comme critère principal à 6 mois pour évaluer l'adhésion à l'exercice [2]. Les critères d'évaluation secondaires mesurés étaient la fonction (Oswestry Disability Index) [3], les croyances concernant l'activité physique (Evaluation of Physical Activity Perception EPAP) [4], la douleur (échelle d'évaluation numérique), la capacité physique et l'adhésion qualitative grâce à une grille mesurant la reproductibilité des exercices proposés.

Un modèle mixte linéaire a été utilisé pour comparer le critère d'évaluation principal entre les groupes 6 mois après la randomisation.

Résultats : Sur les 110 patients inclus, 71 ont terminé l'étude. Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes concernant le score d'adhésion. Cependant, une diminution significative du score de douleur est observée dans le GE à 6 mois alors que le score de douleur dans le GC reste stable. Nous avons également observé une différence entre les deux groupes concernant les tests physiques (Ito, Sorensen...) et le score d'adhésion qualitative en faveur du GE.

Discussion : Le programme de rééducation a été bénéfique pour les deux groupes. Même si nous n'avons pas observé une meilleure adhésion du GE à 6 mois, l'utilisation de l'application à long terme peut avoir un impact positif sur la douleur, les capacités physiques et la bonne exécution des exercices physiques (observance qualitative).

Mots-clés : lombalgie, adhésion, activité physique

Bibliographie



- [1] Beinart NA, Goodchild CE, Weinman JA, Ayis S, Godfrey EL. Individual and intervention-related factors associated with adherence to home exercise in chronic low back pain: a systematic review. *Spine J.* 1 déc 2013;13(12):1940-50.
- [2] Newman-Beinart NA, Norton S, Dowling D, Gavriloff D, Vari C, Weinman JA, et al. The development and initial psychometric evaluation of a measure assessing adherence to prescribed exercise: the Exercise Adherence Rating Scale (EARS). *Physiotherapy.* 1 juin 2017;103(2):180-5.
- [3] Fairbank JC, Couper J, Davies JB, O'Brien JP. The Oswestry low back pain disability questionnaire. *Physiotherapy.* août 1980;66(8):271-3.
- [4] Coste N, Gay C, Gerbaud L, Aucair C, Coudeyre E. Development and validation of a questionnaire assessing the perception of physical activity (EPAP) in knee osteoarthritis people. *Ann Phys Rehabil Med.* 1 juill 2018;61:e127-8.



Sessions parallèles

Recherche translationnelle

Identification des lipopeptides bactériens comme acteurs clés du syndrome de l'intestin irritable

N. Cenac 1

1 Inserm Umr1220 - Toulouse (France)

Objectifs : Des études cliniques ont révélé que les événements indésirables survenus au début de la vie contribuent au développement du syndrome de l'intestin irritable (SII) à l'âge adulte. Le but de notre étude était d'étudier la relation entre le stress prénatal (SP), le microbiote intestinal et l'hypersensibilité viscérale, en mettant l'accent sur les lipopeptides bactériens contenant du GABA.

Méthodes : Nous avons développé un modèle de SP chez la souris et évalué, chez la progéniture adulte, l'hypersensibilité viscérale à la distension colorectale, l'inflammation du côlon, la fonction barrière et la taxonomie du microbiote intestinal. Nous avons quantifié la production de lipopeptides contenant du GABA par spectrométrie de masse dans une souche spécifique de bactérie diminuée par le SP, dans les côlons de souris SP et dans les selles de patients atteints du SII et de volontaires sains. Enfin, nous avons évalué leur effet sur l'hypersensibilité viscérale induite par le SP.

Résultats : Les souris des deux sexes stressées prénatalement présentaient une hypersensibilité viscérale, pas d'inflammation manifeste du côlon ni de dysfonctionnement de la barrière mais une dysbiose du microbiote intestinal. La dysbiose se distinguait par une diminution de l'abondance de *Ligilactobacillus murinus*, chez les deux sexes. L'abondance de cette bactérie était inversement corrélée à l'hypersensibilité viscérale à la distension colorectale chez la souris. En culture anaérobie, cette bactérie produisait plusieurs lipopeptides contenant du GABA, dont le C14AsnGABA. Dans le côlon des souris SP, la concentration en lipopeptide contenant GABA était diminuée. Le traitement intra-colique avec le C14AsnGABA inhibait l'hypersensibilité viscérale à la distension colorectale des souris SP. La concentration de C16LeuGABA, un lipopeptide contenant du GABA qui inhibe l'activation des neurones sensoriels, était diminuée dans les selles des patients atteints du SII par rapport aux volontaires sains.

Conclusion : Le stress prénatal impacte la composition du microbiote intestinal et sa fonction métabolique à l'âge adulte. La capacité réduite du microbiote intestinal à produire des lipopeptides GABA pourrait être l'un des mécanismes liant stress prénatal et hypersensibilité viscérale à l'âge adulte.



Sessions parallèles

Recherche translationnelle

Des interneurons inhibiteurs avec des plasticités différentielles à leurs connexions régulent la balance excitation/inhibition dans les réseaux spinaux

S. Hugel 1

1 Inci, Cnrs - Strasbourg (France)

La corne dorsale de la moelle épinière est un centre fondamental dans le traitement des informations nociceptives avant leur éventuel transfert aux centres supraspinaux. Dans les réseaux spinaux, le contrôle du gain des informations nociceptives implique des équilibres entre des activités excitatrices et inhibitrices. Les fibres afférentes primaires acheminent les informations nociceptives dans les réseaux spinaux sous la forme de trains de potentiels d'action dont la fréquence code l'intensité des stimuli nociceptifs. Le traitement de telles informations codées en fréquence implique un phénomène particulier : la plasticité synaptique à court-terme. En utilisant des enregistrements électrophysiologiques *ex vivo* sur des tranches aiguës de souris adultes, nous explorons le rôle de la plasticité synaptique à court-terme aux connexions des interneurons inhibiteurs. Nos résultats indiquent que des interneurons inhibiteurs présentent des plasticités fréquence dépendantes différentes selon que leurs connexions contactent des interneurons excitateurs (connexions inhibitrices) ou d'autres interneurons inhibiteurs (connexions désinhibitrices). De plus, des résultats récents indiquent que cette plasticité différentielle est altérée en conditions d'inflammation périphérique, et diffère entre les mâles et femelles et selon les phases du cycle estrien. Ces plasticités différentielles pourraient représenter un contrôle du gain des informations nociceptives par les réseaux spinaux, et les modifications de ces plasticités selon l'état physiologique ou le sexe pourraient contribuer aux différences de sensibilité observés dans ces différents états.

Bibliographie

Cathenaut L, Schlichter R & Hugel S. Short-term plasticity in the spinal nociceptive system. *Pain* (2023), 164: 2411-2424. <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002999>.

Cathenaut L, Leonardon B, Kuster R, Inquimbert P, Schlichter R & Hugel S. Inhibitory interneurons with differential plasticities at their connections tune excitatory/inhibitory balance in the spinal nociceptive system. *Pain* (2022). 163(5):e675-e688.



Sessions parallèles

Recherche translationnelle

Différences dans les taux de cytokines entre les patients avec migraine épisodique et chronique : une revue systématique de la littérature et méta-analyse

E. Stuchfield-Denby 1, B. Pereira 1, R. Dallel 1, X. Moisset 1

1 Université Clermont Auvergne, Inserm, Chu Clermont-Ferrand, Neuro-Dol, F-63000, Clermont-Ferrand, France - Clermont-Ferrand (France)

Introduction. La physiopathologie de la migraine demeure incertaine ; cependant de nombreux travaux soutiennent l'hypothèse selon laquelle la neuro-inflammation y joue un rôle clé (1). Plusieurs études ont permis d'analyser les taux sanguins périphériques de cytokines chez des patients migraineux ; cependant, celles-ci sont hétérogènes and fournissent des résultats contradictoires (2,3). Nous souhaitons donc clarifier les connaissances actuelles concernant le rôle des cytokines dans la migraine et sa chronicisation.

Méthodes. Nous avons mené une revue systématique de la littérature dans PubMed selon l'algorithme de recherche : ("Migraine Disorders") AND (("Chemokines") OR ("Cytokines") OR ("Interleukins")) et avons passé en revue les références à la recherche de publications supplémentaires. Nous avons exclu de notre analyse les études portées sur l'animal, celles comprenant moins de 10 sujets migraineux, les revues, lettres et rapports de cas et les publications n'étant pas écrites en français ou anglais.

Résultats. Nous avons identifié 234 publications, auxquelles 15 supplémentaires ont été ajoutées après avoir passé en revue les références et 51 ont été sélectionnées. Le Tumor Necrosis Factor-alpha (TNF-a), l'interleukine-6 (IL-6) and l'interleukine-1 beta (IL-1b) étaient les 3 cytokines les plus étudiées. Dans le sang périphérique, les taux d'IL-6 étaient généralement plus élevés chez les patients migraineux par rapport aux contrôles. Il n'y avait pas de différence dans les taux de cytokines chez les patients migraineux avec aura vs sans aura, ni chez les patients migraineux en crise vs hors crise. Cependant, les taux d'IL-6 étaient plus élevés chez les patients avec migraine chronique vs épisodique. Les conclusions finales de ce travail seront tirées après l'analyse d'autres types d'échantillons biologiques et la réalisation d'une méta-analyse.

Conclusion. Notre revue de la littérature suggère que l'IL-6 pourrait être impliquée dans la chronicisation de la migraine plutôt que dans son déclenchement.

Bibliographie

1. Edvinsson L, Haanes KA, Warfvinge K. Does inflammation have a role in migraine? *Nat Rev Neurol.* 2019 Aug;15(8):483–90.
2. Musubire AK, Cheema S, Ray JC, Hutton EJ, Matharu M. Cytokines in primary headache disorders: a systematic review and meta-analysis. *J Headache Pain.* 2023 Apr 4;24(1):36.
3. Ha WS, Chu MK. Altered immunity in migraine: a comprehensive scoping review. *J Headache Pain.* 2024 Jun 7;25(1):95.



Sessions parallèles

Recherche translationnelle

Établissement d'une preuve de concept en faveur du récepteur GPER comme nouvelle cible thérapeutique dans la prise en charge des douleurs iatrogènes associées au cancer du sein

C. Mallet 1

1 Neuro-Dol-Université Clermont Auvergne - Clermont-Ferrand (France)

Le cancer du sein triple négatif (CSTN) est une forme agressive de cancer du sein qui touche particulièrement les femmes pré-ménopausées avec un risque élevé de métastases, notamment osseuses. Les options thérapeutiques sont limitées, ce qui impose l'utilisation de chimiothérapies lourdes telles que le paclitaxel qui, chez 80% des patientes, induit des douleurs neuropathiques périphériques chimioinduites. Devant l'apparition de telles douleurs, les doses de chimiothérapie sont souvent réduites, voire le traitement arrêté, constituant ainsi une réelle perte de chance pour la patiente.

Récemment, les études concernant le GPER (récepteur aux estrogènes couplé aux protéines G) ont mis en évidence un rôle important dans les processus de douleur et de croissance tumorale [1-5]. L'objectif de cette étude est d'explorer l'action antitumorale et antalgique du MJ01032, un agoniste inverse du GPER.

Dans un modèle murin de douleur neuropathique induite par le paclitaxel, le MJ01032 montre des effets antalgiques dépendant du GPER. Sur des cellules murines de CSTN (4T1-luc2), le MJ01032 a démontré une action antiproliférative. L'analyse de la combinaison du MJ01032 et du paclitaxel par isoblogramme a montré une action antiproliférative synergique entre ces deux composés. In vivo, sur un modèle de CSTN induit par inoculation orthotopique de cellules 4T1-Luc2 dans la graisse mammaire de souris Balb/c, le MJ01032 a réduit la taille des tumeurs et atténué la douleur associée au traitement chronique par paclitaxel.

Cette étude suggère que l'utilisation du MJ01032, en ajout au paclitaxel, pourrait augmenter son effet antitumoral tout en réduisant les douleurs neuropathiques associées améliorant ainsi les résultats thérapeutiques et la qualité de vie des patientes atteintes de CSTN.

Bibliographie

[1] Lappano R., Maggiolini M., Mallet C., Jacquot Y. Commentary: harnessing the first peptidic modulator of the estrogen receptor GPER. *Frontiers in Pharmacology*, 2024 ; 15 : 1413058.

[2] Jouffre B., Acramel A., Belnou M., Santolla M.F., Talia M., Lappano R., Nemati F., Decaudin D., Khemtémourian L., Liu W.Q., Maggiolini M., Eschalié A., Mallet C. & Jacquot Y. Identification of a human estrogen receptor α tetrapeptidic fragment with dual antiproliferative and anti-nociceptive action. *Scientific Reports*, 2023 ; 13(1) : 1326.

[3] Jouffre B., Acramel A., Jacquot Y., Daulhac L., Mallet C. GPER involvement in inflammatory pain. *Steroids*, 2023 ; 200 : 109311.



- [4] Mallet C., Boudieu L., Lamoine S., Coudert C., Jacquot Y.*, Eschalier A. The antitumor peptide ER α 17p exerts anti-hyperalgesic and anti-inflammatory actions through GPER in mice. *Frontiers in Endocrinology*, 2021 ; 12:578250.
- [5] Lappano R., Mallet C., Rizzuti B., Grande F., Galli G.R., Byrne C., Broutin I., Boudieu L., Eschalier A., Jacquot Y., Maggiolini M. The Peptide ER α 17p Is a GPER Inverse Agonist that Exerts Antiproliferative Effects in Breast Cancer Cells. *Cells*, 2019 ; 8(6), 590.



Sessions parallèles

Recherche translationnelle

Prévention des douleurs neuropathiques résiduelles par application périradiculaire de plasma enrichi en plaquettes et en fibrine (PRF) lors d'une chirurgie pour hernie discale (protocole clinique NeuroPRF)

Y. Bohren 1

1 Cetd - Colmar (France)

The prevalence of post-surgical lumbar neuropathic radiculopathy is approximately 30%. Poor response to the recommended treatments for neuropathic pain, namely antidepressants and/or gabapentinoids, requires the development of new techniques to prevent chronic pain. One such well-tolerated technique is the administration of autologous plasma enriched in platelets and fibrin (PRF). This approach is largely used in regenerative medicine owing to the anti-inflammatory and analgesic properties of PRF. It could also be an interesting adjuvant to surgery, as it reduces neurogenic inflammation and promotes nerve recovery, thereby reducing the incidence of residual postoperative chronic pain. The aim of the present study is to evaluate the benefit of periradicular intraoperative application of PRF on the residual postsurgical neuropathic pain after disc herniation surgery.

A randomized, prospective, interventional, controlled, single-blind study with evaluation by a blind outcome assessor will be performed in Strasbourg University Hospital. We will compare a control group undergoing conventional surgery to an experimental group undergoing surgery and periradicular administration of PRF (30 patients in each arm). The primary outcome is the intensity of postoperative neuropathic radicular pain, measured by a visual analog scale (VAS) at 6 months post-surgery. The secondary outcomes are the characteristics of neuropathic pain (NPSI), the quality of life (SF-12 and PGIC), the presence of anxiety/depression symptoms (HAD), and the consumption of analgesics. We will also carry out transcriptomic analysis of a panel of pro- and anti-inflammatory cytokines in blood samples, before surgery and at 6 months follow-up. These gene expression results will be correlated with clinical data, in particular, with the apparition of postoperative neuropathic pain.

This study is the first randomized controlled trial to assess the efficacy of PRF in the prevention of neuropathic pain following surgery for herniated disc. This study addresses not only a clinical question but will also provide information on the physiopathological mechanisms of neuropathic pain.

Bibliographie

Trials. 2023 Jun 19;24(1):418. doi: 10.1186/s13063-023-07420-y



Sessions parallèles

Douleur et violences, violences de la douleur : Comment les repérer et réagir pour le bien des patients et des équipes soignantes ?

Quand la violence se fait douleur: Vignettes cliniques-Adolescent/jeune adulte et Enfant

A. Tonelli 1, J. Avez-Couturier 2, A. Deprez 2

1 Clinique Fsef Paris 16 - Paris (France), 2 Chu Lille - Lille (France)

La prise en charge des douleurs chroniques chez l'enfant, l'adolescent, que ce soit en consultation dans une structure Douleur Chronique ou en hospitalisation au motif de douleur chronique dans un SMR, peut s'accompagner de la révélation de violences subies. C'est un des chemins empruntés par nos patients douloureux chroniques: d'une douleur "physique" à l'expression d'une souffrance "psychique". Selon l'expérience des auteurs et dans le cadre de leur pratique de la médecine de la douleur chronique, les révélations de violence se font plus nombreuses depuis la libération de la parole des victimes (impact des médias, des réseaux sociaux et des nombreux ouvrages et films sur le sujet) et depuis les "années covid".

Comment accompagner au mieux ces révélations, sans rajouter de la violence à la violence par nos questions? Qu'en faire? Comment écouter la parole de l'enfant ou de l'adolescent? A notre époque, ces paroles sont-elles plus "faciles" à prononcer car nous sommes plus disposés à les entendre?

Comment résister au patient qui dans un premier temps demandera de garder le secret et ne pas être tenté par l'argument du "maintien de l'alliance thérapeutique" ? Comment faire un rappel à la loi qui est applicable à tous, patients et soignants?

A travers deux vignettes cliniques traitant de douleurs chroniques assorties de révélations de violences subies durant l'enfance, la première par une patiente mineure en consultation, la deuxième par une patiente tout juste majeure en hospitalisation Douleur en SMR, les auteurs vont détailler leur cheminement et leurs réflexions ayant abouti à la rédaction d'information préoccupante et l'impact sur la symptomatologie douloureuse.



Sessions parallèles

Douleur et violences, violences de la douleur : Comment les repérer et réagir pour le bien des patients et des équipes soignantes ?

Accueillir la violence : Risques et dispositifs pour préserver l'humanité des soignants

C. Goldner 1

1 Psychologue Clinicienne, Thérapeute Familiale Et De Couple, Thérapeute Icv.

Quand la douleur physique, psychique, relationnelle des patients, des familles, fait violence. Comment ces situations sont-elles vécues par les soignants ? Quel impact ont-elles sur la dynamique d'équipe ? Sur les autres patients ? Quels dispositifs peuvent être mis en place pour faire face à ces situations ? Quelles ressources sont mobilisables ? Comment transformer le vécu quotidien des soignants pour qu'ils puissent continuer à exercer leur profession tout en préservant leur humanité ? En quoi un dispositif de supervision mensuelle, assuré par un psychologue externe à l'équipe, peut-il être bénéfique ?

La prévalence des violences intrafamiliales, notamment au sein des populations accueillies en consultation pour la gestion de la douleur, a fortement augmenté ces dernières années. À ce jour, aucune étude ne fournit de données précises à ce sujet. Toutefois, les retours d'expérience des soignants d'un centre de la douleur pédiatrique témoignent d'une évolution notable de leur pratique clinique, souvent accompagnée d'un vécu de détresse. Le trauma vicariant rôde, tel une pieuvre, exigeant une grande agilité, tant individuelle que collective, pour échapper à ses tentacules.

Dans ce contexte complexe, les professionnels ont pris l'initiative de mettre en place un dispositif de supervision d'équipe. Cette intervention, débutée il y a deux ans, offre un espace sécurisé de parole, de réflexion et de soutien pour l'équipe pluridisciplinaire.

Nous présenterons comment ces situations de violence sont vécues par les soignants, les conséquences du trauma vicariant, ainsi que les stratégies d'intervention possibles. Nous mettrons également en lumière l'importance d'une approche réflexive pour préserver le bien-être des équipes tout en améliorant la prise en charge des patients.

Bibliographie

1. Karsenti, T., & Gauthier, D. (2018). **Psychologie de la douleur : Approche multidisciplinaire**. Éditions scientifiques.
2. Léonard, C. (2016). **Le trauma vicariant : Comprendre et prévenir le traumatisme chez les soignants**. Éditions Dunod.
3. Bouchard, L. (2015). **Supervision et accompagnement des équipes de soins : Pratiques et réflexions**. Éditions Erès.
4. Gaspard, J. (2019). **La souffrance au travail : Approches psychologiques et sociales**. Éditions Liaisons.
5. Guillemin, M. (2018). **La compassion : Une émotion essentielle dans la relation de soin**. Éditions In Press.



Sessions parallèles

Etat des lieux de la prise en charge de la douleur dans le monde et en France / actions humanitaires

Prise en charge de la douleur du cancer en Afrique : Etat des lieux et recherche des facteurs limitants

Y. Hadjiat 1

1 Inserm U987 - Paris (France)

La prévalence de douleur est particulièrement importante chez les malades atteints de cancer, 2 patients sur 3 souffrant de douleurs modérées à sévères en phase avancée de leur maladie. En outre, selon l'OMS, 83% de la population mondiale (soit 5,5 milliards de personnes) a un accès inadéquat au traitement de la douleur modérée à sévère et un accès faible voire inexistant aux médicaments placés sous contrôle. Alors que l'Amérique du Nord, l'Océanie et l'Europe occidentale et centrale totalisent 95,7 % de la consommation d'analgésiques opioïdes (avec les problématiques inhérentes à l'abus et au détournements), 75 % de la population mondiale, principalement située dans les pays à faible revenu a un accès limité ou nul au soulagement de la douleur, et cette situation est particulièrement critique en Afrique. Cette disparité flagrante fait du soulagement de la douleur et de l'accès aux soins un véritable problème éthique. Plusieurs facteurs potentiels pouvant freiner le recours aux analgésiques dans la douleur cancéreuse ont été identifiés, tels que : une législation trop restrictive, un manque de formation des professionnels de santé, la peur de la dépendance ou du détournement, des réseaux de distribution déficients, les attitudes culturelles et religieuses. Cependant, il n'existe pas actuellement de données permettant d'évaluer, à l'échelle d'un pays ou d'une zone géographique, les poids respectifs de chacun de ces facteurs. Ce sont des informations majeures qui permettrait de cibler les mesures prioritaires à mettre en place pour améliorer le traitement des douleurs cancéreuses et notamment par les opioïdes et ce sera l'objet de cette communication avec des données nouvelles et précises.

Bibliographie

1. Global Cancer Observatory Population . Fact Sheets. Available online at: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx (accessed August 3, 2017).
2. Cancer, Research UK. Available online at: <http://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/worldwide-cancer/incidence#heading-Five> (accessed March 29, 2017).
3. Ervik M, Lam F, Ferlay J, Mery L, Soerjomataram I, Bray F. Cancer Today. Lyon: International Agency for Research on Cancer; (2016). Available online at: http://globocan.iarc.fr/old/burden.asp?selection_pop=218991&Text-p=WHO+Africa+region+%28AFRO%29&selection_cancer=290&Text-c=All+cancers+excl.+non-melanoma+skin+cancer&pYear=18&type=0&window=1&submit=%C2%A0Execute%C2%A0 (accessed March 29, 2017). [Google Scholar]
4. Sun H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al.. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 186 countries. CA Cancer J Clin. (2021) 0:1–41. 10.3322/caac.21660 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]



5. American, Cancer Society . The Burden: Sub-Saharan Africa. Available online at: https://canceratlas.cancer.org/wp-content/uploads/2019/09/CA3_SubSaharanAfrica.pdf (accessed February 15, 2021).
6. Olaleye O, Ekrikpo U. Epidemiology of Cancers in Sub-Saharan Africa. In: Adedeji O, editors. Cancer in Sub-Saharan Africa. Springer, Cham: (2017). 10.1007/978-3-319-52554-9_1 [CrossRef] [Google Scholar]
7. Jemal A. The Cancer Atlas Reveals the International Burden of Cancer. American Cancer Society: Expert Voices Blog. (2014). Available online at: <http://blogs.cancer.org/expertvoices/2014/12/03/the-cancer-atlas-reveals-the-international-burden-of-cancer/> (accessed January 22, 2017).
8. World Health Organization . Access to Controlled Medications Programme. Improving Access To Medications Controlled Under International Drug Conventions. (2012). Available online at: http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/ACMP_BrNote_PainGLs_EN_Apr2012.pdf (accessed January 12, 2021).
9. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators . Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the global burden of disease study 2017. *Lancet*. (2018). 392:1789–858. 10.1016/S0140-6736(18)32279-7 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
10. Brennan F, Carr DB, Cousins MJ. Pain management: a fundamental human right. *Anesth Anal*. (2007) 105:205–21. 10.1213/01.ane.0000268145.52345.55 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
11. Arendt-Nielsen L,. Responding to the Global Burden of Pain. (2019). Available online at: <https://www.healthawareness.co.uk/managing-pain/responding-to-the-global-burden-of-pain/#> (accessed May 10, 2020).
12. Sohi G, Caraceni A, Moulin ED, Zimmerman C, Herx L, Gilron I. Nonopioid drug combinations for cancer pain: protocol for systematic review. *Pain Reports*. (2020) 5:e856. 10.1097/PR9.0000000000000856 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
13. Verhaak PF, Kerssens JJ, Dekker J, Sorbi MJ, Bensing JM. Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: a review of the literature. *Pain* 77. (1998) 231–39. 10.1016/S0304-3959(98)00117-1 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
14. Swarm RA, Paice JA, Anghelescu DL, Are M, Bruce JY, Buga S, et al.. Adult cancer pain, version 3. NCCN clinical practice guidelines in oncology. *J Natl Compr Cancer Netw*. (2019) 17:77–1007. 10.6004/jnccn.2019.0038 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
15. Li Z, Aninditha T, Griene B, Francis J, Renato P, Serrie A, et al.. Burden of cancer pain in developing countries: a narrative literature review. *Clinicoecon Outcomes Res*. (2018) 10:675–91. 10.2147/CEOR.S181192 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
16. Scholten W. Access to opioid analgesics: essential for quality cancer care Chapter 19. In: Hanna M, Zyllicz Z, Editors. *Cancer Pain*. London: (2013). 10.1007/978-0-85729-230-8_19 [CrossRef] [Google Scholar]
17. Deandrea S, Montanari M, Moja L, Apolone G. Prevalence of undertreatment in cancer pain: a review of published literature. *Ann Oncol*. (2008) 19:1985–91. 10.1093/annonc/mdn419 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
18. Cheung CW, Choo CY, Kim Y, Lin FS, Moon S, Osio-Salido E, et al.. Collaborative efforts may improve chronic non-cancer pain management in Asia: findings from a ten-country regional survey. *J Pain Relief*. (2016) 5:1. 10.4172/2167-0846.1000225 [CrossRef] [Google Scholar]
19. King NB, Fraser V. Untreated pain, narcotics regulation, and global health ideologies. *PLoS Med*. (2013) 10:e1001411. 10.1371/journal.pmed.1001411 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
20. Namukwaya E, Leng M, Downing J, Katabira E. Cancer pain management in resource-limited settings: a practice review. *Pain Res Treat*. (2011) 2011:393404. 10.1155/2011/393404 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
21. Cleary J, Powell RA, Munene G, Mwangi-Powell FN, Luyirika E, Kiyange F, et al.. Formulary availability and regulatory barriers to accessibility of opioids for cancer pain in Africa: a report from the global opioid policy initiative (GOPI). *Ann Oncol*. (2013) 24:xi14–23. 10.1093/annonc/mdt499 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]



22. Human Rights Watch . Ending Needless Suffering in Francophone Africa. (2015). Available online at: <https://www.hrw.org/news/2015/10/09/ending-needless-suffering-francophone-africa> (accessed February 13, 2022).
23. World Atlas. French Speaking Countries in Africa. Available online at: <https://www.worldatlas.com/articles/french-speaking-countries-in-africa.html> (accessed January 29, 2022).
24. van Dijk-de Vries A, Stevens A, van der Weijden T, Beurskens AJHM. How to support a co-creative research approach in order to foster impact. the development of a co-creation impact compass for healthcare researchers. PLoS ONE. (2020) 15:e0240543. 10.1371/journal.pone.0240543 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
25. Kallio H, Pietilä AM, Johnson M, Kangasniemi M. Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. J Adv Nurs. (2016) 72:2954–65. 10.1111/jan.13031 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
26. Everitt BS, Skrondal A. The Cambridge Dictionary of Statistics. Cambridge: Cambridge University Press; (2010). 10.1017/CBO9780511779633 [CrossRef] [Google Scholar]
27. Roberts K, Dowell A, Nie JB. Attempting rigour and replicability in thematic analysis of qualitative research data; a case study of codebook development. BMC Med Res Methodol. (2019) 19:66. 10.1186/s12874-019-0707-y [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
28. WHO . WHO Guideline on Ensuring Balanced National Policies For Access and Safe Use of Controlled Medicines (2021). Available online at: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/controlled-substances/scope-ensuring-balance-v5-jan-2020.pdf?sfvrsn=a13d7558_2 (accessed January 29, 2022).
29. WHO . Model List of Essential Medicines. Available online at: <https://www.who.int/groups/expert-committee-on-selection-and-use-of-essential-medicines/essential-medicines-lists> (accessed January 29, 2022).
30. Analysis of opioid analgesics consumption in Africa: a longitudinal study from a 20-year continental perspective Hadjiat, Yacine et al. The Lancet Global Health, Volume 12, Issue 7, e1120 - e1128
31. Y. Hadjiat, A. El Azhari, B. Burucoa, E. Treillet, C. Ntizimira, S. Perrot. Douleurs du cancer en Afrique francophone : recherche et analyse des freins à la prise en charge et à l'accès aux analgésiques opioïdes. Douleur et analgésie. 2024;37(2):87-103. doi:10.1684/dea.2024.0288



Sessions parallèles

Etat des lieux de la prise en charge de la douleur dans le monde et en France / actions humanitaires

Action humanitaire (DSF)

E. Treillet 1, O. Weber 2

1 Hôpital Lariboisière - Paris (France), 2 Paris (France)

Douleurs Sans Frontières (DSF) est une ONG française de solidarité internationale créée en 1996 et reconnue d'utilité publique depuis 2003. Sa mission principale est de promouvoir et développer des actions visant la prévention, le diagnostic, le traitement et la prise en charge de la douleur, de la souffrance et des symptômes de fin de vie des populations vulnérables.

Action médicale

DSF privilégie une approche à long terme, axée sur le renforcement des capacités et l'appui aux acteurs de santé institutionnels et de la société civile. L'organisation développe des stratégies de santé centrées sur les patients, améliorant l'accès, la prise en charge et la qualité des soins. DSF s'intéresse à diverses formes de douleur, incluant les douleurs chroniques, les souffrances psychologiques et morales.

Programmes par pays

France

DSF mène des projets de sensibilisation sur les douleurs chroniques via le théâtre forum.

Arménie

Présente depuis 2001, DSF forme les professionnels de l'enfance et de l'adolescence à la prise en charge médico-psychosociale des enfants présentant des troubles du développement. Elle organise des visites à domicile pour les familles d'enfants avec des troubles sévères du développement.

Cambodge

Engagée depuis 1996, DSF offre une prise en charge palliative à domicile pour les patients atteints de cancer et d'autres maladies chroniques.

Haïti

Active depuis 2010, DSF a participé à l'implantation de l'Unité Douleur à l'Hôpital de l'Université d'État d'Haïti en 2011. L'organisation mène également des activités de formation, de sensibilisation et d'étude avec des acteurs institutionnels et associatifs.



Madagascar

Présente depuis 2009, DSF est reconnue pour son expertise dans la prise en charge des douleurs physiques et psychologiques. L'organisation entretient une relation de confiance avec les acteurs hospitaliers et institutionnels.

Mozambique

Implantée depuis 1996, DSF a développé des programmes visant l'amélioration de la prise en charge de la douleur et des symptômes de fin de vie.

Approche et stratégie

DSF met l'accent sur une approche pluridisciplinaire et construit des partenariats avec les acteurs locaux pour assurer la pérennité des actions engagées. L'organisation s'efforce de renforcer les espaces de coordination et de concertation entre acteurs, considérant que la prise en charge de la douleur ne peut être effective et pérenne sans une dynamique collective.

Le cadre stratégique de DSF intègre le plaidoyer comme stratégie transversale au sein de quatre axes principaux : préserver la dignité humaine, renforcer la résilience communautaire, assurer le transfert des compétences en santé et favoriser un parcours de soins amélioré.

En conclusion, DSF poursuit son action de soulager les douleurs des populations les plus vulnérables dans le monde.



Sessions parallèles

Etat des lieux de la prise en charge de la douleur dans le monde et en France / actions humanitaires

Place de la douleur du cancer dans les structures douleurs chroniques

D. Baylot 1, B. George 2

1 Médecin - Saint Etienne (France), 2 Médecin - Paris (France)

La prise en charge de la douleur du cancer est un problème de santé publique en lien avec la prolongation continue de l'espérance de vie des patients atteints de cancer et de l'augmentation de l'incidence de la maladie. Ces besoins sont actuellement très partiellement couverts. Au travers des résultats de l'enquête nationale menée sous l'instigation de la commission douleur cancer de la SFETD, nous tentons d'évaluer la place actuelle des structures douleurs dans cette prise en charge et proposons des pistes de réflexion pour le futur.



Sessions parallèles

L'enseignement de la douleur : Où en sommes-nous ?

Enquête FST douleur, nos étudiants répondent

A.P. Trouvin 1

1 Ceted Cochin - Paris (France)

La médecine de la douleur est enseignée en deuxième cycle mais actuellement sur un nombre réduit d'heures. Le troisième cycle des études médicales permet, depuis la rentrée 2019, que les internes choisissent de faire une Formation Spécialisée Transversale en Médecine de la Douleur. Les FST créées dans le cadre de la réforme du 3e cycle, viennent remplacer certains anciens Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC). D'une durée d'un an, cette formation permet aux internes d'acquérir connaissances et compétences en médecine de la douleur. Le Collège des Enseignants de Médecine de la douleur a structuré l'enseignement théorique à l'échelle nationale. L'enseignement pratique se fait au cours de 2 semestres réalisés dans des services prenant en charge des patients douloureux.

Avec un recul de 5 promotions d'étudiants s'étant inscrits en FST, cette session permettra de faire un bilan des premières années de mise en place de cet enseignement.



Sessions parallèles

L'enseignement de la douleur : Où en sommes-nous ?

Implémentation de la réalité virtuelle dans l'enseignement en douleur

V. Martinez 1

1 Hôpital Raymond Poincaré - Garches

Cette présentation explore l'innovation pédagogique et le rôle de la réalité virtuelle (RV) dans l'enseignement en santé, en particulier pour la douleur. Avec le contexte des réformes des études médicales, où l'augmentation du nombre d'étudiants contraste avec une stabilité des effectifs de professionnels, la pédagogie médicale évolue, mettant l'accent sur le développement de compétences, les ECOS (Examens Cliniques Objectifs et Structurés), et l'évaluation du savoir-faire à travers la simulation. L'apprentissage actif, prouvé pour augmenter les performances des étudiants, est au cœur de cette approche.

La simulation en santé, initialement centrée sur l'apprentissage procédural, s'est largement développée pour inclure le relationnel et le savoir-être. Les techniques de simulation, telles que les mannequins haute-fidélité, les jeux de rôle, et désormais la réalité virtuelle, contribuent à améliorer la formation et les compétences des étudiants tout en assurant la sécurité des patients.

La réalité virtuelle se distingue par sa capacité immersive à 360 degrés, permettant aux apprenants de se déplacer et d'interagir avec des environnements complexes, grâce aux casques, gants haptiques et manettes. La RV englobe plusieurs types, dont la réalité augmentée et la réalité mixte, et offre une expérience réaliste générant des émotions et des sensations proches des situations cliniques réelles.

Les bénéfices de la RV sont multiples : elle permet de créer une grande variété d'environnements professionnels, de répéter des gestes à son propre rythme, et de s'exercer en sécurité sans jugement extérieur. De plus, elle est idéale pour les situations complexes, dangereuses ou rares, et favorise la collaboration à distance, éliminant les frontières géographiques pour partager les meilleures pratiques.

Enfin, cette présentation discutera des preuves scientifiques démontrant l'efficacité de la RV en pédagogie médicale par rapport à d'autres méthodes de simulation et détaillera des stratégies pratiques pour intégrer la RV dans les facultés de médecine afin de renforcer l'enseignement et la formation. Elle s'appuiera sur des exemples précis dans l'enseignement de la prise en charge de la douleur.



Sessions parallèles

L'enseignement de la douleur : Où en sommes-nous ?

Simulation par jeux de rôle en douleur

F. Laroche 1

1 Aphp - Paris (France)

Les Enseignements Clinique Objectif Structuré (ECOS) ont été proposés en 1975 comme méthode d'évaluation objective et standardisée des performances des étudiants dans des environnements simulés à l'aide de grilles standardisées par des examinateurs entraînés (Harden et al 1975, Khan et al AMEE Guide no. 81. Part I, 2013).

Ils sont utilisés au cours des études de médecine depuis la récente réforme du 2^{ième} cycle. Ils permettent une évaluation combinée du savoir, du savoir-faire et du savoir être. Il s'agit ainsi d'approcher la compétence d'un étudiant en jugeant ses performances de façon planifiée et structurée à travers la mise en situation clinique. L'ECOS permet de confronter l'étudiant à des situations cliniques pratiques futures, de compléter les évaluations écrites et de repérer les étudiants en difficulté.

Nous les décrirons et verrons comment ils sont pensés, utilisés et devenus une part importante de la notation des étudiants de fin de 6^{ème} année de médecine.

Bibliographie

Harden et al 1975,

Khan et al AMEE Guide no. 81. Part I, 2013



Sessions parallèles

Douleur et maladies rares

Douleur et maladie de Charcot-Marie-Tooth

L. Guichard 1

1 Hôpital Raymond Poincaré - Garches (France)

La maladie de Charcot-Marie-Tooth (CMT) est l'une des neuropathies héréditaires les plus fréquentes, avec une prévalence mondiale d'environ 1 sur 2 500. Elle est caractérisée par une dégénérescence axonale due à des mutations génétiques, affectant à la fois les nerfs moteurs et sensitifs. Les différents types de CMT sont classés selon trois critères : la partie du nerf atteinte (Myéline ou axone), le mode de transmission génétique et l'anomalie génétique en cause. La plus fréquente étant la CMT1A.

Les patients présentent généralement une atrophie musculaire progressive associée à une faiblesse et une perte de sensation dans les extrémités. Parmi les symptômes rapportés, la douleur est fréquente, avec une forte prévalence de douleurs neuropathiques, mais aussi musculosquelettiques et mécaniques.

Douleur neuropathique dans la CMT : La douleur neuropathique, résultant des lésions nerveuses, est un symptôme majeur dans la CMT. Elle se manifeste souvent par des sensations de brûlure, des décharges électriques, et des paresthésies. Elle est souvent localisée dans les membres inférieurs, notamment les pieds, les jambes, mais aussi les mains. Cette douleur est fréquente dans la CMT de type 1A, liée à des lésions des fibres nerveuses de type A δ . Les patients rapportent également une allodynie, et une hyperalgésie.

Douleurs musculosquelettiques et mécaniques : En plus de la douleur neuropathique, les patients atteints de CMT souffrent souvent de douleurs musculosquelettiques, dues à l'atrophie musculaire et aux déformations articulaires comme le pied creux. Ces douleurs sont souvent causées par une surcharge mécanique ou une mauvaise posture, et se manifestent par des crampes, des douleurs musculaires, et des douleurs articulaires. Les déformations des pieds, peuvent entraîner une douleur chronique due à une mauvaise répartition des charges corporelles.

Prise en charge de la douleur dans la CMT : Le traitement de la douleur dans la CMT est complexe et multidimensionnel. La douleur neuropathique est prise en charge par des traitements généraux et locaux selon les recommandations.

Une prise en charge chirurgicale peut être proposée pour les douleurs musculosquelettiques notamment pour les déformations articulaires

La rééducation et la kinésithérapie sont essentielles dans la prise en charge des patients
Conclusion : La prise en charge des douleurs dans la CMT doit tenir compte à la fois des douleurs neuropathiques, musculosquelettiques et mécaniques. Une approche pluridisciplinaire est nécessaire pour offrir aux patients un soulagement efficace et améliorer leur qualité de vie.



Bibliographie

- 1- Alessia Peretti , Giovanna Squintani , Federica Taioli , Matteo Tagliapietra , Tiziana Cavallaro , Gian M Fabrizi .Neuropathic pain in Charcot-Marie-Tooth disease: A clinical and laser-evoked potential study. Eur J Pain. 2022 Apr;26(4):929-936.
- 2- Stefano Tozza , Maria Gabriella Aceto, Chiara Pisciotta , Dario Bruzzese , Rosa Iodice , Lucio Santoro , Fiore Manganelli .Postural instability in Charcot-Marie-Tooth 1A disease. Gait Posture 2016 Sep;49:353-357.
- 3- Berger, P., Young, P., Suter, U. (2002). Molecular cell biology of Charcot-Marie-Tooth disease. Neurogenetics, 4, 1–15.



Sessions parallèles

Douleur et maladies rares

Les érythermalgies

C. Créac'h 1

1 Cetu Chu Saint-Etienne & Neuropain - Saint-Etienne (France)

L'érythromélgie (EM) est un acrosyndrome paroxystique rare (incidence de moins de 2/100 000 hab/an), associant des crises douloureuses des extrémités avec rougeur et augmentation de la chaleur locale. D'autres localisations ont été décrites mais de façon beaucoup plus rares. Sur le plan clinique on distingue trois principaux types d'EM :

Des EM primaires débutant dès l'enfance, possiblement associées à une mutation du gène SCN9A codant pour le canal sodique nav 1.7 . Ces crises sont la particularité d'être aggravées par les efforts ou la chaleur, et d'être soulagées par le froid et la surélévation des membres

Des EM primaires débutant après 20 ans, considérées comme idiopathiques, associées à des dysfonctions microcirculatoires et/ou à des atteintes neuropathiques des fibres sensibles de petit calibre

Des EM secondaires associées aux syndromes myéloprolifératifs (thrombocytémie essentielle, polyglobulie...), à la prise de médicaments ou à d'autres pathologies pour lesquelles le traitement peut soulager l'EM ou pas.

La prise en charge de l'EM comprend la correction des facteurs déclenchants, la limitation des facteurs iatrogènes, l'essai des traitements locaux, de l'aspirine, des traitements classiques des douleurs neuropathiques, voire l'essai de bloqueurs de canaux sodiques, comme la mexiletine, le funapide.

Bibliographie

Références : Drenth JP & Michiels JJ Int J Dermatol 1994 ; Waxman SG et al, The lancet neurol 2014 ; Davis et al., Arch Dermatol 2003; Lazareth I & Yannoutsos A. J Med Vasc 2021 ; Raef HS et al. Dermatol Ther 2022 ; Ma JE et al Mayo Cli Proc 2023 ; Caldito et al, J Am Acad Dermatol. 2024



Sessions parallèles

Douleur et maladies rares

Besoins non couverts des patients atteints de syndromes hypertrophiques : Étude COSY-SHS

C. Daval 1, A. Masselin-Dubois 2, L. Faivre 3, L. Hendoux 2, P. Ancet 4, A.S. Lefeuvre 5, M. Elias 6, M.L. Asensio 7, N. Meunier-Beillard 7, C. Lejeune 7

1 Chu Dijon Bourgogne, Fédération Hospitalo-Universitaire Médecine Translationnelle Et Anomalies Du Développement (translad) - Dijon (France), 2 Laboratoire Psy-Drepi Ea-7458, Université De Bourgogne - Dijon (France), 3 Chu Dijon Bourgogne, Fédération Hospitalo-Universitaire Médecine Translationnelle Et Anomalies Du Développement (translad), Dijon, France ; Inserm, Université Bourgogne-Franche-Comté, Umr1231, Équipe Gad, Dijon, France (France), 4 Lir3s Umr 7366 Cnrs Université De Bourgogne - Dijon (France), 5 Association Cloves - Nantes (France), 6 Association M-Cm France - Douarnenez (France), 7 Chu Dijon Bourgogne, Inserm, Université De Bourgogne, Cic 1432, Module Épidémiologie Clinique, F21000 - Dijon (France)

Contexte :

Les syndromes hypertrophiques, regroupés sous le terme de syndromes PROS (PIK3CA-Related Overgrowth Syndromes), se caractérisent par une croissance anormale des cellules et des tissus dans certaines parties du corps. Peu connus avant leur identification étiologique en 2012, ces syndromes génétiques rares entraînent de nombreux symptômes, souvent douloureux et invalidants [1]. Les patients souffrent notamment de douleurs chroniques liées aux malformations lymphatiques, aux thromboses, ainsi que de douleurs post-opératoires. Des traitements antidouleur et anti-inflammatoires, tels que le Lovenox, la codéine et le Tramadol pour les cas les plus sévères, peuvent être proposés. Toutefois, il subsiste un manque de connaissances pour optimiser leur prise en charge. Les récentes avancées thérapeutiques, notamment via des traitements compassionnels et des essais cliniques, offrent un espoir d'amélioration de la qualité de vie des patients.

Objectifs :

Identifier les besoins non couverts des patients atteints de syndromes PROS en matière d'inclusion sociale, d'accès aux soins et de réalisation des activités quotidiennes. Un objectif secondaire est de cerner les déterminants de ces besoins, les difficultés quotidiennes des patients ainsi que leurs attentes, particulièrement en ce qui concerne la gestion de la douleur et les solutions thérapeutiques possibles.

Matériels et méthodes :

L'étude a été menée par une équipe pluridisciplinaire (professionnels de santé, chercheurs en sciences humaines et sociales), et par des associations de patients. Des focus groups ont été réalisés avec des patients de tous âges (6-10 ans ; 11-17 ans ; adultes), des proches-aidants et des professionnels médico-sociaux. Nous avons choisi



pour cette communication de nous intéresser strictement au focus group mené avec les adultes atteints du syndrome de CLOVES, mené en mai 2024 en visioconférence.

Résultats préliminaires :

D'après les 8 adultes participants au focus group, la douleur s'est révélée être un élément central dans la trajectoire de la maladie. Les participants ont souligné que les essais thérapeutiques leur ont fait prendre conscience des années de douleurs qui ont précédé la prise du traitement. Certains patients ont pu réduire l'usage d'antalgiques puissants au profit de traitements plus légers, comme le paracétamol. Pour ceux qui ne bénéficient pas de traitement, la douleur est perçue comme un indicateur des limites corporelles. Qu'elle s'intensifie ou diminue, la douleur constitue un bouleversement permanent affectant à la fois la vie familiale et professionnelle.

Conclusion :

Cette étude met en lumière la manière dont la douleur des patients atteints de syndromes PROS est vécue et les moyens mis en œuvre pour la soulager. Une meilleure compréhension de cette dimension est cruciale pour améliorer leur prise en charge et leur qualité de vie

Bibliographie

1. Haute Autorité de Santé HAS. Syndromes hypertrophiques liés au gène PIK3CA (PROS) sans atteinte cérébrale - Les syndromes CLOVES et de Klippel-Trenaunay [Internet]. Saint-Denis La Plaine; 2020. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3226373/fr/syndromes-hypertrophiques-lies-au-gene-pik3ca-pros-sans-atteinte-cerebrale-les-syndromes-cloves-et-de-klippel-trenaunay



Sessions parallèles

Jeunes talents - Espoirs de la recherche

Modélisation de la sommation temporelle et du conditioned pain modulation chez des personnes avec et sans douleur chronique : une nouvelle étape vers une meilleure gestion de la douleur

M. Vincenot 1, S. Lévesque 2, L. Gendron 1, F. Camirand Lemyre 2, S. Marchand 1, G. Léonard 1

1 Faculté De Médecine Et Des Sciences De La Santé, Université De Sherbrooke - Sherbrooke (Canada), 2 Faculté Des Sciences, Université De Sherbrooke - Sherbrooke (Canada)

Introduction : La sommation temporelle (ST) et le conditioned pain modulation (CPM) sont des mécanismes qui respectivement tendent à accentuer [1,2] ou à inhiber [1,3] la perception de la douleur chez l'humain. À eux deux, ils forment un profil de modulation de la douleur, propre à chaque individu [4] qui apparaît déficitaire chez des populations avec douleurs persistantes [5]. L'identification de ce profil pourrait fournir des informations précieuses sur la manière de traiter plus efficacement ces patients [6,7]. Cependant, la mesure de ces mécanismes demeure longue et dispendieuse. L'objectif de cette étude était de développer et de valider un modèle permettant d'estimer la ST et les CPM à l'aide de mesures cliniques facilement accessibles.

Méthode : Une cohorte de volontaires sans douleur (n=347) et une de patients souffrant de douleurs chroniques (n=108) ont été soumis à des tests sensoriels quantitatifs dynamiques pour évaluer la sommation temporelle et les CPM. La ST a été induite par une douloureuse chaude en continue (2 min.) et d'une intensité modérée. Les CPM ont quant à eux été estimés à l'aide du seuil de la douleur à la pression (CPM-PPT) et d'une stimulation tonique chaude continue (CPM-HPS) comme stimuli test, et d'un bain d'eau froide comme stimulus conditionnant. Les variables indépendantes comprenaient des mesures démographiques (âge, sexe), psychologiques (catastrophisation face à la douleur, anxiété et dépression) et physiologiques (pression artérielle, poids, taille, indice de masse corporelle et taux sériques de catécholamines, d'endocannabinoïdes et d'hormones sexuelles). Une méthode de régression par pénalisation de type LASSO avec validation croisée a été utilisée pour identifier les variables indépendantes à inclure dans le modèle, et pour quantifier et expliquer la proportion de variance de la ST et des CPM.

Résultats : Les modèles de prédictions se sont avérés plus performants pour la cohorte de patients comparativement à la cohorte de volontaires sans douleur. Pour la ST, un modèle incluant comme facteurs principaux la pression diastolique et la concentration sérique de sérotonine et d'épinéphrine expliquait environ 40 % de la variance. Pour les CPM, le modèle CPM-HPS était le plus efficace et incluait la pression diastolique, la catastrophisation face à la douleur et le sexe comme variables principales, expliquant environ 35% de la variance. Le modèle CPM-PPT n'a pas démontré de performances suffisantes.

Conclusion : Cette étude démontre que la ST et les CPM peuvent être estimés - pour les populations souffrant de douleurs - à l'aide de mesures simples facilement disponibles



dans un contexte clinique. Cependant, l'erreur de prédiction de ces modèles reste élevée, ce qui limite leur utilisation clinique pour le moment.

Bibliographie

- [1] Tousignant-Laflamme, Y., Pagé, S., Goffaux, P., Marchand, S. (2008). An experimental model to measure excitatory and inhibitory pain mechanisms in humans. *Brain Research* 1230, 73–79.
- [2] Mendell, L.M. (2022). The Path to Discovery of Windup and Central Sensitization. *Frontiers in Pain Research* 3.
- [3] Sirucek, L., Ganley, R.P., Zeilhofer, H.U., Schweinhardt, P. (2023). Diffuse noxious inhibitory controls and conditioned pain modulation: a shared neurobiology within the descending pain inhibitory system? *PAIN* 164, 463.
- [4] Yarnitsky, D., Granot, M., Granovsky, Y. (2014). Pain modulation profile and pain therapy: Between pro- and antinociception. *Pain* 155, 663–665.
- [5] Yarnitsky, D. (2015). Role of endogenous pain modulation in chronic pain mechanisms and treatment: *PAIN* 156, S24–S31.
- [6] Bosma, R.L., Cheng, J.C., Rogachov, A., Kim, J.A., Hemington, K.S., Osborne, N.R., Venkat Raghavan, L., Bhatia, A., Davis, K.D. (2018). Brain Dynamics and Temporal Summation of Pain Predicts Neuropathic Pain Relief from Ketamine Infusion: *Anesthesiology* 129, 1015–1024.
- [7] Yarnitsky, D., Granot, M., Nahman-Averbuch, H., Khamaisi, M., Granovsky, Y. (2012). Conditioned pain modulation predicts duloxetine efficacy in painful diabetic neuropathy: *Pain* 153, 1193–1198.



Sessions parallèles

Jeunes talents - Espoirs de la recherche

Impact de l'adversité sur l'étiologie et la prise en charge de la douleur chronique par l'hypnose chez des patients suivis en structure douleur

S. Baire 1

1 Lnca - Strasbourg (France)

Bien que les liens entre expériences adverses de l'enfance et anxiété et douleur chronique à l'âge adulte fassent déjà partie des préoccupations cliniques et qu'ils apparaissent régulièrement dans la littérature, une revue récente rappelle que bien qu'une personne ayant vécu de telles expériences présente un risque deux fois plus important de développer des douleurs chronique à l'âge adulte, ces liens restent peu clairs (1).

La douleur chronique touche à chaque instant un tiers des français. Parmi ces patients, 2 sur 3 ne sont pas soulagés par leurs traitements, et 1 sur 2 aura une qualité de vie significativement altérée (2).

Face à ces constats notre étude a pour buts:

-(Prévention) de mieux appréhender la trajectoire de vie des patients reçu en CETD, grâce à l'étude des données recueillies par un ensemble d'échelles et de questionnaires permettant d'interroger leur histoire de vie et antécédents, leur vécu de la douleur, leur état psychologique ainsi que leur performances cognitives.

-(Thérapeutique) de proposer à chaque patient 2 approches, une autour de la douleur, l'autre autour de l'adversité afin de comparer leurs efficacités respectives (sur le vécu de la douleur et la qualité de vie) et leur complémentarité selon l'ordre proposé. Les deux propositions respectent une organisation et un déroulement similaires.

Chaque proposition de soin inclut l'hypnose comme outil thérapeutique car son application existe déjà à la fois dans le domaine de la douleur (et de la DC) et dans la prise en charge des traumatismes, nous permettant une utilisation éclairée. De plus elle a déjà pu être étudiée à la fois par le prisme de la psychologie clinique et par celui des neurosciences. Il sera donc intéressant à terme d'étudier si nous retrouvons les effets et limites évoqués dans la littérature, et si notre proposition permet de dégager de nouvelles pistes pour potentialiser son utilisation.

Dans cet exposé, nous présenterons brièvement notre parcours depuis l'étude préliminaire et le travail collaboratif ayant permis la construction de notre protocole. Nous présenterons ensuite les résultats déjà obtenus et l'état d'avancement de ces travaux pour terminer par le programme et les développements envisagés.

Bibliographie

(1) Dalechek, D. E., Caes, L., McIntosh, G., & Whittaker, A. C. (2024). Anxiety, history of childhood adversity, and experiencing chronic pain in adulthood: A systematic literature review and meta-analysis. *European Journal of Pain*, 28, 867–885. <https://doi.org/10.1002/ejp.2232>



(2) Livre blanc de la douleur - Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur - État des lieux et propositions pour un système de santé éthique, moderne et citoyen (SFETD, 2017).
https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/09/livre_blanc-2017-10-24.pdf



Sessions parallèles

Jeunes talents - Espoirs de la recherche

Chronicisation douloureuse post-opératoire après arthroplastie de genou : étude exploratoire de la cinétique de BDNF: Knee-BDNF

F. Jedryka 1

1 Chu Nimes-Inm Montpellier - Nimes (France)

La douleur chronique post-opératoire (DCPO) survient chez environ 30 % des patients après une prothèse totale du genou (1). L'identification des profils à risque de DCPO pourrait permettre une prise en charge anesthésique et post-opératoire personnalisée, réduisant ainsi l'usage des opioïdes et favorisant une mobilisation précoce (2). Cette démarche représente un axe de recherche prioritaire en anesthésie, et l'identification d'un biomarqueur y serait utile (3).

Le mécanisme de la DCPO est reconnu comme une entité spécifique, ne se résumant pas seulement à une inflammation ou à des lésions nerveuses isolées, mais résultant d'une combinaison des deux (4). L'intensité de la douleur après une incision est influencée par deux facteurs principaux : l'influx nociceptif généré par l'incision et les mécanismes de sensibilisation nerveuse périphérique et centrale, qui modulent la perception de la douleur (5).

Au niveau clinique, la sensibilisation se manifeste par plusieurs phénomènes : amplification de la douleur en réponse à des stimuli répétitifs (wind-up), douleurs plus intenses s'étendant au-delà de la zone de lésion primaire (hyperalgésie secondaire et tertiaire), et apparition de douleurs provoquées par des stimuli non douloureux (allodynie) (6). Ces mécanismes ressemblent à ceux observés dans la potentialisation à long terme de l'hippocampe, supportés notamment par un rôle clé des neurotrophines, telles que le BDNF (Brain-Derived Neurotrophic Factor) (7).

Le BDNF, impliqué dans l'homéostasie cérébrale, la survie neuronale, la plasticité et la fonction cognitive, joue un rôle crucial dans les processus de réparation du système nerveux (8). Des études ont montré que des altérations du BDNF sérique pouvaient être un biomarqueur d'intérêt de certaines affections du système nerveux central comme la dépression (9). L'étude du BDNF sanguin pourrait ainsi offrir un biomarqueur potentiel pour la DCPO (10).

L'étude Knee-BDNF vise à analyser la cinétique post-opératoire du BDNF et à déterminer si ses variations sont liées au développement de la DCPO ou à des facteurs de risque préexistants. Le critère de jugement principal est l'élévation significative du taux de BDNF sérique à 3 mois post-opératoire dans le groupe douleur chronique par rapport aux patients non douloureux. Des critères de jugement secondaires comme la douleur seront également évalués ainsi que des outils validés et spécifiques en algologie de chacune des dimensions de la douleur chronique (BPI, HAD, WOMAC, SF12 etc..).



L'étude comprend pour les 200 patients une visite d'inclusion (patient cible : première prothèse totale de genou) et trois visites de suivi (post-opératoire 48h, 3 mois et 6 mois) dans lesquelles seront réalisées les explorations cliniques et biologiques du protocole.

Bibliographie

- Fletcher D et al (Eur J Anaesthesiol 2015) Chronic postsurgical pain in Europe: an observational study.
- Rosenberg et al (BJA education 2022). Chronic post-surgical pain an update on incidence, risk factors and preventive treatment options
- Glare et al (Lancet 2019). Postoperative pain management and opioids
- E.M. Pogatzki-Zahn et al (Pain reports 2017) Postoperative pain—from mechanisms to treatment
- Richebé et al (Anesthesiology 2018). Persistent postsurgical pain : Pathophysiology and preventative pharmacological considerations
- Latremoliere A, et al (JPain 2009). Central sensitization: a generator of pain hypersensitivity by central neural plasticity.
- Li et al (Molecular pain 2008) Brain derived neurotrophic factor (BDNF) contributes to the pain hypersensitivity following surgical incision in the rats.
- Xiong et al (Biomolecules 2024) The Role of the Brain-Derived Neurotrophic Factor in Chronic Pain: Links to Central Sensitization and Neuroinflammation.
- Blugeot et al (J. Neurosci., 2011) Vulnerability to Depression: From Brain Neuroplasticity to Identification of Biomarkers.
- Thakkar et al (Brain Behav. 2023) BDNF as a biomarker for neuropathic pain: Consideration of mechanisms of action and associated measurement challenges.



Sessions parallèles

Jeunes talents - Espoirs de la recherche

La planaire comme modèle de remplacement pour étudier la nociception

G. Reho 1

1 Cnrs Upr 3212 Institut Des Neurosciences Cellulaires Et Intégratives - Strasbourg (France)

Les planaires représentent une classe de petits vers plats aquatiques. Contrairement à leurs cousins plathelminthes (cestodes, trématodes et monogènes), elles ne sont pas parasites et vivent principalement en eau douce. Les planaires sont bien connues des biologistes du développement qui étudient leurs incroyables capacités de régénération, décrites depuis plusieurs siècles [1]. La régénération n'est cependant pas leur seul point fort. En effet, le système nerveux des planaires présente un set de caractéristiques physiologiques proche du système nerveux des vertébrés : des neurones multipolaires avec un axone unique, une majorité de synapses chimiques, des épines dendritiques développées, une grande part de neurotransmetteurs en commun, etc [1]. Ainsi, bien qu'elles soient phylogénétiquement plus éloignées des mammifères que d'autres modèles invertébrés, comme les nématodes ou les insectes, les planaires sont particulièrement intéressantes à étudier grâce à ces homologies. Elles ont notamment été, au cours du siècle dernier, progressivement utilisées pour des études pharmacologiques, (éco)toxicologiques et comportementales, ce qui nous donne accès à une grande quantité de données sur leurs réactions en présence d'agents chimiques [2]. Plus récemment, leurs réactions ont été davantage précisées : plutôt qu'un simple indice visuel, on sait aujourd'hui qu'elles sont hautement reproductibles et bien caractérisées. Grâce à ces deux derniers éléments, la planaire a rapidement su trouver sa place dans l'étude de la nociception. En effet, il a depuis été démontré que l'expression de certains nocicepteurs tels que les canaux ioniques TRP chez les planaires était nécessaire à la production de réactions nociceptives, typiquement présentes lors d'un stimulus nociceptif (chaleur, irritants, acidité de l'eau, substrat abrasif, etc). De plus, de multiples agents anti-nociceptifs sont capables de moduler ces réactions, comme des opioïdes (morphine, DAMGO), ou des anti-inflammatoires (meloxicam, acetaminophen)[1,3]. Ainsi, dans le contexte des 3R, les planaires sont un modèle prometteur pour l'étude fondamentale de la nociception et pourraient constituer un modèle de remplacement dans les premières étapes de screening de nouvelles molécules antalgiques. En plus d'être un potentiel modèle de remplacement efficace, l'utilisation des planaires jouit de la grande flexibilité que représente l'étude des invertébrés : une reproduction rapide et en grande quantité, une manipulation facile et un coût d'entretien faible.

Bibliographie

[1] G. Reho, V. Lelièvre, H. Cadiou, Planarian nociception: Lessons from a scrunching flatworm, *Front. Mol. Neurosci.* 15 (2022). <https://doi.org/10.3389/fnmol.2022.935918>.



- [2] O.R. Pagán, Planaria: An animal model that integrates development, regeneration and pharmacology, *Int. J. Dev. Biol.* 61 (2017) 519–529. <https://doi.org/10.1387/ijdb.160328op>.
- [3] G. Reho, Y. Menger, Y. Goumon, V. Lelièvre, H. Cadiou, Behavioral and pharmacological characterization of planarian nociception, *Front. Mol. Neurosci.* 17 (2024). <https://doi.org/10.3389/fnmol.2024.1368009>.



Sessions parallèles

Jeunes talents - Espoirs de la recherche

Traitement de la douleur neuropathique diabétique : Implication différentielle du récepteur 5-HT₆ et de la voie mTOR en fonction du sexe.

N. Mokhtar 1, E. Chapuy 1, L. Prival 1, P. Marin 2, S. Doly 1, C. Courteix 1

1 Université Clermont-Auvergne, Neurodol, Inserm - Clermont-Ferrand (France), 2 Institut De Génomique Fonctionnelle, Université De Montpellier, Cnrs, Inserm - Montpellier (France)

La douleur neuropathique chronique est une complication majeure du diabète avec, en France, pas moins de 20,3% des patients diabétiques (diabète de type 1 et de type 2) souffrant de douleur neuropathique chronique. Compte-tenu de l'augmentation du nombre de patients diabétiques dans le monde (783 millions estimés en 2045), de l'impact de la douleur sur la qualité de vie et de la faible efficacité des traitements de référence, de nouvelles stratégies thérapeutiques sont attendues. Le récepteur 5-HT₆ est récemment apparu comme une cible prometteuse pour traiter les douleurs neuropathiques et les déficits cognitifs associés. Les données précédemment obtenues chez des rats mâles diabétiques ont montré que le blocage de l'activité constitutive du récepteur 5-HT₆ (à l'aide d'agonistes inverses), l'inhibition de la voie de signalisation mTOR (par la rapamycine) et la perturbation de l'interaction entre le récepteur 5-HT₆ et mTOR (par un peptide mimétique, le Tat-VEPE) améliorent le comportement douloureux et les performances cognitives. Afin d'accroître la pertinence de cette découverte et d'explorer les différences pharmacodynamiques entre les mâles et les femelles, nous avons évalué l'effet d'agonistes inverses du récepteur 5-HT₆, de la rapamycine et d'un peptide mimétique (Tat-VEPE) sur l'hyperalgésie mécanique et les déficits cognitifs comorbides chez des rates rendues diabétiques par la streptozotocine (STZ). Les agonistes inverses complets (PZ-1388, PZ-1386, SB258585) et partiels (PZ-1179), injectés par voie intrapéritonéale, réduisent l'hyperalgésie mécanique chez les femelles, tout comme la rapamycine et le Tat-VEPE injectés par voie intrathécale. Chez les femelles, l'amplitude et la durée de l'effet antalgique des composés (à l'exception du Tat-VEPE) sont plus faibles que chez les mâles alors que le PZ-1386, le SB258585, la rapamycine et le Tat-VEPE ont la même efficacité sur les troubles cognitifs que précédemment observé chez les mâles. Ces résultats suggèrent que les voies de signalisation du récepteur 5-HT₆ impliquées dans la douleur sont différemment sensibles aux agents pharmacologiques en fonction du sexe, et incitent à poursuivre les travaux visant à comparer les effecteurs en aval du récepteur 5-HT₆ et les propriétés pharmacocinétiques des composés dans les deux sexes afin de mieux comprendre les effets différentiels sur la douleur neuropathique diabétique.



Sessions parallèles

Jeunes talents - Espoirs de la recherche

Mécanismes corticaux des interactions entre sensibilisation douloureuse et trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)

S. Bou Sader Nehme 1, S. Sanchez-Sarasua 1, W. Hleihel 2, M. Landry 1

1 Univ. Bordeaux, Cnrs, Imn, Umr 5293 F-33000, Bordeaux France - Bordeaux (France), 2 Department Of Biology, Faculty Of Arts And Sciences, Holy Spirit University Of Kaslik, P.o. Box 446, Jounieh, Lebanon - Jounieh (Lebanon)

Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est un trouble neurodéveloppemental commun touchant 8% d'enfants et 6% d'adolescents au niveau mondial [1]. Caractérisé par des symptômes d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité, il est généralement associé à des déficits cognitifs, émotionnels et comportementaux. Des études cliniques suggèrent qu'une sensibilisation à la douleur se développe chez les sujets atteints de TDAH [2,3,4,5]. Cependant, les mécanismes et les circuits neuronaux impliqués dans ces interactions restent inconnus. Notre équipe a précédemment validé un modèle murin de TDAH obtenu par injection de 6-hydroxydopamine dans l'un des ventricules latéraux, cinq jours après la naissance [6]. Ce modèle développe une sensibilisation marquée aux stimuli thermiques et mécaniques, suggérant que les conditions du TDAH augmentent la nociception [7]. En combinant différentes approches, nous avons également démontré une hyperactivité des neurones du cortex cingulaire antérieur (CCA) qui modifie le circuit « CCA - insula postérieure (IP) » ainsi que les réseaux spinaux qui sous-tendent la sensibilisation à la douleur [7]. Nous émettons l'hypothèse que des mécanismes neuroinflammatoires seraient à l'origine des altérations fonctionnelles du CCA et de la comorbidité entre le TDAH et la douleur. Nous avons démontré par immunofluorescence des changements dans la morphologie de la microglie et des astrocytes, indiquant leur activation. Nous avons identifié par qRT-PCR des changements dans l'expression de marqueurs inflammatoires dans les cortex cingulaire et insulaire. De plus, le recours à la spectrométrie de masse et à des approches de phosphoprotéomique à haut débit nous a permis de détecter une dérégulation dans l'activité des kinases et des voies de signalisation en condition TDAH. L'ensemble de nos résultats confirme la mise en jeu de mécanismes neuro inflammatoires dans des régions cérébrales qui traitent à la fois les processus attentionnels et la perception douloureuse. L'identification de mécanismes communs à ces deux troubles neuropsychiatriques, impliquant des circuits neuronaux et des voies de signalisation inflammatoires, est essentielle afin d'améliorer les traitements.

Bibliographie

[1] Salari, N., Ghasemi, H., Abdoli, N., Rahmani, A., Shiri, M. H., Hashemian, A. H., Akbari, H., & Mohammadi, M. (2023). The global prevalence of ADHD in children and adolescents: a systematic



- review and meta-analysis. *Italian journal of pediatrics*, 49(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s13052-023-01456-1>
- [2] Fuermaier, A. B. M., Hüpen, P., De Vries, S. M., Müller, M., Kok, F. M., Koerts, J., Heutink, J., Tucha, L., Gerlach, M., & Tucha, O. (2018). Perception in attention deficit hyperactivity disorder. *Attention deficit and hyperactivity disorders*, 10(1), 21–47. <https://doi.org/10.1007/s12402-017-0230-0>
- [3] Treister, R., Eisenberg, E., Demeter, N., & Pud, D. (2015). Alterations in pain response are partially reversed by methylphenidate (Ritalin) in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Pain practice : the official journal of World Institute of Pain*, 15(1), 4–11. <https://doi.org/10.1111/papr.12129>
- [4] Stickley, A., Koyanagi, A., Takahashi, H., & Kamio, Y. (2016). ADHD symptoms and pain among adults in England. *Psychiatry research*, 246, 326–331. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.004>
- [5] Stray, L. L., Kristensen, Ø., Lomeland, M., Skorstad, M., Stray, T., & Tønnessen, F. E. (2013). Motor regulation problems and pain in adults diagnosed with ADHD. *Behavioral and brain functions : BBF*, 9, 18. <https://doi.org/10.1186/1744-9081-9-18>
- [6] Bouchatta, O., Manouze, H., Bouali-Benazzouz, R., Kerekes, N., Ba-M'hamed, S., Fossat, P., Landry, M., & Bennis, M. (2018). Neonatal 6-OHDA lesion model in mouse induces Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)-like behaviour. *Scientific reports*, 8(1), 15349. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-33778-0>
- [7] Bouchatta, O., Aby, F., Sifeddine, W., Bouali-Benazzouz, R., Brochoire, L., Manouze, H., Fossat, P., Ba M'Hamed, S., Bennis, M., & Landry, M. (2022). Pain hypersensitivity in a pharmacological mouse model of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 119(30), e2114094119. <https://doi.org/10.1073/pnas.2114094119>



Sessions parallèles

Jeunes talents - Espoirs de la recherche

The effect of prenatal stress on development and functions of nociceptors

N. Gheziel 1, N. Serhan 2, E. Labit 2, A. Loste 2, L. Basso 2, N. Cenac 3

1 Infinity/irsd, Inserm - Toulouse (France), 2 Infinity, Inserm - Toulouse (France), 3 Irsd, Inserm - Toulouse (France)

Nociceptors are specialized neurons located in the dorsal root ganglia (DRG), responsible for transmitting pain signals from organs to the central nervous system. They are classified into subtypes: Non-Peptidergic nociceptors (NP), Peptidergic nociceptors (PEP), and non-nociceptive neurons called c-low-threshold mechanoreceptors (cLTMRs). These subtypes develop from precursors between embryonic days (E) 11 and E13, achieving transcriptomic maturity by E13 to post-birth. As we previously demonstrated that prenatal stress (PS) induces mechanical hypersensitivity, we hypothesized that PS disrupts the transcriptomic development of nociceptors, contributing to mechanical hypersensitivity observed in offspring.

PS was induced in pregnant mice using restraint stress under bright light from E13 to E18. Mechanical sensitivity in 8-week-old mice was assessed using Von Frey tests. DRGs were isolated from control (CT) and PS mice for bulk RNA sequencing. Immunohistochemistry staining identified major nociceptor populations in 8-week-old DRGs. Single-cell RNA sequencing (scRNAseq) on sorted nociceptors from CT and PS offspring provided further insights on transcriptomic impacts.

PS offspring showed pronounced mechanical hypersensitivity compared to CT offspring. RNA sequencing revealed 300 differentially expressed genes, including *Trpv1* (PEP), *Th* (cLTMR), and *Mrgprd* (NP). A dysregulation of the main populations of nociceptors in PS offspring has been confirmed by immunohistochemistry. scRNAseq indicated cLTMRs as the primary affected population.

Our results show that PS impacts cLTMRs development at the transcriptomic, proteic, and single-cell levels. This impairment is associated with a mechanical hypersensitivity and behavioral disorders.



Sessions parallèles

Neurostimulation implantée : Douleur Neuropathique périphérique réfractaire chez un patient présentant une pathologie cancéreuse

Place de la neurostimulation pour douleurs neuropathiques chez les patients cancéreux

M.C. D 1

1 Hôpital Saint Joseph - Paris (France)

Un groupe de travail issu de la commission de la SFETD « neurostimulation implantée en douleurs neuropathiques » a été missionné pour réfléchir dans cette indication chez les patients atteints de cancer. Dans un but d'évaluation des pratiques, un questionnaire a été adressé aux centres implantateurs de neurostimulation sur le territoire national français. L'objectif de ce questionnaire est de recueillir la pratique des centres implantateurs de stimulation médullaire chez les patients atteints de cancer, pour douleurs séquellaires ou indépendantes du cancer.

A la date du 11 septembre 2024, 30 réponses ont été obtenues sur ce questionnaire.

Stimulation médullaire chez les patients souffrant de douleurs neuropathiques séquellaires du cancer :

Chez les centres répondeurs, une légère majorité (53%) ont déjà implanté une stimulation médullaire chez les patients souffrant de douleurs neuropathiques séquellaires du cancer. Cela représentant malgré tout une minorité des patients implantés dans ces centres.

Les étiologies retenues sont principalement des douleurs neuropathiques réfractaires post-chimiothérapie, post-chirurgie du cancer et post-radiothérapie. Les patients candidats sont majoritairement (87,5%) implantés lorsqu'ils sont en rémission contre 12,5% chez des patients en cours de traitement.

Stimulation médullaire chez des patients atteints de cancer et souffrant de douleurs neuropathiques (indépendantes du cancer) :

Chez les centres répondeurs (26), la moitié de ces centres ont déjà implantés (50%) une stimulation médullaire chez des patients atteints de cancer et souffrant de douleurs neuropathiques (indépendantes du cancer). L'implantation a eu lieu principalement (78,6%) chez des patients en rémission contre 21,4% chez des patients en cours de traitement.

Discussion :

De manière générale, ces patients ont été adressés aux centres implantateurs par des algologues en SDC, algologues intervenant en service d'oncologie, médecins oncologues et médecins radiothérapeutes.

Les freins principaux remontés sont les suivants :

Patients non ou très peu adressés en Structure Douleur Chronique (SDC)

Méconnaissance des techniques de neuromodulation par les médecins assurant le suivi oncologique de ces patients



Place disponible en SDC pour accueillir ces patients (réflexion pour créer des filières dédiées à cette indication ?)

L'état général de ces patients et le pronostic sont des éléments importants qui rentrent en jeu dans la décision d'implanter. Les dossiers de ces patients sont discutés en RCP SDC et Centre Implanter et de manière générale passent actuellement par une phase de test avant implantation définitive.

Il pourrait être intéressant de réfléchir à faire connaître davantage cette technique de neuromodulation auprès des médecins oncologues, chimiothérapeutes et radiothérapeutes pour un adressage optimisé de ces patients auprès des SDC et/ou centres implanteurs.



Sessions parallèles

Neurostimulation implantée : Douleur Neuropathique périphérique réfractaire chez un patient présentant une pathologie cancéreuse

Place de la NSI dans le parcours patient atteint de cancer

M. D 1

1 Ch Lyon - Lyon

L'implantation d'une stimulation à visée analgésique (NSI) répond à un parcours patient systématique, pré per et post-opératoire, avec une prise en charge pluridisciplinaire mettant en jeu les structures douleurs chroniques et le centre implanteur (cf recommandation de la commission neuromodulation de la SFETD).

La prise en charge d'un patient ayant une pathologie cancéreuse présente des spécificités et requiert des points de vigilance de l'évaluation, au suivi, en passant par le geste opératoire.

Il apparaît indispensable que le projet soit coordonné et établi en lien avec l'équipe oncologique référente du patient. La validation de l'indication est collégiale en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP).

La NSI est une technique à discuter au sein de l'arsenal thérapeutique chirurgical comportant également l'analgésie intrathécale (PIT) et les techniques lésionnelles. Les douleurs neuropathiques périphériques réfractaires séquellaires du traitement du cancer chez un patient en rémission ou présentant une maladie faiblement évolutive, ainsi que la douleur neuropathique indépendante de la maladie cancéreuse en sont actuellement les indications principales.



Sessions parallèles

Neurostimulation implantée : Douleur Neuropathique périphérique réfractaire chez un patient présentant une pathologie cancéreuse

Le regard du psychologue

A.M. Giner 1

1 Orateur - Lyon

Nous souhaitons ici ouvrir une réflexion concernant la place du psychologue dans un parcours de neuromodulation.

Cette place de psychologue s'inscrit dans une étroite articulation avec une équipe soignante pluridisciplinaire, dans laquelle il sera nécessaire de faire entendre la temporalité psychique d'un sujet singulier confronté à la douleur chronique et les enjeux médicamenteux et neurochirurgicaux qui s'y rattachent. A noter, la temporalité psychique n'est pas toujours en adéquation avec le temps médical.

La qualité du maillage entre les différents protagonistes soignants est un enjeu qui mérite d'être travaillé.

Identifier et respecter le besoin de temps propre à chaque sujet souffrant est nécessaire afin de contenir les angoisses de celui-ci, soutenir les capacités d'adaptation et d'appropriation du dispositif de neurostimulateur implanté.

Nous évoquerons aussi, la spécificité des patients souffrants de douleurs séquellaires d'un cancer, objectivables par le corps médical et ceux souffrant de douleurs chroniques pour tout autre raison.

A travers des éléments de comparaisons, nous aborderons le vécu subjectif de la douleur selon son origine. Il paraît indispensable de comprendre quelle(s) fonction(s) peut revêtir la douleur dans l'économie psychique du sujet, véritable empreinte dans la peau et dans la psyché.

Quand le sujet vient dire sa douleur, celle-ci peut servir de porte d'entrée vers le corps médical ou le corps social, pour communiquer l'expression traumatique d'une expérience psycho-corporelle.

Parler de douleur persistante comme d'un événement, d'une histoire, d'une relation, ou comme stigmate de l'existence, cela renvoie aussi à une spirale auto-engendrée dans laquelle s'ajoute la fatigue et un syndrome anxio-dépressif, fréquent dans cette clinique.

La douleur, comme phénomène intrinsèquement subjectif, qu'elle soit d'origine cancéreuse ou non, représente une véritable blessure narcissique, confrontant le sujet à la problématique du deuil (souvent amorcée des suites du diagnostic du cancer avec les nombreuses pertes et renoncements qui peuvent en résulter

Le sujet souffrant pourra alors subjectiver un questionnement sur le sens de cette épreuve existentielle d'où peut aussi émerger un véritable questionnement identitaire.

Prendre en considération la vie psychique du malade douloureux permet ainsi à l'équipe soignante de penser un dispositif de prise en soin au plus proche des besoins de chacun.



Bibliographie

- BONNAUD-ANTIGNAC A. , Psychopathologie de la rémission. « la douleur : ce qu'il reste de mon cancer », 2007
- CANGUILHEM, G. 1966. Le normal et le pathologique, Paris, PUF.
- CROIX L. Vraie ou fausse douleur, 2007
- DUMET, N. ; ROUSSET, Y. 2010. Soigner ou guérir ?, Eres
- Freud S., (1917) Deuil et mélancolie, Œuvres complètes, tome XIII, PUF, Paris, 1998.
- GILLOT F., Entre désir de ne plus souffrir et passion douloureuse : l'exemple de la chirurgie corticale à visée antalgique, 2012
- REICH. M., Cancer et image du corps : identité, représentation et symbolique, 2008.



Sessions parallèles

Douleur chez la femme à tous les âges

Les neuropathies pudendales de la femme âgée

G. Amarenco 1

1 Hôpital Tenon - Paris (France)

Les douleurs périnéales neurogènes de la femme âgée ont plusieurs particularités sémiologiques, évolutives et thérapeutiques.

L'atteinte pudendale distale canalaire (syndrome du canal d'Alcock) est souvent intriquée (ou favorisée dans le cadre d'un "double crush syndrome") avec une atteinte proximale de type radiculo-médullaire (canal lombaire étroit et/ou rétréci). Elle est de plus quasi systématiquement associée à une neuropathie périnéale diffuse (neuropathie pudendale d'étirement induite par le passé obstétrical ou un long passé de constipation), parfois intriquée avec une polyneuropathie d'autre origine, fréquemment observée dans cette tranche d'âge (diabète, dysglobulinémie, cancer, iatrogénie médicamenteuse).

C'est dire que si les tests électrophysiologiques sont le plus souvent altérés, leur spécificité pour démontrer une atteinte neurogénique élective responsable de la symptomatologie algique est plus questionnable, le bloc de conduction distal témoin de la compression tunnelaire étant masqué ou plutôt noyé dans la dénervation périnéale diffuse quasi inéluctable à cet âge.

L'imagerie par IRM pelvienne centrée sur les plexus sacrés et l'IRM lombo-sacrée sont systématiques pour exclure des étiologies associées ou directement responsables de la douleur chronique.

Le bloc-test diagnostique (infiltration scanoguidée bitronculaire des nerfs pudendaux est indispensable pour tenter de discriminer l'étiopathogénie des troubles.

Le traitement reste rarement chirurgical complet tenu des comorbidités neurologiques pouvant péjorer le résultat de la neurolyse transposition du nerf pudental et fait en règle appel aux ressources multimodales des centres spécialisés d'algologie.



Sessions parallèles

Douleur chez la femme à tous les âges

Infiltrations en douleurs pelvipérinéales chroniques Etat des lieux en 2024

T. Riant 1

1 Hôpital Du Confluent - Nantes (France)

La douleur pelvi périnéale chronique est le plus souvent complexe, multifactorielle, invalidante et impotente.

Cette complexité rend sa compréhension ardue, son démemberment difficile. L'existence de lésions focales connues ou supposées s'associant le plus souvent à des phénomènes de nociplasticité de l'ensemble du système de la nociception.

Les infiltrations raisonnées et bien conduites demeurent un formidable outil diagnostique et permettent d'établir une stratégie thérapeutique personnalisée. Leur caractère thérapeutique isolé est peu validé. En revanche se servir des infiltrations comme d'un outil au sein d'une démarche plus holistique apparaît raisonnable.

Ces dernières années de nouvelles cibles d'infiltration sont apparues : espaces inter faciaux[i],[ii] bloc sous les érecteurs,

De nouvelles techniques d'imagerie[iii] ou plutôt de nouvelles façons d'utiliser l'imagerie singulièrement l'échographie par exemple dans le domaine des coccygodynies. De nouvelles techniques et produits utilisés tels que la radiofréquence pulsée[iv],[v], la cryothérapie[vi], dextrose[vii] ou le botox[viii].

L'ensemble de ces nouveautés restent encore insuffisamment validés mais dans un domaine pauvre en traitements efficaces la balance bénéfice/risque semble favorable.

Il est probable que la place des infiltrations évoluent dans les années à venir vers de nouvelles indications (lumbago, endométriose[ix], vessie douloureuse[x], vestibulodynie, syndrome inapproprié d'excitation génitale, test avant neuromodulation radiculaire..) vers de nouvelles cibles (système sympathique lombaire, ganglion dorsal rachidien, racines) ; vers de nouvelles méthodes (radiofréquence pulsée avec ou sans anesthésiques locaux, répétitions des gestes, nouveaux produits).

Enfin et peut être le plus important on peut espérer que le futur nous apporte des réponses sur le mécanisme d'action des infiltrations non pas tant localement (qs) que sur l'effet de l'action locale sur la nociception (modulation de la nociplasticité locale et centrale) et la douleur [xi] (résultante finale de la stimulation du système nocicepteur)

Bibliographie



- [i] Saraçoğlu, Tuba Tanyel, Burak Erken, et Ergün Mendeş. « A New Treatment Option for Chronic Refractory Coccygodynia: Ultrasound-Guided Sacral Erector Spinae Plane Block ». *Korean Journal of Anesthesiology*, 18 juillet 2024. <https://doi.org/10.4097/kja.24226>.
- [ii] Stenberg, Robert, Kristen Septaric, et Erin L. Simon. « Ultrasound-Guided Erector Spinae Nerve Block for Relief of Endometriosis Pain in the Emergency Department ». *The American Journal of Emergency Medicine*, 15 mars 2024, S0735-6757(24)00110-4. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2024.03.001>.
- [iii] Drakonaki, Elena E., Miraude E. A. P. M. Adriaensen, Hussain I. J. Al-Bulushi, Ioannis Koliarakis, John Tsiaoussis, et Kurt Vanderdood. « Sonoanatomy of the ilioinguinal, iliohypogastric, genitofemoral, obturator, and pudendal nerves: a practical guide for US-guided injections ». *Journal of Ultrasonography* 22, no 88 (8 février 2022): e44 50. <https://doi.org/10.15557/JoU.2022.0008>.
- [iv] Lemasle, Aymeric, Noria Amireche, Francois Bart, Hakim Khiter, Freddy Kayembe, Christophe Heriche, Jean Jerome Rannou, et al. « La radiofréquence pulsée : mécanisme d'action et indication en douleur chronique ». *Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement* 23, no 1 (1 février 2022): 1 13. <https://doi.org/10.1016/j.douler.2021.09.001>.
- [v] Sam, Jordan, Michael Catapano, Sachin Sahni, Frederick Ma, Alaa Abd-Elseyed, et Ognjen Visnjevac. « Pulsed Radiofrequency in Interventional Pain Management: Cellular and Molecular Mechanisms of Action - An Update and Review ». *Pain Physician* 24, no 8 (décembre 2021): 525 32.
- [vii][viii] Kim, Haekyu, Hyae Jin Kim, Young-Hoon Jung, Wangseok Do, et Eun-Jung Kim. « The Effect of Perineural Injection Therapy on Neuropathic Pain: A Retrospective Study ». *Journal of Dental Anesthesia and Pain Medicine* 24, no 1 (février 2024): 47 56. <https://doi.org/10.17245/jdapm.2024.24.1.47>.
- [viii] Parenti, Michele, Rebecca Susanna Degliuomini, Erich Cosmi, Amerigo Vitagliano, Elena Fasola, Massimo Origoni, Stefano Salvatore, et Giovanni Buzzaccarini. « Botulinum Toxin Injection in Vulva and Vagina. Evidence from a Literature Systematic Review ». *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology* 291 (décembre 2023): 178 89. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2023.10.028>.
- [ix] Allahqoli, Leila, Sevil Hakimi, Zohre Momenimovahed, Afroz Mazidimoradi, Fatemeh Rezaei, Seyedeh Zahra Aghamohammadi, Azam Rahmani, et al. « Neuropelvelogy for Endometriosis Management: A Systematic Review and Multilevel Meta-Analysis ». *Journal of Clinical Medicine* 13, no 16 (9 août 2024): 4676. <https://doi.org/10.3390/jcm13164676>.
- [x] Patil, Soha, Gabrielle Daniel, Yogita Tailor, Marjorie Mamsaang, Janaki Natarajan, Erika Moody, Neha James, Rakhi Vyas, et Allyson Shrikhande. « Bladder Pain Syndrome/Interstitial Cystitis Response to Nerve Blocks and Trigger Point Injections ». *BJUI Compass* 3, no 6 (novembre 2022): 450 57. <https://doi.org/10.1002/bco2.176>.
- [xi] Tabatabaei, Abbas, Ismail Ebrahimi Takamjani, Javad Sarrafzadeh, et Reza Salehi. « Could Dry Needling Change the Kinematics of Gait in Individuals with Piriformis Muscle Syndromes? Secondary Analysis of a Randomized Controlled Trial ». *Journal of Bodywork and Movement Therapies* 37 (janvier 2024): 323 27. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2023.11.058>.



Sessions parallèles

Douleur chez la femme à tous les âges

Dysménorrhée : changeons de paradigme

E. Bautrant 1

1 Aix-En-Provence - Aix-En-Provence

Définition et prévalence :

La dysménorrhée ou douleur des règles, est présente à des niveaux d'intensité variable, que nous pouvons classer de 0 à 3 selon l'échelle de Andersch et Millson (tab1). Si le niveau 0 correspond à des règles non-douloreuses sans modification de l'activité quotidienne, le niveau 3, ou dysménorrhée dite sévère, correspond à une douleur très importante, EVA >5, avec cortège de symptômes somatiques associés (nausées, vomissements, asthénie, céphalées, diarrhée), un faible effet des antalgiques et une importante altération de la qualité de vie avec absentéisme scolaire, puis professionnel.

La fréquence de la dysménorrhée, prise globalement, tous niveaux confondus, est très élevée, autour de 80 à 90% (1), celle de la dysménorrhée sévère, telle que définie par le Niveau 3 d'Andersch et Milsom, a une prévalence autour de 15 à 20%, ce qui est considérable (2).

Dysménorrhée sévère et hypersensibilisation:

La dysménorrhée sévère est le symptôme principal de l'endométriose. Lorsque celle-ci est mise en évidence, on parle classiquement de dysménorrhée secondaire.

Pourtant l'analyse des dossiers de nos patientes, que nous traitons ou opérons d'une endométriose, nous révèle qu'elles ont, dans la grande majorité des cas, commencé par une dysménorrhée sévère, dès leurs premières règles.

Cette dysménorrhée est d'emblée et brutalement sévère, alors que lors de l'apparition des premières règles, l'endométriose n'est pas encore présente.

Nous savons maintenant que la jeune fille porteuse d'une dysménorrhée primaire de type sévère, est en situation d'hypersensibilisation pelvienne.

En effet, nous disposons d'un grand nombre de travaux et preuves scientifiques, publiés ces quinze dernières années, avec une agrégation de publications récentes (3-12), qui confirment cette hypersensibilisation pelvienne.

La dysménorrhée primaire sévère correspond donc à une douleur nociplastique, dans le cadre d'une sensibilisation centrale. En effet les explorations sont, à ce stade négatives et il s'agit bien d'une douleur de type utérine non lésionnelle.

L'absence de reconnaissance de la dysménorrhée primaire sévère de la jeune fille, comme une véritable pathologie et l'absence de traitement adapté, conduisent à la répétition de bombardements d'influx douloureux vers les centres et ainsi à l'aggravation de l'hypersensibilisation pelvienne centrale.

Cette aggravation entraîne la survenue de comorbidités et surtout la possible constitution d'une endométriose.

En ce sens la dysménorrhée primaire sévère constitue pour de nombreux auteurs un précurseur de l'endométriose et de la douleur pelvienne chronique (13)

Dysménorrhée sévère et endométriose :

L'hypercontractilité du myomètre utérin est autre aspect fondamental liant l'endométriose et la dysménorrhée sévère.



En effet, de nombreuses publications des vingt dernières années, ont démontré que la dysménorrhée sévère s'accompagne d'une hypercontractilité utérine, notamment grâce aux études en mode ciné-IRM (14-16).

Cette hypercontractilité joue bien entendu un rôle important dans les mécanismes de la douleur de la dysménorrhée sévère.

Mais c'est son association avec l'hyperpression dans la cavité utérine qui peut expliquer la diffusion de foyers d'endomètre dans le myomètre, la vascularisation, le péritoine et les espaces sous-péritonéaux.

Ainsi, par l'intermédiaire de l'hypercontractilité utérine et de l'hyperpression dans la cavité utérine, la dysménorrhée sévère pourrait effectivement représenter un précurseur de l'endométriose.

Bibliographie

- 1 : Grandi G, Ferrari S, Xholli A et al. Prevalence of menstrual pain in young women: what is dysmenorrhea? *J Pain Res* (2012) 5:169-174
- 2: Ju H, Jones M, Mishra G. The prevalence and Risk Factors of Dysmenorrhea. *Epidemiol Rev* 2014 ;36 (1): 104-113.
- 3: Giamberardino MA, Berkley KJ, S Lezzi et al. Pain threshold variations in somatic wall tissues as a function of menstrual cycle, segmental site and tissue depth in non-dysmenorrheic women, dysmenorrheic women and men. *Pain* (1997) Jun;71(2):187-97.
- 4: Giamberardino MA, Tana C, Costantini R. Pain thresholds in women with chronic pelvic pain. *Curr Opin Obstet Gynecol.* (2014) Aug;26(4):253-9.
- 5: Iacovides S, Baker FC, Avidon I, Bentley A. Women with dysmenorrhea are hypersensitive to experimental deep muscle pain across the menstrual cycle. *J Pain* (2013) Oct; 14(10):1066-76.
- 6: Iacovides S, Avidon I, Baker FC. What we know about primary dysmenorrhea today: a critical review. *Hum Reprod Update.* (2015) Nov-Dec; 21(6):762-78.
- 7: Jarrell J, Arendt-Nielsen. Allodynia and Dysmenorrhea. *J Obstet Gynaecol Can* (2016) Mar; 38(3):270-4.
- 8: Jarrell J, Arendt-Nielsen. Evolutionary considerations in the development of chronic pelvic pain. *Am J Obstet Gynecol* (2016) Aug; 215(2):201-4.
- 9: Aredo JV, Heyrana KJ, Stratton P. Relating chronic pelvic pain and endometriosis to signs of sensitization and myofascial pain and dysfunction. *Semin REprod Med* (2017) Jan;35(1):88-97.
- 10: Payne L, Rapkin AJ, Seidman LJ et al. *J Pain Res* (2017) Sep ;12(10) :2233-46.
- 11: Payne L, Seidman LC, Sim MS et al. Experimental evaluation of central pain processes in young women with primary dysmenorrhea. *Pain* (2019) Jun;160 (6): 1421-1430.
- 12 : Grundström H, Gerdle G, Alehagen S et al. Reduced pain thresholds and signs of sensitization in women with persistent pelvic pain and suspected endometriosis. *Acta Obstet Gynecol Scand* (2019) Mar;98(3):327-336
- 13: Clemenza S, Vannuccini S, Capezzuoli T et al. Is primary dysmenorrhea a precursor of future endometriosis development? *Gynecol Endocrinol* (2021) Apr;37(4):287-293
- 14: Katoaka M, Togashi K, Kido A et al. Dysmenorrhea : evaluation with cine-mode-display MR imaging initial experience. *Radiology* (2005) Apr ;235(1) :124-31.
- 15: Guo SW, Mao X, Ma Q, Liu X. Dysmenorrhea and its severity are associated with increased uterine contractility and overexpression of oxytocin receptor (OTR) in women symptomatic adenomyosis. *Fertil Steril* (2013) Jan;99(1):231-40.
- 16: Liu S, Zhang Q, Yin C et al. Optimized approach to cine MRI of uterine peristalsis. *J Magn Reson Imaging.* (2016) Dec ;44(6) :1397-1404.



Sessions parallèles

De la chronicisation chez l'enfant à la chronicisation chez l'adulte, quelle prise en charge ?

Les AJA douloureux chroniques, késako ?

S. Dugué 1

1 Centre De La Migraine Et De La Douleur De L'enfant Hôpital Trousseau La Roche Guyon

Lorsque les douleurs chroniques des adolescents persistent à l'âge adulte, la prise en charge peut nécessiter une transition médicale entre la pédiatrie et les services adultes. Cette période est souvent difficile à vivre pour le jeune adulte, partagé entre son désir de prise d'autonomie et son lien de dépendance (parents, soignants) dû à la maladie. Cette transition s'accompagne d'un bouleversement dans la relation au système de soin. Elle acte la transformation d'une prise en charge familiale centrée sur l'enfant et coordonnée par le service de pédiatrie en une prise en charge individuelle, autonome et éclatée entre différents services adultes, ayant des règles de soins et des usages différents des services de pédiatrie. Pour exemple, la prise de rendez-vous : en pédiatrie, elle est le plus souvent organisée par le service qui rappelle si le rendez-vous est manqué, alors que dans les services adultes, les rendez-vous sont pris par le patient lui-même, qui n'est pas rappelé en cas de manqué. Lors des consultations en pédiatrie, les parents accompagnent leur adolescent alors qu'en consultation adulte, l'adulte jeune vient le plus souvent seul. A cela s'ajoutent d'autres enjeux pour le jeune : autonomisation, émancipation financière et sociale, début de la vie professionnelle etc....Ainsi, la brutalité de cette transition médicale s'accompagne d'une perte de repères et d'un risque de rupture de soins et d'aggravation de la maladie. La transition pour un malade chronique est un long processus, médical, psychologique, familial, social et professionnel qui nécessite d'être préparé, organisé et structuré. Elle dépend de la maturité du jeune patient, et s'envisage de préférence lors d'une période stable. Il n'existe aucun texte réglementaire indiquant l'âge à laquelle cette transition doit avoir lieu. Des recommandations médicales pédiatriques définissent les attendus médicaux et sociaux de la prise en charge dans les maladies rares ou l'oncologie. Différents dispositifs accompagnent la transition des patients atteints de maladie rare ou chronique, ou soutiennent la prise en charge oncologique des AJA, ouvrant une réflexion spécifique et nécessaire dans le domaine de la médecine de la douleur chronique.



Sessions parallèles

De la chronicisation chez l'enfant à la chronicisation chez l'adulte, quelle prise en charge ?

D'un monde à l'autre, quelles transitions ?

L.O. Oderda 1

1 Hôpital Trousseau - Paris (France)

L'adolescence étant une transition en elle-même, quand penser la transition du monde pédiatrique au monde adulte pour nos jeunes patients ?

Et de quel monde adulte, parle-t-on ? Pour quel adolescent ?

Mais l'on peut également s'interroger sur le sens que peut prendre la transition pour les jeunes patients, dans la mesure où la douleur pédiatrique, même chronique, ne s'inscrit pas nécessairement dans la durée et peut disparaître à l'âge adulte.

L'enjeu de cette présentation est d'aborder ces différents questionnements, en identifiant les différentes transitions possibles et la manière dont elles sont vécues par les patients, les familles mais aussi les soignants eux-mêmes aux prises parfois avec des difficultés à penser cette transition, qui interroge notamment la capacité de chacun à supporter la séparation.



Sessions parallèles

De la chronicisation chez l'enfant à la chronicisation chez l'adulte, quelle prise en charge ?

De l'enfant à l'adulte, quoi de neuf, Doc' ?

E. Fertout-Aharouni 1

1 Ghu Paris Psychiatrie Et Neurosciences - Paris (France)

Prendre en charge un patient douloureux chronique nécessite un accompagnement global et pluridisciplinaire, adapté, réfléchi, alliant traitements médicamenteux et non médicamenteux. Il nous faut prendre en compte son contexte, son environnement, ses projets... Mais comment faire quand le patient lui-même change, se modifie ? Comment appréhender ensemble les nouveautés physiques, psychiques, comportementales qui sont les siennes ?

A travers cette intervention, nous vous proposons de penser ensemble cette transition et de réfléchir aux points particuliers à considérer : l'adolescent-jeune adulte chronique peut-il se résumer simplement à un enfant qui a grandi, ou à un adulte en devenir ?

Après avoir abordé les points particuliers liés au patient en cette « période de l'AJA », nous réfléchissons à ceux des structures douleur chronique qui les prennent en charge et aux solutions qui peuvent être pensées pour assurer au mieux le passage de l'enfance à l'âge adulte pour un patient douloureux chronique.

De la particularité de la période de vie, à celle des pathologies émergentes en cette même période, nous réfléchissons ensemble à ce qui pourrait et devrait être mis en place.

Bibliographie

Alterations in pain during adolescence and puberty by NAHMAN-AVERBUCH, H; LI, R.; BOEMER, K; LEWIS, C; GARWOOD, S; PALERMO, T; JORDAN, A; 2023 Apr;46(4):307-317. doi: 10.1016/j.tins.2023.01.006

Systematic review of family functioning in families of children and adolescents with chronic pain by LEWANDOWSKI AS; PALERMO, TM; STINSON, J; HANDLEY, S; CHAMBERS, CT, J, Pain. 2010 Nov;11(11):1027-38. doi: 10.1016/j.jpain.2010.04.005.

Particularités dans la prise en charge de la douleur de l'adolescent by WOOD, C ; SAKIROGLU, O ; CUNIN-ROY, C 2008, Vol 15, Num 10, pp 1600-1605, 6 p

Échelle EDAAP 2 : validation statistique d'une grille d'évaluation de l'expression de la douleur chez les adultes ou adolescents polyhandicapés by JUTAND, M.-A; GALLOIS, A; LEGER, J; PAMBRUN, E; RONDI, F; BELOT, M; MARRIMPOEY, P. In Motricite cerebrale. 2008 29(3):93-100 Langue : français. DOI: 10.1016/j.motcer.2008.07.003, Base de données: ScienceDirect

Les traitements non médicamenteux dans la prise en charge de la douleur de l'enfant et de l'adolescent by CUNIN-ROY, C.; BIENVENU, M.; WOOD, C. Archives de Pédiatrie. Dec2007, Vol. 14 Issue 12, p1477-1480. 4p. Langue : français. DOI: 10.1016/j.arcped.2007.09.006.

Adolescent-Parent Relationships in the Context of Adolescent Chronic Pain Conditions by LOGAN, D; GUYTE, J; SHERRY, D; The Clinical Journal of Pain. 22(6):576-583, July-August 2006.

Douleurs sans frontières

Douleurs sans frontières : une ONG internationale engagée auprès de patients douloureux vulnérables



Présentation de l'historique et des activités actuelles de DSF

A. Serrie 1

1 Dsf - Neuilly Sur Seine

Douleurs Sans Frontières développe et affine ses interventions depuis près de 28 ans. Les projets sont menés dans des contextes variés, ce qui a permis à DSF de renforcer son expertise. En effet, il n'y a pas une seule façon d'intervenir. DSF adapte ses logiques d'intervention aux contextes et contraintes spécifiques de chaque terrain. Cette flexibilité enrichit ses actions et son expertise. Ainsi, DSF a développé son approche transversale et holistique, qui inclut les acteurs de santé et les patients, en privilégiant l'éthique, la qualité des soins par l'accueil, la bienveillance, la pluridisciplinarité, la communication avec le patient et ses proches, ainsi que la coordination entre les services de santé pour un parcours de soins mieux adapté. DSF œuvre pour toujours plus d'Humanisation des soins.

A ses débuts, l'activité de Douleurs Soins Frontières s'est centrée sur les douleurs entraînées par les amputations et les traumatismes causés par les mines antipersonnel, conduisant les équipes à intervenir en Angola, au Cambodge et au Mozambique. Puis les spécialités d'intervention se sont élargies pour inclure les soins nécessaires pour les affections chroniques (SIDA, Cancer, etc.), les douleurs post-opératoires, des brûlés, liées à la malnutrition, et par les pathologies nécessitant des soins palliatifs. Douleurs Soins Frontières s'est également attachée à développer des programmes de prise en charge de la souffrance morale et psychologique des populations vulnérables.

C'est ainsi que les expertises de DSF se sont établies : la prise en charge de la douleur, les soins palliatifs, la prise en charge psychologique et psychosociale, la transmission de savoirs et savoir-faire.

Les équipes nationales et internationales continuent d'œuvrer pour élargir et déployer ces compétences. Les actions s'ouvrent plus précisément ces dernières années sur la Santé de la Femme et les enfants ; les projets prévoient enfin systématiquement des activités intégrées, alliant soins médicaux et psychosociaux car l'interdisciplinarité est essentielle.



Douleurs sans frontières

Douleurs sans frontières : une ONG internationale engagée auprès de patients douloureux vulnérables

A.S. Serrie 1, M.T. De Kergariou 2, L.C. Caron 3, S.Z. Zimmers 4

1 Ex Chef De Service, Médecine De La Douleur Et Médecine Palliative Hôpital Lariboisière-Président D'honneur De Douleurs Sans Frontières - Paris (France), 2 Docteur En Médecine De La Douleur Et Des Soins Palliatifs-Anesthésie Réanimation-Référent Technique Dsf-Haïti - Carantec (France), 3 Psychologue Clinicienne Référente Psychologue-Siège De Dsf - Paris (France), 4 Psychologue Clinicienne - Docteure En Psychologie Expertise Douleur Membre Du Ca De Dsf - Paris (France)

Douleurs Sans Frontières (DSF) est une ONG de solidarité internationale créée en 1996 par des médecins français et reconnue d'utilité publique en 2003.

Elle œuvre pour la prévention, le diagnostic, le traitement et la prise en charge de la douleur physique et psychologique des populations les plus démunies et vulnérables.

Présente dans cinq pays (Arménie, Cambodge, Haïti, Madagascar et Mozambique), DSF développe des projets en apportant son expertise dans le traitement de la douleur, des soins palliatifs, du soutien psychologique et psychosocial, et s'implique particulièrement dans la formation et l'accompagnement des professionnels de santé locaux. Les actions sont menées en accord avec les autorités locales et en collaboration avec des organisations de la société civile et d'autres partenaires afin de favoriser la pérennité des actions.

De concert avec la direction exécutive de l'HUEH, DSF a contribué à la création d'un service de prise en charge de la douleur (Unité Douleur) - qu'elle appui depuis plus de 10 ans - au centre d'un processus d'institutionnalisation visant à l'autonomisation de l'UD comme un service de clinique externe à part entière. L'UD prend en charge des centaines de patients souffrant de douleurs musculosquelettiques, neuropathiques, cancéreuses, etc. Elle développe au sein de l'hôpital une culture de soins pluridisciplinaires (médico-psychologique), intégrés et centrés sur le patient.

Cependant, l'instabilité socio-politique chronique amplifiée par la crise sécuritaire actuelle oblige DSF à redéfinir son positionnement. En effet, la violence empêche l'accès aux services de base, les hôpitaux ferment ou réduisent leurs services cruciaux par manque personnel, de médicaments et autres intrants de santé, accentuant la fragilisation des personnes les plus vulnérables et engendrant un phénomène de déplacements internes aujourd'hui estimés à 578 074 personnes par l'Organisation Internationale de la Migration. Par ailleurs, la fermeture de l'HUEH dictée par le gang de Village de Dieu depuis février 2024 a amené à chercher de nouvelles stratégies de déploiement des soignants algologues afin de répondre aux besoins de prise en charge des patients douloureux.

Soutenue par l'exemple de la mission Haïtienne, cette présentation vise donc à :

- Illustrer les enjeux de la construction d'une Unité Douleur dans le contexte transculturel
- À caractériser les particularités des patients douloureux rencontrés
- À présenter les modalités spécifiques de l'accompagnement psychologique de patients faisant face à des situations à fort potentiel traumatique.



Résumés sélectionnés en communication orale "coup de coeur"

CO_01 - An Updated Review on The Central Mechanism of Action of Paracetamol (Acetaminophen): Experimental Evidence and Potential Clinical impact

R. Pegahi 1, C. Mallet 2

1 Global Medical Affairs Manager - Rueil (France), 2 Chercheur Inserm - Clermont Ferrand (France)

Résumé

An Updated Review on The Central Mechanism of Action of Paracetamol (Acetaminophen): Experimental Evidence and Potential Clinical impact

Introduction & aim: Paracetamol remains the recommended first-line option for mild-to-moderate acute pain in general population and particularly in vulnerable populations. Despite its wide use, debate exists regarding the analgesic mechanism of action (MoA) of paracetamol. The aim is to clarify this MoA.

Method: A bibliographic literature search was performed on Medline via PubMed to collect relevant articles from their inception to May 2022. The following keywords were employed during the literature search: (paracetamol[MeSH Terms]) OR (acetaminophen[MeSH Terms]) AND (AM404). The online bibliographic search was complemented by a manual screening of the relevant references.

Results: A growing body of evidence challenged the notion that paracetamol exerts its analgesic effect through cyclooxygenase (COX)-dependent inhibitory effect. It is now more evident that paracetamol analgesia has multiple pathways and is mediated by the formation of the bioactive AM404 metabolite in the central nervous system (CNS). AM404 is a potent activator of TRPV1, a major contributor to neuronal response to pain in the brain and dorsal horn. In the periaqueductal grey, the bioactive metabolite AM404 activated the TRPV1 channel-mGlu5 receptor-PLC-DAGL-CB1 receptor signaling cascade. The present article provides a comprehensive literature review of the centrally located, COX-independent, analgesic MoA of paracetamol and relates how the current experimental evidence can be translated into clinical practice. The evidence discussed in this review established paracetamol as a central, COX-independent, antinociceptive medication that has a distinct MoA from non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) and a more tolerable safety profile. With the establishment of the central MoA of paracetamol, we believe that paracetamol remains the preferred first-line option for mild-to-moderate acute pain for healthy adults, children, and patients with health concerns. However, safety concerns remain with the high dose of paracetamol due to the NAPQI-mediated liver necrosis.

Conclusion: Centrally acting paracetamol/p-aminophenol derivatives could potentiate the analgesic effect of paracetamol without increasing the risk of hepatotoxicity. Moreover, the specific central MoA of paracetamol allows its combination with other analgesics, including NSAIDs, with a different MoA. Future experiments to better explain the central actions of paracetamol could pave the way for discovering new central analgesics with a better benefit-to-risk ratio.



CO_02 - Peut-on isoler les régions cérébrales modulant l'expérience douloureuse par les émotions et l'activité cognitive ?

L. Malaguti Modernell 1, I. Faillenot 2, R. Peyron 2, L. Garcia-Larrea 1, C. Fauchon 3

1 Ucb1, Ujm, Cnrs, Inserm, Crnl U1028 Umr5292, Neuropain Team, F-69500 - Bron (France), 2 Ujm, Ucb1, Cnrs, Inserm, Crnl U1028 Umr5292, Neuropain, F-42023 - Saint-Étienne (France), 3 Neuro-Dol-Umr1107 Inserm/uca - Clermont-Ferrand (France)

Résumé

De très nombreuses études en neuroimagerie ont identifié les zones du cerveau dont l'activité est associée à une modulation de la perception douloureuse. Ces modulations peuvent être liées à des tâches d'attention/distraction, de méditation, à la réalisation de tâches cognitivement difficiles ou à la mise en situation émotionnelle forte par écoute ou visualisation d'éléments plaisants ou déplaisants. Ce travail cherche à mettre en évidence un réseau cérébral commun sous-tendant l'augmentation (hyperalgésie) ou la diminution (hypoalgésie) du ressenti douloureux par le contexte cognitif et émotionnel. Pour cela, nous avons entrepris une revue de la littérature dans ce domaine, suivie d'une analyse en apprentissage automatique sur un large jeu de données.

Méthodes

La recherche de revues et méta-analyses avec mots-clés relatifs à la douleur et la modulation cognitive et/ ou affective (Cochrane, PubMed, et Web of Science) a révélé 135 études originelles, dont 35 fournissaient les coordonnées standardisées (MNI) des régions cérébrales significativement activées pendant les tâches d'hypoalgésie ou d'hyperalgésie (888 sujets). Ensuite, une approche basée sur l'apprentissage automatique (Analyse de Pattern Multivariée -MVPA) a été utilisée pour développer une possible « signature cérébrale » liée à la modulation de la perception douloureuse chez des sujets sains. Cette analyse a été appliquée à un jeu de données rétrospectif comprenant les images IRMf de 88 individus ayant reçu des stimulations nociceptives d'intensité constante, dont l'intensité subjective a été modulée durant des tâches cognitives et émotionnelles. La réponse hémodynamique cérébrale liée aux cotations subjectives de douleur (EVA) a été estimée pour chaque stimulation à travers les différentes études, et les images dérivées de l'analyse statistique individuelle ont été utilisées pour entraîner un algorithme de régression « Ridge » à prédire les cotations douloureuses.

Résultats

L'analyse de la littérature a montré une participation récurrente (6 études sur 35) de l'insula moyenne et antérieure, des cortex cingulaires moyen et antérieur, des noyaux gris centraux et du cortex orbitofrontal, aussi bien au cours de l'hyperalgésie que de l'hypoalgésie. Un premier modèle « prédictif » sur les données individuelles de 36 sujets montre que les régions les plus à même de prédire la modulation de la douleur sont situés dans des régions correspondant en partie aux précédentes (cortex cingulaire moyen) mais aussi partiellement dissociées, comme le thalamus et l'aire motrice supplémentaire (Rho de Spearman = 0.167, $p < 0.001$).

Conclusions



Ces résultats préliminaires suggèrent que les régions les plus activées statistiquement au cours des manipulations affectivo-cognitives de la douleur ne sont pas nécessairement celles qui déterminent le changement de la perception subjective au niveau individuel. La possibilité que des régions moins saillantes sur le plan hémodynamique, puissent impacter la modulation de l'expérience douloureuse est intrigante et devra être confirmée par des études prospectives, sur des jeux de données indépendants.



CO_03 - Les Jeux de Maux, un programme de formation au storytelling

B. Tourniaire 1, J. Andreu Gallien 2, C. Cotton 3, V. Chiu 3

1 Hôpital Trousseau, Paris - Paris (France), 2 Hôpital Trousseau, Paris Et Lcd Paris - Paris (France), 3 Propolis (France)

Résumé

Les liens douleurs chroniques/éléments émotionnels sont bien décrits et plus ou moins facilement identifiés et acceptés par patients et familles. Un cheminement est souvent nécessaire pour ouvrir des espaces de parole, faire apparaître les liens, secrets, difficultés, traumatismes, et remplacer les maux par des mots.

Les temps d'écoute, les soins psycho-corporels proposés par nos structures douleur en individuel et en groupe rendent le patient et sa famille acteurs du projet thérapeutique et permettent souvent une amélioration importante. Mais nous avons besoin et envie d'enrichir notre arsenal thérapeutique, d'élargir les propositions faites aux patients.

Nos deux équipes se sont formées au storytelling avec comme objectif principal la mise en place d'ateliers pour les patients et secondaire d'ouvrir pour nous-mêmes le champ de l'imaginaire et des possibles. Ce projet pilote a été soutenu par les fondations Apicil et Kanthari (1). Douze séances de formation ont été réalisées dans chaque équipe (15 professionnels du centre douleur Trousseau: secrétaires, psychologues, médecins, internes, infirmières et cadres) et 8 professionnels du réseau LCD (médecins, infirmière, directeur administratif et professionnels libéraux: psychomotricienne, sophrologue et médecins). Les formateurs, Charlotte Cotton et Vincent Chiu (2), à l'origine d'une organisation sociale, Propolis, avaient déjà travaillé auprès de populations dans le monde en utilisant le pouvoir transformateur des mots et de l'art pour s'attaquer aux blessures infligées par le silence et les sujets tabous.

Le storytelling utilise la psychologie narrative et l'histoire/récit. De rares expériences de soins sont publiées et aucune dans la douleur (3,4,5). Des histoires ont été créées spécifiquement pour les patients douloureux pendant ce projet pilote et utilisées par les membres de nos équipes auprès de premiers groupes de patients (adolescents, parents, adultes). Le principe est de raconter le début d'une histoire et les patients la terminent, intégrant des faits et des événements en interne et les tissant pour donner du sens. Ce que le patient choisit d'inclure et la façon dont il le fait sont très utiles aux soignants, aux thérapeutes et aux patients. Imaginer, raconter et discuter des histoires d'expérience personnelle peut:

1) aider la personne à surmonter les défis auxquels elle peut être confrontée dans la vie réelle (précisément si le patient souffre de douleurs chroniques) 2) proposer à la personne des façons d'envisager et de vivre sa vie différemment.

Cet outil de la narration, de la libre association d'idées, utilisé en groupe et en individuel est un tremplin d'expression formidable et nous faisons le postulat qu'il sera un nouvel outil pour diminuer les douleurs et aider les patients à sortir de l'isolement. Les retours des formés et des premiers patients sont très positifs. La formation a autonomisé les équipes. Un premier recueil d'histoires a été publié (6).

Bibliographie

1. <https://www.kanthari.ch/>



2. <https://connectpropolis.org/>
3. Story-telling ability in children with autism or Asperger syndrome: a window into the imagination/ Craig J, Baron-Cohen S. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2000;37(1):64-70.
4. Story telling and managing trauma: health and spirituality at work / Wimberly EP. *J Health Care Poor Underserved.* 2011 Aug;22(3 Suppl):48-57. doi: 10.1353/hpu.2011.0103
5. Music Therapy and Story Telling: Nursing Interventions to Improve Sleep in Hospitalized Children / Anggerainy SW, Wanda D, Nurhaeni N. *Compr Child Adolesc Nurs.* 2019;42(sup1):82-89. doi: 10.1080/24694193.2019.1578299.
6. Les jeux de maux. Edition Heptade



CO_04 - Douleur chronique en soins primaires : un vivier de médecin formé ?

M. Roubaud 1, A. Elyn 2, R. Kempler 3, A. Cauchie 4

1 Consultation Douleur, Centre Hospitalier Intercommunal Des Alpes Du Sud-Gap - Gap (France),
2 Ceted Chu Toulouse / Msp Nailloux - Toulouse (France), 3 Msp De Prayssas, - Prayssas (France),
4 Unité Mobile Douleur, Groupe Hospitalier Bretagne Sud, - Lorient (France)

Résumé

Introduction :

Le diplôme d'enseignement spécialisé complémentaires (DESC) « Douleur et soins palliatifs » a eu pour vocation la formation spécifique à la prise en charge de la douleur et l'accompagnement en fin de vie (1). Selon les recommandations de la haute autorité de santé, portant sur le parcours des patients atteints de douleurs chroniques, une grande partie des patients relèvent d'une prise en charge par leur médecin généraliste en soins primaires. Nous avons souhaité connaître l'avis des médecins ayant bénéficié de cette formation spécialisée sur le développement de la médecine de la douleur en soins primaires (2).

Matériel et Méthode :

Nous avons réalisé une étude transversale par questionnaire en octobre 2023. Les anciens étudiants du DESC ont été sollicités par courriel. Ils ont été interrogés sur des critères socio-démographiques, leur mode d'exercice actuel et leur ressenti sur les freins et besoins au développement de la prise en charge de la douleur chronique en soins primaires.

Résultats :

Au total, 69 des 380 médecins (18.2%) interrogés ont répondu. La majorité (n=61, 88%) étaient issus d'un Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de Médecine Générale. A la fin de l'année 2023, 7 (10%) exerçaient exclusivement dans leur DES d'origine, 23 (33%) exerçaient exclusivement en soins palliatifs, 8 (12%) exerçaient exclusivement en structure douleur et 22 (32%) ont une activité mixte. Concernant l'intérêt de développer une activité algologie en soins primaires, 37.7% des médecins étaient favorables. Les principaux freins à une activité dédiée à la prise en charge de la douleur en soins primaires étaient : l'absence de revalorisation financière, l'absence de réseau ou d'équipe pluridisciplinaire. Concernant ce qui pourrait les aider à développer une activité dédiée, ont été mis en avant le besoin d'un remboursement des séances de psychologue par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie ainsi que la création de cotations spécifiques aux actes d'algologie, notamment pour des consultations longues et complexes.

Discussions :

Cette étude met en avant l'existence d'un vivier de médecins formés et compétents pour la prise en charge de la douleur, sans pour autant qu'ils puissent réellement exercer un rôle dans le parcours de ces patients en soins primaires, entre autres par manque de revalorisation financière et de structuration d'équipe et réseaux sur les territoires (4). Le DESC a formé une majorité de médecins généralistes qui exercent pour la plupart en soins primaires. Comme les jeunes médecins généralistes s'installent de plus en plus en



structure de soins coordonnées, il est pertinent de s'appuyer sur l'exercice coordonné pour favoriser la prise en charge de la douleur chronique en soins primaire (3).

Bibliographie

1. Ministère de la santé et des solidarités. (2006). Plan d'amélioration de la prise en charge 2006-2010. Paris .
2. Haute autorité de santé. (Février 2023). Parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique. Saint Denis La Plaine .
3. Ministère de la santé et de la prévention . (2023). Plan d'action : 4000 maisons de santé pluriprofessionnelles. Paris .
4. Commission jeune médecin du conseil national de l'ordre national des médecins . (2019). Enquête sur les déterminants à l'installation. Paris .



CO_05 - Faisabilité d'une proposition d'interventions non médicamenteuses autonomisantes pour la gestion à long terme de la douleur chronique : un essai contrôlé non randomisé à visée pragmatique

V. Paran 1, C. Maindet 2, G. Lalami 3, C. Gov 4, J.L. Bosson 5

1 Univ. Grenoble Alpes, Cnrs, Umr 5525, Vetagro Sup, Grenoble Inp, Timc - Grenoble (France), 2 Univ. Grenoble Alpes, Cnrs, Umr 5525, Vetagro Sup, Grenoble Inp, Cetd, Chu Grenoble Alpes, Timc - Grenoble (France), 3 Chu Grenoble Alpes - Grenoble (France), 4 Cetd, Hôpital Neurologique Pierre Wertheimer, Hcl - Bron (France), 5 Univ. Grenoble Alpes, Cnrs, Umr 5525, Vetagro Sup, Grenoble Inp, Chu Grenoble Alpes, Timc - Grenoble (France)

Résumé

Introduction Une prise en charge globale et multimodale de la douleur chronique implique d'autonomiser les patients et de développer les interventions non médicamenteuses [1,2]. Parmi elles, un patient sur trois a recours aux approches complémentaires [3]. L'évaluation de leur balance bénéfices-risques reste aujourd'hui nécessaire pour les intégrer aux parcours de soins [4,5]. Notre étude vise à évaluer la faisabilité d'une proposition d'interventions non médicamenteuses autonomisantes dans le parcours de soins de ces patients.

Méthodes : Nous avons réalisé une étude quasi-expérimentale, non randomisée, contrôlée ici-ailleurs. Le groupe contrôle (HCL) bénéficiait d'une prise en charge conforme aux recommandations. Le groupe intervention (CHUGA) bénéficiait en sus d'une proposition systématique d'interventions non médicamenteuses (ateliers), à visée autonomisante, avec suivi motivationnel, choisie par décision médicale partagée parmi 5 avec fiches d'aide à la décision (méditation pleine conscience, qigong, auto-hypnose, activité physique, slackline). Les ateliers étaient réalisés par groupes de 4 à 8 patients à raison d'une à deux fois par semaine sur 6 à 8 semaines. Ils étaient coconstruits et semi-standardisés. Les patients majeurs, présentant une douleur chronique stable et avec une EVA douleur moyenne supérieure à 4/10 étaient inclus. Les critères de jugement étaient recueillis à 3 (post-atelier) et 6 mois (autonomisation). Le critère de jugement principal était le taux de réponse à 6 mois, défini comme une diminution supérieure ou égale à 30 % de l'EVA douleur. Un ratio de 5 pour 1 pour le calcul du nombre de sujets fut mis en place afin d'évaluer la faisabilité de chaque atelier. L'analyse du critère de jugement principal fut réalisée en cas complets suivie d'analyses de sensibilité.

Résultats Nous avons recruté 154 patients (125 groupe intervention, 29 groupe contrôle), entre décembre 2019 et février 2023 (154 analysés). Le taux de réponse est de 13,0 % (3/23) dans le groupe contrôle et 26,7 % (28/105) dans le groupe intervention (RR=2,04 ; IC95% : [0,68 ; 6,15] ; NNTB=7 ; p=0,28). On observe une amélioration à 3 mois de la douleur (-0,84 /10 ; IC95% : [-1,51 ; -0,17] ; p=0,02) et de la santé perçue (EQ5D) (+12,0 /100 ; IC95% : [2,5 ; 21,5] ; p=0,01). Aucun effet indésirable n'est observé chez 91,0 % des patients (111/122). Une majoration des douleurs ou de l'anxiété post-séance est observée chez respectivement 4,9 % (6/122) et 1,6 % (2/122) des patients. On n'observe pas de différence entre les groupes concernant l'évolution de la consommation de soins (conventionnels ou non).



Conclusion : Nos résultats suggèrent la faisabilité de l'intervention et une balance bénéfices-risques favorable. Des études en vie réelle pourraient les confirmer.

Identifiant ClinicalTrials.gov : NCT04176341

CPP : Île-de-France VI Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière (25/09/2019)

Financement : AG2R La Mondiale.

Bibliographie

1. Livre blanc de la douleur 2017. État des lieux et propositions pour un système de santé éthique, moderne et citoyen. Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur; 2017
2. Queneau P, Serrie A, Trèves R, Bon D. Chronic pain in France. Recommendations of the French Academy of Medicine for better pain management of the patients. 2018;(7).
3. Chen L, Michalsen A. Management of chronic pain using complementary and integrative medicine. BMJ. 24 avr 2017;j1284.
4. Organization WH. WHO Global Report on Traditional and Complementary Medicine 2019. World Health Organization; 2019. 228 p.
5. Paradigme scientifique et éthique standardisé d'évaluation des INM dans le domaine de la santé. Paris: NPIS; 2023.



CO_06 - Les données collectées en périopératoire par une application de telemonitoring peuvent-elles prédire l'incidence de douleurs chroniques après une prothèse totale de genou?

J. Lebleu 1, A. Pauwels 1, P. Philippe 2, A. Belbachir 2

1 Moveup - Bruxelles (Belgium), 2 Hôpital Cochin - Paris (France)

Résumé

Introduction : Près d'un quart des patients opérés d'une prothèse totale de genou (PTG) développent une douleur chronique. L'identification des patients à risque pourrait permettre d'optimiser la prise en charge de la douleur en périopératoire. La collecte récurrente de données de douleurs est difficile en clinique. L'utilisation d'une application de telemonitoring peut faciliter ce recueil. Le but de cette étude est de 1) décrire l'incidence de douleur modérée à sévère à 3 mois postopératoires, 2) dépister les facteurs de risques d'une douleur postopératoire sévère.

Matériel et méthodes : 623 patients opérés d'une PTG (40 services, 2018 à 2022) ont été inclus dans cette étude. Ils ont utilisé une application permettant la collecte récurrente de données de douleurs pré et postopératoires, les facteurs de risques de douleurs chroniques et la prise d'antalgiques. La douleur était évaluée au moyen d'une échelle visuelle analogique (de 0 à 100) sur l'application. Les patients ont été divisés en deux groupes : ceux présentant une douleur supérieure à 40/100 et/ou utilisant des anti-douleurs de palier 2 ou 3 (D+), et ceux ne rentrant pas dans ces conditions à trois mois postopératoires (D-). Les différences entre les paramètres pré et postopératoires des deux groupes ont été étudiées par les tests statistiques adaptés.

Résultats : Le groupe non douloureux (D-) représentait 542 patients (87%). Le groupe douloureux (D+) représentait 81 patients (13%). 68 patients présentaient une douleur supérieure à 40/100 trois mois après l'opération. 19 patients consommaient des anti-douleurs de palier 2 ou 3.

La présence de comorbidités, d'une sensibilité accrue et d'une douleur au repos préopératoire plus importante était significativement plus importante dans le groupe D+. La trajectoire de la douleur postopératoire était plus importante dans le groupe D+. (Semaine 1 D+ :53 D- :38, semaine 2 D+ :47, D- : 32, Semaine 6 D+ : 45, D- :24). La corrélation entre la douleur à 6 semaines et 3 mois était de 80%. Le sous-score de douleur de l'échelle KOOS à 3 mois était significativement inférieur pour le groupe D+ (D+ médiane 55, 41-61, D- médiane 75, 60-85).

Discussion : La collecte quotidienne de l'intensité de la douleur au moyen de l'application de monitoring permet d'observer la trajectoire douloureuse plus élevée du groupe douloureux. Le pourcentage de patients présentant des douleurs sévères à modérées évolue peu entre 6 semaines et trois mois postopératoires. L'observation des caractéristiques de la douleur peri-opératoire permet d'identifier les patients qui évolueront vers la chronicité. Des actions préventives et ciblées de prise en charge de la douleur lors des premières semaines postopératoires sont nécessaires. Des études prospectives sont nécessaires pour confirmer l'efficacité des systèmes de monitoring pour prévenir la chronicisation de la douleur



Bibliographie

- Gan T.J. Poorly Controlled Postoperative Pain: Prevalence, Consequences, and Prevention. *J. Pain Res.* 2017;10:2287–2298. doi: 10.2147/JPR.S144066.
- Wylde V., Beswick A., Bruce J., Blom A., Howells N., Goberman-Hill R. Chronic Pain after Total Knee Arthroplasty. *EFORT Open Rev.* 2018;3:461–470. doi: 10.1302/2058-5241.3.180004.
- Lewis G.N., Rice D.A., McNair P.J., Kluger M. Predictors of Persistent Pain after Total Knee Arthroplasty: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Br. J. Anaesth.* 2015;114:551–561. doi: 10.1093/bja/aeu441.
- Priol R., Pasquier G., Putman S., Migaud H., Dartus J., Wattier J.-M. Trajectory of Chronic and Neuropathic Pain, Anxiety and Depressive Symptoms and Pain Catastrophizing after Total Knee Replacement. Results of a Prospective, Single-Center Study at a Mean Follow-up of 7.5 Years. *Orthop. Traumatol. Surg. Res.* 2023;109:103543. doi: 10.1016/j.otsr.2022.103543.
- Althaus A., Arránz Becker O., Moser K.-H., Lux E.A., Weber F., Neugebauer E., Simanski C. Postoperative Pain Trajectories and Pain Chronification—An Empirical Typology of Pain Patients. *Pain Med.* 2018;19:2536–2545. doi: 10.1093/pm/pny099.
- Singh J.A., Lemay C.A., Nobel L., Yang W., Weissman N., Saag K.G., Allison J., Franklin P.D. Association of Early Postoperative Pain Trajectories with Longer-Term Pain Outcome after Primary Total Knee Arthroplasty. *JAMA Netw. Open.* 2019;2:e1915105. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.15105.
- Lebleu J., Pauwels A., Anract P., Parratte S., Van Overschelde P., Van Onsem S. Digital Rehabilitation after Knee Arthroplasty: A Multi-Center Prospective Longitudinal Cohort Study. *J. Pers. Med.* 2023;13:824. doi: 10.3390/jpm13050824.
- Thurnheer S.E., Gravestock I., Pichierri G., Steurer J., Burgstaller J.M. Benefits of Mobile Apps in Pain Management: Systematic Review. *JMIR mHealth uHealth.* 2018;6:e11231. doi: 10.2196/11231.
- Lenguerrand E., Wylde V., Goberman-Hill R., Sayers A., Brunton L., Beswick A.D., Dieppe P., Blom A.W. Trajectories of Pain and Function after Primary Hip and Knee Arthroplasty: The ADAPT Cohort Study. *PLoS ONE.* 2016;11:e0149306. doi: 10.1371/journal.pone.0149306



Résumés sélectionnés en E-poster commenté

SPC_01.1 - Analyse post-hoc de PROGRESS : évaluation de la sécurité de l'atogéant chez les patients souffrant de migraine chronique et de facteurs de risque cardiovasculaires

P. Best 1, A. Harriott 2, T. Montheith 3, C. Tassorelli 4, S. Nahas 5, Y. Liu 6, R. De Abreu Ferreira 7, G. Demarquay 8, J.H. Smith 9

1 Mayo Clinic - Rochester (United States), 2 Massachusetts General Hospital - Boston (United States), 3 Université De Miami - Miami (United States), 4 Université De Pavie - Pavie (Italy), 5 Université Thomas Jefferson - Philadelphia (United States), 6 Abbvie - North Chicago (United States), 7 Abbvie - Madisson (United States), 8 Hôpital Pierre Wertheimer - Lyon (France), 9 Abbvie - Irvine (United States)

Résumé

Contexte/Rationnel et Objectif : La migraine est associée aux maladies cardiovasculaires (MCV) et aux facteurs de risque cardiovasculaires (FRCV). L'objectif de cette étude est d'évaluer la sécurité de l'atogéant chez les participants de l'étude PROGRESS présentant une migraine chronique (MC) et des FRCV.

Conception/Méthodes : PROGRESS (NCT03855137) est une étude de phase 3 de 12 semaines, internationale, randomisée, en double aveugle, contrôlée par placebo ayant inclus des participants (18-80 ans) souffrant de MC (≥ 15 jours de céphalées par mois pendant 3 mois avant la sélection ; ≥ 15 jours de céphalées [≥ 8 jours de migraine] au cours de la période de sélection de 4 semaines) de ≥ 1 an. Les participants traités par atogéant 30mg deux fois par jour, 60mg une prise/ jour ou placebo ont été stratifiés selon le nombre de FRCV à l'inclusion : 0, 1 ou ≥ 2 . Les FRCV comprenaient l'âge (homme: ≥ 45 ; femme: ≥ 55), le tabagisme, l'Indice de Masse Corporelle (IMC) ≥ 25 kg/m², l'hypertension artérielle, le diabète, la dyslipidémie, l'apnée du sommeil, les MCV concomitantes, les médicaments antidiabétiques, les antécédents d'accident vasculaire cérébral, d'infarctus du myocarde, d'accident ischémique transitoire ou de maladie artérielle périphérique. Les événements indésirables émergents liés au traitement cardiovasculaire (EI-CV) ont été évalués.

Résultats : Sur 773 participants, 518 (1 donnée manquante) comprenaient les données regroupées des groupes atogéant (0 FRCV : 110 [21,2 %] ; 1 FRCV: 146 [28,2%] ; ≥ 2 FR-CV: 261 [50,4%]) et 255 du groupe placebo (0 FRCV: 47 [18,4%] ; 1 FR-CV: 92 [36,1%] ; ≥ 2 FRCV: 116 [45,5%]). La majorité des participants présentait ≥ 2 FRCV contre 0 ou 1 FRCV. A l'inclusion, les participants ayant ≥ 2 FRCV avaient un âge, un IMC et des jours de céphalées mensuels moyens plus élevés que ceux ayant des FRCV de 0 ou 1. Les FRCV les plus fréquents étaient la dyslipidémie (47,6%), l'IMC ≥ 25 kg/m² (43,1%) et l'hypertension (40,9%). Les EI-CV étaient peu fréquents chez les participants ayant ≥ 2 FRCV (placebo : 3/116 [2,6%] ; atogéant données regroupées : 9/261 [3,4%]), et aucun n'était grave. Les EI-CV liés au traitement comprenaient des palpitations (n = 2) et une élévation de la pression artérielle (n = 1) dans le groupe atogéant données regroupées (30mg deux fois/ jour) et des bouffées vasomotrices (n = 1) dans le groupe placebo. Les palpitations ont conduit à un arrêt (évalué comme non lié au traitement) dans le groupe atogéant données regroupées.



Conclusion : Cette analyse post-hoc démontre que les EI-CV sont rares chez les participants avec MC traités par l'atogépant même avec FRCV. Les EI-CV n'étaient pas graves. La majorité n'était pas liée au traitement et seulement un a conduit à l'arrêt du traitement.



SPC_01.2 - Comment l'affiliation sociale et l'expérience vicariante peuvent jouer des rôles déterminants dans l'adoption et le maintien d'une vie active auprès des personnes vivant avec des douleurs chroniques?

C. Guay 1, S. Lafrenaye 1, G. Léonard 1, N. Clement 1, M. Bordeleau 1, J.F. Desbiens 1

1 Université De Sherbrooke - Sherbrooke (Canada)

Résumé

Comment l'affiliation sociale et l'expérience vicariante peuvent jouer des rôles déterminants dans l'adoption et le maintien d'une vie active auprès des personnes vivant avec des douleurs chroniques?

Introduction : Les bénéfices d'un mode de vie actif sont reconnus, même auprès d'une population souffrant de douleurs chroniques. Pourtant, il peut être difficile de demeurer motivé à être actif lorsque la douleur occupe une place importante dans son quotidien. Le projet Versant AKOR 2024 consiste à former un groupe de participants vivant avec la douleur chronique et suivi au Centre d'expertise en gestion de la douleur chronique du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, qui complèteront sous forme d'un défi collectif, le même nombre de kilomètres parcourus par les aventuriers durant les six mois de l'expédition. Objectif : Étudier comment se transforme la motivation à l'activité physique des participants à travers ce modèle d'intervention axé sur l'affiliation sociale et l'expérience vicariante de même que les retombées d'un tel projet sur l'adoption d'un mode de vie actif et sur la réévaluation de la place occupée par la douleur dans la vie des participants. Méthodologie Recherche-intervention à caractère longitudinal et qualitatif d'une durée d'un an avec prélèvements répétés afin de documenter l'évolution dans le temps du phénomène étudié. Nous allons administrer des questionnaires, réaliser des entretiens individuels et observer des rencontres de groupe. Grâce à l'obtention d'une bourse de stage à l'étranger(France), nous participerons à un projet de recherche inspiré du projet Versant AKOR en octobre 2024, impliquant une clinique de douleur (Centre hospitalier Bretagne Sud), l'Université de Rennes et un skipper du Vendée Globe 2024, pour un projet français qui débutera en octobre 2024, consécutivement au projet canadien. Cela nous permettra de comparer les données recueillies sur une plus courte intervention auprès de participants vivant aussi avec la douleur chronique dans un milieu de vie différent. Résultats : Un premier projet Versant AKOR ayant eu lieu dans des conditions similaires en 2021, nous serons en mesure de présenter les résultats de cette première expérience et expliquer les éléments observés plus spécifiques à l'édition 2024. Cette étude pourra contribuer (1) Sur le plan scientifique, à une meilleure compréhension du rôle de l'affiliation sociale et de l'expérience vicariante sur la motivation à l'activité physique auprès de personnes vivant avec la douleur chronique;(2) Sur le plan professionnel, à proposer un modèle d'intervention axé sur l'affiliation sociale et l'expérience vicariante dans le but d'accroître la pratique de l'activité physique auprès de personnes vivants avec la douleur chronique; (3) Pour les communautés, à sensibiliser les milieux sportifs et de la santé au rôle de l'affiliation sociale sur la motivation à l'activité physique, et aux opportunités de partenariats.

Bibliographie



- (1).Calmels (1998) Douleur chronique, activité physique et qualité de vie, Science & Sports,Volume 13, Issue 1, 1998,Pages 10-16,SSN 0765-1597.
- (2).Deci et Ryan (2000).The « what » and the « why » of goal pursuit : Human needs and the self-determination of behavior. Psychological Inquiry, 11, 227-268.
- (3).Espenberger et coll. (2023). Identity, social engagement and community participation impact physical activity levels of stroke survivors: A mixed-methods study. Clinical Rehabilitation, 37(6), 836-850.
- (4).Lafrenaye et coll.2024 (sous presse) : Potentiating The Benefit of Exercise Classes How A Collective Challenge of Physical Activity Positively Transformed Chronic Pain Patients.
- (5).Martino et coll. (2017). The connection prescription: using the power of social interactions and the deep desire for connectedness to empower health and wellness. American journal of lifestyle medicine, 11(6), 466-475.
- 6.OMS- Lignes directrices sur l'activité physique et la sédentarité (2020) ISBN: 9789240014862.
- 7.Stenberg et coll. (2022). How do peer support interventions for the self-management of chronic pain, support basic psychological needs? A systematic review and framework synthesis using self-determination theory. Patient Education and Counseling.



SPC_01.3 - Optimiser les traitements médicamenteux de la douleur multimorphe du cancer : une approche pragmatique chez le patient insuffisant rénal

A. Lemaire 1, J. Fulcrand 2, J. Delvoye-Heiremans 2

1Département Interdisciplinaire De Soins De Support Pour Le Patient Oncologique, Pôle Cancérologie & Spécialités Médicales, Centre Hospitalier De Valenciennes - Valenciennes (France), 2Unité Fonctionnelle De Pharmacie Clinique, Pôle Cancérologie & Spécialités Médicales, Centre Hospitalier De Valenciennes - Valenciennes (France)

Résumé

Les spécificités de la douleur multimorphe chez un patient atteint de cancer nécessitent une approche interdisciplinaire, multimodale, dynamique et personnalisée. De nombreuses recommandations nationales et internationales sur les stratégies médicamenteuses ont ainsi été récemment actualisées [1-4]. Mais elles ne prennent pas en compte une comorbidité régulièrement associée : l'insuffisance rénale chronique. Nous avons croisé nos expériences de pharmacien clinicien et médecin de la douleur travaillant en structure douleur chronique spécialisée en oncologie, à l'analyse de la littérature disponible sur l'utilisation des antalgiques opioïdes et antineuropathiques chez le patient insuffisant rénal. Nous proposons une synthèse exhaustive de chaque molécule antalgique opioïde et antineuropathique, avec son adaptation posologique en fonction de la clairance rénale du patient, ses modalités d'utilisation, et le choix stratégique des molécules à utiliser. L'objectif est de fournir aux équipes soignantes les outils pragmatiques nécessaires pour optimiser et sécuriser la prise en charge des patients insuffisants rénaux atteints de douleurs multimorphes du cancer.

Bibliographie

- [1] Fallon M, Giusti R, Aielli F, Hoskin P, Rolke R, Sharma M, et al. Management of cancer pain in adult patients: ESMO clinical practice guidelines. *Ann Oncol* 2018;29:iv166–91.
- [2] Bennett MI, Eisenberg E, Ahmedzai SH, Bhaskar A, O'Brien T, Mercadante S, et al. Standards for the management of cancer-related pain across Europe – a position paper from the EFIC task force on cancer pain. *Eur J Pain* 2019;23(4):660–8.
- [3] WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cité 22 nov 2022]. (WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee). Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537492/>.
- [4] Lemaire A. Prendre en charge la douleur multimorphe du cancer : quelle approche, du diagnostic au traitement ? *Bull Cancer (Paris)* 2022;109(5):537–47.



SPC_01.4 - Épidémiologie des céphalées primaires dans une population de patients présentant un trouble de stress post-traumatique (TSPT)

H. Magne 1, X. Moisset 1

1 Chu, Neurologie - Clermont-Ferrand (France)

Résumé

Introduction : Le TSPT est un trouble psychiatrique fréquent en population générale. Il est fréquemment associé avec des pathologies psychiatriques et somatiques, dont les céphalées [1, 2].

Objectifs : Déterminer la fréquence et les caractéristiques des céphalées dans une population de patients ayant reçu le diagnostic de TSPT.

Méthodes : Dans une population consultant pour évaluation d'un psychotraumatisme, les critères du DSM-5 ont été utilisés pour poser le diagnostic de TSPT. Les critères diagnostiques de l'ICHD-3 ont été utilisés pour poser le diagnostic de céphalées dans cette population. Les niveaux d'anxiété et de dépression ont été évalués par l'échelle HAD.

Résultats : 302 patients présentant un TSPT ont été inclus dans l'étude (84% de femmes et 16% d'hommes, âge : 42±14 ans). 77% de cette population présentait une céphalée primaire. La prévalence des différentes céphalées primaires parmi ces patients douloureux était : migraine épisodique (ME) 33%, migraine chronique (MC) 6%, céphalée de tension épisodique (CTE) 47% et céphalée de tension chronique (CTC) 14%. Les céphalées chroniques étaient plus fréquemment associées à un trauma infantile (MC 74%, CTC 93%) ; les principaux traumatismes infantiles étaient représentés par des agressions sexuelles uniques ou répétées (45%) et des violences physiques répétées (51%). Concernant les céphalées épisodiques, la prévalence n'était pas différente entre les migraineux ayant eu un trauma infantile (51%) ou à l'âge adulte (49%) ; les céphalées de tension épisodiques étaient plus importantes lorsque le trauma avait eu lieu à l'âge adulte (81%). La HAD-anxiété n'était pas différente entre les céphalées épisodiques et les céphalées chroniques (12±2,5 vs 12,4±2,9 ; p>0,05). Il en était de même pour la HAD-dépression (12,5±2,6 vs 14,2±3 ; p=0,12). 62% des patients céphalalgiques déclaraient avoir déjà été suivis pour leur TSPT et 42% avaient déjà eu recours à une consultation spécialisée en céphalées.

Discussion et Conclusions : Les céphalées primaires sont plus fréquentes dans notre population de patients avec un TSPT qu'en population générale [3, 4, 5]. La prévalence de l'ensemble des céphalées primaires est augmentée, notamment dans les formes chroniques. Les traumatismes infantiles constituent un facteur de risque majeur de chronicisation des céphalées primaires, qui mérite d'être recherché en consultation céphalée pour proposer une prise en charge spécifique.

Bibliographie

- [1] Brainstorm Consortium; Anttila V et al. Science 2018
- [2] Baire et al. Douleur et analgésie 2023
- [3] Henry et al. Cephalalgia 1992
- [4] Lanteri-Minet et al. Cephalalgia 2005
- [5] Wöber-Bingöl. Curr Pain Headache Rep 2013



SPC_01.5 - Caractéristiques des patients douloureux chronique admis aux urgences pour douleur en rapport avec leur douleur habituelle

M. Galinski 1, S. Saint-Alme 2, M. Violeau 3, F. Lemoel 4, C. Ciebiera 5, Y.E. Claessens 6, A. Jossilet 7, V. Lvovschi 8, C. Gregoire 9, J.P. Lorendeau 2

1 Pôle Urgences Adultes-Samu; Hopital Pellegrin - Bordeaux (France), 2 Pôle Urgences-Samu; Hopital De Perigueux - Perigueux (France), 3 Pôle Urgences-Samu; Hopital De Niort - Niort (France), 4 Pôle Urgences-Samu; Hopital Pasteur 2 - Nice (France), 5 Urgences; Hopital De Grasse - Grasse (France), 6 Urgences; Hopital Princesse Grace - Monaco (Monaco), 7 Urgences; Hopital De Rodez - Rodez (France), 8 Urgences; Hopital Charles Nicolle - Rouen (France), 9 Urgences; Cliniques Universitaires Saint-Luc - Bruxelles (Belgium)

Résumé

Introduction

Trente à 40 % des patients admis aux urgences ont une douleur chronique (DC) [1, 2]. Une partie d'entre eux (30 à 50%) viendraient pour leur douleur habituelle [2, 3]. Ceci pose d'importantes questions quant à leur prise en charge dans ce contexte qui semble a priori peu adapté [3, 4]. Mais il y a très peu d'informations concernant ces patients. L'objectif de cette étude était de décrire les principales caractéristiques de ces patients DC dont le motif de recours aux urgences était leur douleur habituelle (proportion et nature de leur douleur chronique).

Méthode

Il s'agissait d'une étude observationnelle, prospective, multicentrique réalisée dans 8 services d'urgences en 2022 sur une période de 1 mois dans chaque centre.

Tous les patients de 18 ans et plus, ayant une douleur chronique, admis aux soins d'urgences entre 9 h et 19 h, du lundi au vendredi étaient inclus.

La douleur chronique était soit déjà connue, suivie, traitée ou bien répondait à la définition d'une douleur qui persiste ou récidive pendant plus de 3 mois.

Le critère de jugement principal était la proportion de patients dont le motif principal de recours aux urgences était une douleur en lien avec la douleur chronique par rapport à la totalité des patients DC aux urgences. Parmi les variables examinées il y avait en outre des paramètres démographiques, cliniques, socio-économiques, le niveau de gravité de la DC (mesuré avec CPGS) et le niveau de catastrophisme du patient (PCS).

Ethiques

CPP Sud-Est : 22.00111.000090

Résultats

267 patients ont été inclus dont 264 patients ont pu être analysés. L'âge moyen était de 58 ans (21) avec 59% de femmes. La douleur en lien avec la douleur habituelle comme motif principal d'admission concernait 107 patients soit 40.5% [CI 95% : 34.6 ;46.4]. L'intensité moyenne de la douleur était de 6 (2,9) sur l'échelle numérique. Les facteurs associés au risque d'admission pour douleur en rapport avec la douleur habituelle en analyse multivariée étaient le sexe masculin (OR = 2,9 [IC95%:1,5;4,6]), le catastrophisme mesuré avec PCS (OR=2,7 [1,4 ;5,2]) et deux ou plus admissions aux urgences dans les 12 mois précédents (OR=2,0 [IC95% :1,4 ;5,2]). L'âge et le niveau de gravité de la DC ne ressortaient pas comme facteur de risque.



Conclusion : Aux urgences, 40% des patients douloureux chroniques ont pour motif d'admission leur douleur habituelle. Les facteurs associés à ce risque sont le sexe masculin, le catastrophisme et le nombre antérieur d'admissions aux urgences.

Bibliographie

1. Bernard AM, Wright SW. Chronic pain in the ED. *Am J Emerg Med.* 2004;22(6):444-7.
2. Galinski M, Robledo JB, Tellier E, Catoire P, De La Rivière C, Lvovschi V, Gil-Jardiné C. Are Patients with Chronic Pain Less Satisfied with Their ED Management Than Non-Chronic Pain Patients? *Am J Emerg Med.* 2022;56:7-9.
3. Mann EG, Johnson A, VanDerKerkhof EG. Frequency and characteristics of healthcare visits associated with chronic pain: results from a population-based Canadian study. *Can J Anesth* 2016;63:411-441
4. Dépelteau A, Racine-Hemmings F, Lagueux E, Hudon C. Chronic pain and frequent use of emergency department: a systematic review. *Am J Emerg Med* 2020;38:358-363



SPC_02.1 - Effet de l'exposition aux opioïdes sur la fragilité : suivi à 5 ans des sujets inclus dans l'essai MAPT

A. Elyn 1, J. Shourick 1, J. Dupouy 1, C. Brusq 2, A. Piau 1, F. Nourhashemi 1, N. Cantagrel 2, P. De Souto Barreto 3, M. Lapeyre-Mestre 4

1 Chu Toulouse, Université Toulouse 3 - Toulouse (France), 2 Chu Toulouse - Toulouse (France), 3 Chu Toulouse, Institut Hospitalo-Universitaire Healthage, Université Toulouse 3 - Toulouse (France), 4 Chu Toulouse, Chu Toulouse, Université Toulouse 3 - Toulouse (France)

Résumé

Introduction : La fragilité du sujet âgé est un état réversible, multifactoriel, qui peut conduire à la perte d'autonomie, à une aggravation de l'état de santé voire au décès [1]. Les antalgiques opioïdes accroissent les risques d'évènements défavorables chez les personnes âgées (chute, confusion, etc.), et augmenteraient le risque de survenue de la fragilité [2-3]. En corollaire, la douleur est étroitement liée à la fragilité, rendant difficile d'évaluer le rôle des opioïdes qui pourraient contribuer à la fragilité indépendamment d'un phénomène douloureux [4-6]. Notre étude avait pour objectifs d'étudier l'effet de l'exposition aux opioïdes sur l'incidence et la sévérité de la fragilité.

Matériel & méthode : Nous avons utilisé des données de l'essai MAPT portant sur des personnes de plus de 70 ans à domicile, suivies de manière prospective pendant 5 ans. Nous avons utilisé un indice de fragilité basé sur 32 items (FI), avec un seuil de définition de la fragilité $\geq 0,25$. Des modélisations de Cox avec variables dépendantes du temps ont été réalisées pour l'étude de l'incidence de la fragilité. Des modèles mixtes longitudinaux ont été utilisés pour l'analyse de la sévérité de la fragilité. Ces modèles ont inclus la douleur chronique (DC), l'exposition longitudinale aux opioïdes, ainsi que l'interaction « DC – Opioïdes ». Les facteurs de confusion ainsi que les interactions significatives ont été inclus dans ces modèles.

Résultats : Parmi les 1637 individus inclus, 339 (21%) étaient définis comme fragiles à l'inclusion avec un FI médian de 0,30 [0,27-0,35] ; 587 sujets (36%) ont signalé des douleurs à l'inclusion, et 458 ont été considérés comme souffrant de douleurs chroniques (DC). Au cours des 5 années de suivi, 235 sujets (14%) ont été exposés au moins une fois aux opioïdes, principalement au tramadol (6%) et au dextropropoxyphène (3%). L'exposition aux opioïdes était significativement associée à l'incidence de la fragilité (HRadj=4.46, IC95% [2.01-9.90], $p<0,001$), indépendamment de la présence de DC et en tenant compte des interactions avec la DC, les antidépresseurs ainsi que les gabapentinoïdes. Une analyse secondaire stratifiée sur le sexe a retrouvé des résultats équivalents. L'exposition aux opioïdes était significativement associée à la sévérité de la fragilité dans le temps (badj=0.02, IC95% [0.01-0.04], $p=0,007$), indépendamment de la présence de DC et en tenant compte des interactions avec la DC et les antidépresseurs.

Conclusions : Ces résultats confirment que les opioïdes augmentent le risque de fragilité et sa sévérité dans le temps, indépendamment de la présence de DC. Des études avec un recueil exhaustif des symptômes douloureux sont nécessaires pour vérifier l'indépendance de l'effet des opioïdes vis-à-vis de potentielles douleurs aiguës, ainsi que le caractère réversible ou non de la fragilité potentiellement induite par les opioïdes.



Bibliographie

- [1] Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet*. 2013 Mar 2;381(9868):752-62. doi: 10.1016/S0140-6736(12)62167-9. Epub 2013 Feb 8. Erratum in: *Lancet*. 2013 Oct 19;382(9901):1328. PMID: 23395245; PMCID: PMC4098658.
- [2] Maiti S, Sinvani L, Pisano M, Kozikowski A, Patel V, Akerman M, Patel K, Smilios C, Nouryan C, Qiu G, Pekmezaris R, Wolf-Klein G. Opiate Prescribing in Hospitalized Older Adults: Patterns and Outcomes. *J Am Geriatr Soc*. 2018 Jan;66(1):70-75. doi: 10.1111/jgs.15127. Epub 2017 Oct 20. PMID: 29052224.
- [3] Cil G, Park J, Bergen AW. Self-Reported Prescription Drug Use for Pain and for Sleep and Incident Frailty. *J Am Geriatr Soc*. 2019 Dec;67(12):2474-2481. doi: 10.1111/jgs.16214. Epub 2019 Oct 24. Erratum in: *J Am Geriatr Soc*. 2020 Sep;68(9):E50-E53. PMID: 31648384.
- [4] Saraiva MD, Suzuki GS, Lin SM, de Andrade DC, Jacob-Filho W, Suemoto CK. Persistent pain is a risk factor for frailty: a systematic review and meta-analysis from prospective longitudinal studies. *Age Ageing*. 2018 Nov 1;47(6):785-793. doi: 10.1093/ageing/afy104. PMID: 30052700.
- [5] Livshits G, Malkin I, Bowyer RCE, Verdi S, Bell JT, Menni C, Williams FMK, Steves CJ. Multi-OMICS analyses of frailty and chronic widespread musculoskeletal pain suggest involvement of shared neurological pathways. *Pain*. 2018 Dec;159(12):2565-2572. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001364. PMID: 30086113; PMCID: PMC6250282.
- [6] D'Agnelli S, Amodeo G, Franchi S, Verduci B, Baciarello M, Panerai AE, Bignami EG, Sacerdote P. Frailty and pain, human studies and animal models. *Ageing Res Rev*. 2022 Jan;73:101515. doi: 10.1016/j.arr.2021.101515. Epub 2021 Nov 20. PMID: 34813977.



SPC_02.2 - Création d'entretiens pharmaceutiques ludiques autour des opioïdes en post-opératoire : comment a-t-on fait ?

D.F. Mélissa 1, B. Marie 1, L. Julie 1, C. Lucie 1, G. Pauline 1, V. Alice 1

1 Hia Clermont Tonerre - Brest (France)

Résumé

L'utilisation des antalgiques opioïdes a considérablement augmenté en France ces dernières années. Cette consommation de morphiniques s'accompagne de conséquences néfastes comme la multiplication des hospitalisations accidentelles par surdosages (+168% en 2017) [1]. Notre objectif est de mettre en place des entretiens pharmaceutiques à destination des patients de chirurgie pour lesquels des opioïdes ont été prescrits en sortie d'hospitalisation. Ainsi, nous souhaitons sécuriser l'administration des opioïdes et limiter la survenue de surdosages et de conduites addictives.

Dans un premier temps, une revue de la littérature et des recommandations des sociétés savantes ont été réalisées. En collaboration avec le Comité de Lutte contre la Douleur, deux études préliminaires ont été menées. Elles ont permis d'identifier les habitudes de prescriptions des chirurgiens et anesthésistes et de mettre en évidence les besoins éducatifs des patients. Les résultats de ces études nous ont permis la rédaction d'un référentiel de compétences et la création d'outils pédagogiques adaptés.

Le référentiel de compétence comporte 6 compétences déclinées en 16 objectifs pédagogiques. Différents supports pédagogiques ont été créés pour animer un entretien individuel d'une heure maximum. Sous forme d'un jeu de l'oie, l'entretien se décline en six étapes (quatre obligatoires et deux optionnelles). Pour chaque étape, un outil ludique et interactif est proposé au patient. La première étape repose sur la gestion autonome des opioïdes : pour cela, le patient complète un plan de prise à l'aide de son ordonnance de sortie. L'objectif est de sensibiliser le patient aux intervalles de doses ainsi qu'aux doses maximales journalières. La seconde étape portant sur les effets indésirables se présente sous forme de cartes de Barrow. Le patient est mis en situation et doit choisir les actions à mettre en place si un effet indésirable survient. La troisième étape concernant les surdosages consiste à présenter au patient une planche comportant différents symptômes et à identifier ceux en lien avec un surdosage. Pour finir, le thème de l'addiction se présente sous la forme de cartes Vrai/Faux permettant de déconstruire certaines croyances. Pour les étapes optionnelles (« évaluer sa douleur » et « soulager sa douleur sans médicaments ») des flyers informatifs sont remis aux patients. A la fin de l'entretien, un questionnaire de satisfaction est complété par le patient.

Le contenu de ces entretiens a été présenté à l'ensemble des équipes chirurgicales. L'analyse de la satisfaction des patients et des besoins au sein de l'établissement nous permettra de faire évoluer cette intervention pharmaceutique. Enfin, un appel téléphonique des patients à distance de l'hospitalisation permettra d'évaluer l'impact des entretiens sur leur qualité de vie post-opératoire.



Bibliographie

[1] : Etat des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques, ANSM, Février 2019



SPC_02.3 - Tour de France des séjours "douleur" en SMR pédiatriques : une enquête de la commission pédiatrique de la SFETD.

A.T. Tonelli 1, J.A.C. Avez-Couturier 2

1 Clinique Fsef Paris 16 - Paris (France), 2 Chu Lille - Lille (France)

Résumé

Les Structures Douleur Chronique Pédiatriques (SDCp) proposent des hospitalisations dans des services de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) au motif de la douleur chronique. Souvent, la déscolarisation et son corollaire, la désocialisation, motivent ces hospitalisations. Dans la littérature les traitements dits intensifs et interdisciplinaires ont fait l'objet de publications sur leur efficacité (1,2). Environ 100 SMR ont une offre de soins pédiatrique en France. Mais quels SMR ont mis en place des hospitalisations pour douleur chronique ? Quels sont ces dispositifs ? Pour répondre à ces deux questions, la commission pédiatrique de la SFETD a lancé une enquête auprès de 50 SMR pédiatriques en France afin de faire un état des lieux de cette offre de soins.

Méthode : un questionnaire Google Forms a été adressé aux médecins exerçant en SMR pédiatriques en France. La question initiale était l'existence de séjours pour douleur chronique. Si la réponse était positive le questionnaire portait ensuite sur les parcours (adresseurs, préadmission, critères d'hospitalisation, délais, évaluation et suivi) ; les patients (âge, pathologies) ; et les modalités de séjour (professionnels, type de séjour et de service, protocoles, lits dédiés, nombre de patients, travail familial, scolarité).

Résultats principaux : 34 médecins exerçant en SMR ont répondu. Tous accueillent des patients douloureux chroniques (DC). Ils exerçaient essentiellement en service de MPR et accueillent des patients de 0 à 18 ans, adressés par des médecins de second ou troisième niveau, qui présentent essentiellement des douleurs musculo-squelettiques. Pour 80% des SMR il existe des modalités de préadmission formalisées. La déscolarisation n'est pas un critère nécessaire. La principale contre-indication est l'absence de motivation. Les délais sont de 1 à 3 mois dans 51% des SMR. Dans 68% des SMR il n'existe pas de protocole formalisé et dans 82% pas de lits dédiés. Les équipes sont pluriprofessionnelles et travaillent avec les familles. Il existe une scolarité intégrée dans 91% des SMR. Les durées de séjour sont variables (10 jours à 1 an). L'expertise des SMR est variable, seuls 2 SMR ont accueilli plus de 100 patients DC dans les 5 dernières années.

Discussion : ces résultats montrent qu'il existe des SMR proposant des séjours aux enfants et adolescents douloureux chroniques. Les modalités et les critères d'admission sont relativement identiques. En revanche, il existe une hétérogénéité des durées de séjours et peu de protocoles formalisés. La commission pédiatrique projette donc un groupe de travail spécifique et l'élaboration d'un guide de bonnes pratiques.

Conclusion : il existe des séjours proposés aux enfants et adolescents douloureux chroniques dans les SMR en France. L'hétérogénéité des pratiques plaide en faveur de la réalisation d'un guide de bonnes pratiques.

Bibliographie



1. Claus BB, Stahlschmidt L, Dunford E, Major J, Harbeck-Weber C, Bhandari RP, et al. Intensive interdisciplinary pain treatment for children and adolescents with chronic non-cancer pain: a preregistered systematic review and individual patient data meta-analysis. *Pain*. 16 mars 2022;
2. Hechler T, Kanstrup M, Holley AL, Simons LE, Wicksell R, Hirschfeld G, et al. Systematic Review on Intensive Interdisciplinary Pain Treatment of Children With Chronic Pain. *Pediatrics*. 22 juin 2015;



SPC_02.4 - Elaboration d'entretiens pharmaceutiques "opioïdes" : de quoi nos patients ont-ils besoin ?

D.F. Mélissa 1, B. Marie 2, D. Celine 2, M. Noémie 2, G. Pauline 2, V. Alice 2

1 Hia Clermont Tonnerre - Brest (France), 2 Hia Clermont Tonerre - Brest (France)

Résumé

Au cours de ces dernières années, les consommations d'opioïdes ont considérablement augmenté en France [1]. Cette utilisation accrue de morphiniques s'accompagne inexorablement de risques de surdosage et de conduites addictives. L'équipe pharmaceutique souhaite proposer aux patients opérés, sortant à domicile avec une prescription d'opioïdes, une éducation thérapeutique en sortie d'hospitalisation. Afin de cibler les compétences essentielles et prendre en compte le niveau de littératie de nos patients, une étude des besoins éducatifs a été menée auprès d'eux.

Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés par l'équipe pharmaceutique auprès des patients hospitalisés en chirurgie à l'aide d'un questionnaire. Constitué de 18 items, ce dernier aborde trois thèmes principaux : antécédents et expériences concernant la douleur, connaissances des antalgiques et attentes/motivation concernant les futurs entretiens. Les résultats ont été saisis sur un tableau Excel® puis analysés. L'ensemble de ce projet a été mené en collaboration avec l'équipe du Comité de Lutte contre la Douleur.

D'une durée moyenne de 30 minutes, les entretiens ont été réalisés auprès de 20 patients. Parmi eux, 70% (n=14) patients avaient déjà reçu des opioïdes avant leur hospitalisation dont 33% (n=7) ont présenté des effets indésirables (les plus fréquents sont la somnolence et les nausées). Le terme « opioïdes » était connu par 70% (n=14) des patients et associé à la morphine, la Lamaline® ou le tramadol. Seulement 40% (n=8) patients ont été capables de citer sans erreur 3 antalgiques de palier différent. En cas de survenu de douleur à domicile, 65% (n=13) prendraient un des antalgiques prescrit en sortie et en cas d'effets indésirables, 25% (n=5) des patients prévoyaient un arrêt du médicament. Les patients nous ont exprimé le souhait d'avoir davantage d'informations sur les thématiques suivantes : modalités de prise des antalgiques (n=13), effets indésirables (n=17), soulager sa douleur sans médicament (n=8) et surdosages (n=6). Enfin, les patients ont attribué la note de 8,7/10 à l'utilité de ces futurs entretiens.

Ces entretiens nous ont permis de rédiger un référentiel de compétences pertinent et de cibler quatre objectifs pédagogiques de sécurité. Des outils pédagogiques ludiques ont pu être construits afin que les patients puissent gérer en autonomie leurs antalgiques, connaître leurs effets indésirables, savoir réagir en cas de surdosage et éviter l'addiction aux opioïdes. Seront également proposés aux patients deux ateliers optionnels permettant l'évaluation de la douleur ainsi que des alternatives non médicamenteuses pour la soulager. Cette étude nous a confortés sur la pertinence de proposer ces entretiens pharmaceutiques en sortie d'hospitalisation.

Bibliographie

[1] : Etat des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques, ANSM, Février 2019





SPC_02.5 - Douleur postopératoire à domicile : un défi pour l'infirmière libérale ?

F. Dulac 1, N. Gauchet 2

1 Infirmière Libérale - Dreffeac (France), 2 Chu Nantes - Nantes (France)

Résumé

A l'heure du virage ambulatoire, les infirmières libérales sont de plus en plus amenées à prendre en soin des patients en postopératoire, et parmi eux, des patients douloureux. Véritable enjeu de santé publique, l'identification et le soulagement de la douleur s'inscrivent à la fois comme un droit fondamental des patients mais également comme une responsabilité pour les professionnels de santé. Les auteurs ont voulu questionner les infirmières libérales au sujet du défi que représente la prise en charge de la douleur postopératoire auprès des patients de retour à leur domicile, jusqu'à une semaine après leur intervention.

L'objectif a été de recueillir les expériences et la perception des infirmières libérales en matière de gestion de la douleur postopératoire. Il s'agit d'une enquête prospective, réalisée auprès de 338 infirmiers libéraux sur l'ensemble du territoire national du 13 au 21 juin 2022.

Les résultats ont montré que les infirmières libérales étaient des professionnelles expérimentées, et qu'elles exercent en majorité sans présence médicale au sein de leur structure. Elles rencontrent fréquemment des patients douloureux en postopératoire, et si elles sont entraînées à l'évaluation de la douleur, elles semblent avoir besoin d'être accompagnées davantage dans la prise en charge du patient douloureux, pour qui elles sont le premier interlocuteur. A l'issue de leurs réactions, il apparaît qu'elles sont également intéressées pour se former sur le thème de la douleur.

D'après les réponses des infirmières interrogées, il apparaît primordial d'améliorer la communication et la collaboration entre l'hôpital et les soins à domicile afin d'assurer une gestion optimale de la douleur postopératoire. De nombreuses actions sont déjà effectuées en ce sens d'un point de vue global. Néanmoins, au sujet de la prise en charge de la douleur, il semblerait que les acteurs de ville aient encore besoin de soutien pour se sentir à l'aise et permettre une prise en charge efficiente des patients. De plus, il est mis en évidence une absence de valorisation de la prise en charge de la douleur, en termes de cotation, qui ne permet pas de reconnaître la compétence de l'infirmière libérale à ce sujet.

Le développement de formations spécifiques pour les infirmières à domicile et la création de protocoles de gestion de la douleur adaptés à ce contexte ainsi que le renforcement du lien entre la ville et l'hôpital sont des propositions émanant des réponses obtenues.



SPC_03.1 - Efficacité, tolérance et sécurité d'emploi d'OnabotulinumtoxinA pour le traitement de la migraine chronique chez les patients en surconsommation de traitements de crise : Analyse des études PREEMPT et COMPEL

R. Agosti 1, A. Straube 2, H.C. Diener 3, M. Freeman 4, J.P. Gomez 5, M. Seminerio 6, L. Delahaye 7, C. Lucas 8, R. Stark 9

1 Kopfwehrzentrum Hirslanden - Zurich (Switzerland), 2 Ludwig Maximilian Universität De Munich - Munich (Germany), 3 Universität De Duisburg-Essen - Essen (Germany), 4 Headache Wellness Center, Greensboro - Greensboro (United States), 5 Hospital Universitario Marqués De Valdecilla And Idival - Santander (Spain), 6 Abbvie - North Chicago (United States), 7 Abbvie - Rungis (France), 8 Chu De Lille - Lille (France), 9 Hôpital Alfred Et Université Monash - Melbourne (Australia)

Résumé

Objectif : Evaluer l'efficacité, la tolérance et la sécurité d'emploi d'OnabotulinumtoxinA (OnabotA) chez des patients traités pour migraine chronique (MC) avec ou sans surconsommation de traitements de crise (STC).

Méthodes : Analyse des données de patients avec MC traités par OnabotA avec ou sans STC au cours de l'étude COMPEL, étude de phase 4, avec un seul bras de traitement (NCT01516892) et PREEMPT, étude de phase 3, contrôlée versus placebo (PBO) (NCT00156910, NCT00168428). Selon l'ICHD, la STC était définie comme la prise de médicaments de la crise ≥ 2 fois/semaine à n'importe quelle semaine au cours de la phase de sélection. Les patients recevaient OnabotA toutes les 12 semaines pendant 108 semaines (COMPEL) et 56 semaines (PREEMPT). Dans PREEMPT, les patients placebo recevaient OnabotA à partir de la semaine 24. L'efficacité était évaluée par le nombre moyen de jours avec céphalées (JCM), le score Headache Impact Test (HIT-6) et le score MSQ (domaine de la fonction restrictive). La tolérance et la sécurité d'emploi étaient rapportées avec la collecte des événements indésirables (EI).

Résultats : Le critère de STC était rapporté chez 65% (n=904/1384) des patients de PREEMPT (OnabotA: n=445, PBO: 459) et 64% (n=456/715) des patients de COMPEL (STC: n=456, sans SMC: n=259). Dans PREEMPT, OnabotA a réduit les JCM (vs placebo) à la semaine 24 chez les patients avec STC (moyenne: -8,2 vs. -6.2, $P < 0,001$) et sans (-8,8 vs. -7,3, $P = 0,019$). OnabotA a réduit les JCM modérées/sévères chez les patients avec SMC MO ($P < 0,001$) et sans ($P = 0,008$). L'impact sévère (HIT-6) a été reporté chez moins de patients avec STC versus placebo à S24 ($P < 0,001$) et sans STC ($P = 0,027$). Le score MSQ était amélioré vs PBO à S24 ($P < 0,001$) et sans ($P < 0,001$). Dans COMPEL, les améliorations ne sont pas différentes entre les patients avec et sans STC: JCM (moyenne: -10,6 vs -11,0, $P = 0,397$), JCM modérées/sévères ($P = 0,573$) et le score HIT-6 ($P = 0,644$) à S108. Les EI étaient de fréquence similaire entre patients avec STC (27%) ou sans (26%) et étaient conformes à ceux du profil de sécurité d'OnabotA dans la MC.

Conclusion : Dans cette analyse post-hoc, les patients avec MC et STC traités par OnabotA répondaient de manière similaire à ceux sans STC avec un profil de tolérance similaire.



SPC_03.2 - Optimisation de la prise en charge de l'ostéoporose après repérage patients traités par vertébroplastie non néoplasique: expérience strasbourgeoise Parcours Osméthodes d'analyse et de suivi.

R.M. Javier 1, E. Sebbag 1, I. Bastian 1, L. Dumas 1, J. Garnon 2, A. Gangi 2

1 Rhumatologie - Strasbourg (France), 2 Imagerie Interventionnelle - Strasbourg (France)

Résumé

Seules 7,3% des fractures ostéoporotiques sévères sont traitées malgré l'augmentation de la mortalité. Ceci est observé après cimentoplastie à visée antalgique pour fracture vertébrale aiguë hyperalgique.

L'objectif de cette démarche collaborative a été de créer une synchronisation entre radiologie interventionnelle et filière Parcours Os de rhumatologie afin d'améliorer la prise en charge anti-ostéoporotique précoce dans les 3 premiers mois des patients traités par vertébroplastie, en repérant les ostéoporotiques non traités.

Cette alliance et co-construction avec plusieurs réunions avec le service d'Imagerie Interventionnelle ont permis

1. la remise d'une lettre spécifique Parcours Os à chaque convocation avant le geste de cimentoplastie pour une fracture vertébrale d'allure ostéoporotique afin de sensibiliser les patients qui pourront parler du mot ostéoporose lors du geste et comprendre qu'il s'agit d'une maladie à traiter en plus de la vertébroplastie.

2. chaque semaine, leur cadre infirmier nous envoie la liste des patients avec cimentoplastie hors tumeur nous permettant d'étudier les dossiers

Résultats : De 09/2022 à 09/2023, 147 patients avec cimentoplastie pour fracture vertébrale non néoplasique nous ont été signalés par l'équipe d'Imagerie Interventionnelle. Tous les dossiers ont été analysés par un rhumatologue puis contactés par notre infirmière de coordination (5 impossibles à contacter). Cinquante-trois étaient déjà suivis par un rhumatologue en ambulatoire et n'ont pas été vus. 42 ont pu être vus en consultation dédiée à l'ostéoporose avec bilan et instauration d'un traitement. Pour les patients résidant loin en Alsace ou avec un important handicap, un partenariat amical avec les rhumatologues libéraux et hospitaliers de Sélestat, Saverne, Mulhouse, leur a permis d'être pris en charge à proximité avec succès. Pour les patients non joignables, un courrier explicatif a été envoyé aux médecins généralistes avec des propositions thérapeutiques.

Par ailleurs, de nombreux patients ou aidants nous ont sollicité directement, nos coordonnées figurant sur le courrier remis.

Discussion et conclusion

Pour l'ostéoporose, la méta-analyse Cochrane de 2018 et la Task Force américaine de 2019 concluent que l'utilisation en routine de la vertébroplastie n'est pas étayée par les preuves scientifiques mais est à envisager précocement dans les formes graves surtout si la fracture vertébrale siège à la charnière thoracolombaire en cas de rachialgies intenses par fracture vertébrale récente avec hospitalisation et alitement prolongé. Elle doit être associée à un traitement spécifique précoce de cette ostéoporose afin d'éviter les récives (x 5 la première année). Cette alliance et co-construction avec le service



d'Imagerie Interventionnelle a permis de faciliter le diagnostic d'OP et l'instauration avant 3 mois d'un traitement anti-ostéoporotique pour plus de 2/3 des patients après cimentoplastie, nous incitant à promouvoir la diffusion de cette démarche.

Bibliographie

Roux C. Refracture and mortality following hospitalization for severe osteoporotic fractures: The Fractos Study JBMR Plus 2021;

Svensson HK. A painful, never ending story: older women's experiences of living with an osteoporotic vertebral compression fracture. Osteoporos Int 2016

Wu CH Fracture liaison services improve outcomes of patients with osteoporosis-related fractures, Osteoporos Int 2018 et Bone 2018;

Roux C, Cortet B, Bousson V, Thomas T. Vertebroplasty for osteoporotic vertebral fracture RMD Open. 2021 Jun;7(2):e001655. doi: 10.1136/rmdopen-2021-001655.



SPC_03.3 - Médecin de la douleur en cabinet de ville : un maillon du parcours de soin ?

F. Van De Velde 1, B. Richard 1

1 Psychopole - Challes Les Eaux (France)

Résumé

Contexte : La médecine de la douleur chronique est exercée majoritairement en France en institution de soin publique et privée compte tenu de son mode de financement par dotation et de la nécessité d'un travail en équipe pluridisciplinaire qui est plus aisé en institution. Elle est très rarement exercée en cabinet libéral de ville. Il n'existe pas de cotation de la consultation douleur dans la convention avec l'assurance maladie [1], pour un acte qui est long et complexe et il n'existe que très peu d'infirmières ressource douleur exerçant en libéral compte tenu de l'absence d'actes dédiés [2]. Les recommandations HAS de 2023 sur le parcours du patient douloureux chronique [3] n'évoque pas l'existence de ces rares « algologues de ville » qui ne sont pas recensés officiellement, le niveau 2 étant directement le recours au SDC (Les consultations et les centres d'évaluation et de traitement de la douleur chronique).

Méthode : Nous analysons dans cet article le cas d'une installation en algologie libérale d'un médecin généraliste algologue sur les trois premières années d'exercice, au sein d'un cabinet de groupe avec psychiatres et psychologues. Nous observons le profil des patients adressés et des médecins adresseurs, comment la pluridisciplinarité a pu être mise en place, le réseau élaboré entre ville et hôpital et le lien avec les structures douleur référente et régionales, notamment en terme de réunions de concertation pluridisciplinaire, de recours aux techniques spécifiques comme les patchs de capsaïcine, la Kétamine ou la toxine botulique, et d'intégration des patients aux programmes d'éducation thérapeutique hospitaliers. Nous interrogeons le modèle économique choisi pour permettre la pérennité de l'activité. Nous analysons enfin les écueils et limites principales de ce type d'exercice.

Résultats : (Tableaux en cours)

Conclusion : La consultation douleur chronique en cabinet libéral non institutionnel est une offre de soins permettant d'offrir un premier niveau de prise en charge souple et réactif, ancré dans le réseau de soin. La pluridisciplinarité reste insuffisante et le modèle économique délicat, l'installation en maison de santé pluriprofessionnelle semblant le plus pertinent. Il est nécessaire que cette activité soit reconnue par l'assurance maladie, l'HAS, les sociétés savantes et l'ordre des médecins pour permettre son développement et une meilleure intégration, qui permettrait de désengorger les centres de la douleur en tant que possible maillon de recours en niveau 1.

Bibliographie

[1]: Se libérer de la douleur avec une vraie spécialité, moins de molécules et plus de pratique libérale, M. Lévêque, in Le Monde, septembre 2023

[2] : Le suivi du patient douloureux chronique par l'infirmière libérale, Yseult Arlen, Soins, Vol 62 - N° 815 - mai 2017

[3] : Parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique, Haute Autorité de Santé, février 2023





SPC_03.4 - Un parcours de soins pour les enfants douloureux

M. Mestiri 1, B.A.R.B.A. Tourniaire 1, J. Malek 1, P.E. Truelle 1, S. Dugue 1, C. Bouchart 1, J. Andreu Gallien 1

1 Hôpital Trousseau, Paris

Résumé

Avant le premier RDV de consultation, nous adressons depuis toujours aux familles un questionnaire nous permettant de saisir au mieux la situation et d'adapter le délai et le(s) professionnel(s) qui recevront la famille. Souvent les courriers des médecins étaient peu informatifs. Dans ces situations complexes de douleurs chroniques, les médecins et pédiatres libéraux peuvent se sentir démunis et adresser rapidement en consultation douleur ou après de longs bilans suite auxquels il restent parfois en dehors du parcours de soins des patients une fois adressés. Certains connaissent insuffisamment les structures douleur pédiatriques, leur fonctionnement et leurs projets thérapeutiques.

Depuis l'épidémie de COVID, nous faisons face à une augmentation majeure des demandes de consultations, entraînant des délais d'attente qui ont pu aller jusqu'à 9 mois en 2023.

Les questionnaires patients permettent d'identifier un niveau de soins:

- niveau 1: besoin d'un avis spécialisé ponctuel (par exemple, poser ou confirmer un diagnostic de migraine chez un enfant non descolarisé et sans comorbidité importante)
- niveau 2: besoin d'un avis spécialisé et de soins coordonnés mais des ressources de proximité et familiales sont identifiables (par exemple une douleur récurrente ou chronique sans trop d'absences scolaires et avec une famille disposant des ressources pour des soins en libéral)
- niveau 3: besoin d'une équipe pluri-professionnelle (toutes les situations complexes, les absentéismes scolaires importants, les intrications avec des éléments émotionnels individuels ou familiaux, les douleurs très anciennes, les abus médicamenteux...)

Pour améliorer le parcours de soins de ces enfants et adolescents et avons:

- complété le questionnaire famille
- créé un questionnaire pour le médecin libéral, avec des questions simples devenant aussi un outil l'aidant à décrire le type de douleur, son ancienneté, sa localisation, ses hypothèses diagnostiques et ses besoins par rapport au patient
- identifié un réseau de professionnels formés à la douleur de l'enfant en libéral
- réadressé systématiquement l'enfant au plus proche de son domicile si une consultation ou un professionnel de proximité pouvaient être localisés et si ces niveaux de soins semblaient adaptés à la situation décrite
- adressé au réseau LCD (Lutte contre la Douleur) les situations "simples" qui pourraient bénéficier d'une consultation spécialisée pédiatrique sur place (sans prescription) puis du relai avec contact avec le médecin traitant pour la prescription et le suivi
- initié des primo-consultations d'Infirmière de Pratiques Avancées

Ce parcours, tous ces outils ainsi que les résultats observés seront décrits. Ce travail de tri des demandes de consultations ainsi que de liens avec un réseau de professionnels,



permettant aussi des avis ponctuels en centre pluri-professionnel si besoin, des échanges permanents...est très chronophage, mal valorisé, mais primordial pour un parcours adapté et optimal.

Notre réflexion s'est tenue dans le même temps qu'était élaboré le travail de l'HAS (1), dont nous tiendrons aussi compte à l'avenir.

Bibliographie

Parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique. Recommandations de Bonne Pratique. 2023.



SPC_03.5 - Prévalence du syndrome de l'intestin irritable chez les patients suivis en structure douleur chronique

B. Braquet 1, C.A. Rimlinger 1, S. Rochat 1

1 Pain Clinic / Chl - Luxembourg (Luxembourg)

Résumé

Contexte : Le Syndrome de l'Intestin Irritable est un motif fréquent de consultation et d'études épidémiologiques en gastro-entérologie. On estime que ces troubles digestifs caractéristiques toucheraient entre 5 à 10 % des individus en population générale, avec un impact majeur sur leur qualité de vie [1,2,3]. L'origine ethnique, le sexe, ou encore le stress et l'anxiété semblent influencer sur cette prévalence [1,4,5]. En revanche, aucune donnée chez les patients suivis en Structure Douleur Chronique. Nous nous sommes donc intéressés à le dépister chez nos patients.

Méthode : C'est une étude quantitative transversale descriptive incluant les patients pris en charge au Centre de Traitement de la Douleur du Centre Hospitalier de Luxembourg, de mars à août 2024. Dans le cadre des consultations programmées dans notre service, une équipe pluridisciplinaire constituée d'un médecin, d'un infirmier et d'une diététicienne, a administré un questionnaire aux patients suivis. Nous avons cherché à évaluer la prévalence du syndrome de l'intestin irritable en recherchant les critères de Rome IV, et comparer son retentissement par rapport à celui du motif initial de prise en charge dans le service, complété par les mesures anthropométriques et le niveau d'activité physique.

Résultats : Après 2 mois de collecte de données, 115 patients ont déjà été inclus. Nous espérons intégrer un total de 300 à 350 patients pour présenter nos résultats.

Objectifs et perspectives : Même s'il est peu souvent un motif de consultation initial dans nos structures, nos premiers résultats semblent confirmer une prévalence accrue du syndrome de l'intestin irritable chez les patients douloureux chroniques par rapport à la population générale. Il nous semble important de sensibiliser les soignants à son dépistage et à encourager les structures douleur à développer leur programme de prise en charge pour ce syndrome en profitant de leur culture multimodale et pluriprofessionnelle.

Bibliographie

- [1] Irritable bowel syndrome: Epidemiology, overlap disorders, pathophysiology and treatment. Kai-Yue Huang et al. World J Gastroenterol. 2023 Jul 14; 29(26): 4120–4135.
- [2] Prevalence and Burden of Illness of Rome IV Irritable Bowel Syndrome in the United States: Results From a Nationwide Cross-Sectional Study. Christopher V. Almario et al. Gastroenterology Volume 165, Issue 6, December 2023, Pages 1475-1487.
- [3] Irritable bowel syndrome. Prof Alexander C Ford MD et al. The Lancet. Volume 396, Issue 10263, 21–27 November 2020, Pages 1675-1688.
- [4] The Prevalence, Humanistic Burden, and Health Care Impact of Irritable Bowel Syndrome Among United States Veterans. Andrea Shin et al. Clinical Gastroenterology and Hepatology. Volume 21, Issue 4, April 2023, Pages 1061-1069.e1.
- [5] Sex- and gender-related differences in the prevalence and burden of disorders of gut-brain interaction in Poland. Agata Mulak et al. Neurogastroenterol Motil. 2023 Jun;35(6):e14568.



C_04.2 - Les effets bénéfiques de la musicothérapie sur la douleur et l'anxiété des enfants en dialyse pédiatrique : une approche intégrative.

R. Rodriguez 1, C. Bevis 1

1 Chu Montpellier - Montpellier (France)

Résumé

A travers différentes interventions sur le CHU de Montpellier, en partenariat avec l'équipe d'algologie pédiatrique, nous avons voulu explorer les effets positifs de la musicothérapie sur la douleur et l'anxiété chez les enfants en dialyse pédiatrique [1][3]. En mettant l'accent sur une approche intégrative, nous examinons comment la musicothérapie peut améliorer le bien-être global des jeunes patients confrontés à des défis médicaux complexes notamment des soins douloureux itératifs dans un contexte de maladie chronique [4].

Nous discutons des mécanismes physiologiques et neuropsychologiques sous-jacents à ces effets bénéfiques, en mettant en lumière l'influence de la musicothérapie sur les réponses physiologiques au stress ainsi que sur les fonctions exécutives telles que l'attention, la planification et l'inhibition.[3]

À travers des exemples concrets et des études de cas, nous pouvons illustrer comment la musicothérapie peut offrir un espace de soulagement et de réconfort aux enfants en dialyse pédiatrique, les aidant à faire face à la douleur et à l'anxiété de manière holistique. Enfin, nous explorons les implications pratiques de ces découvertes pour les professionnels de la santé et proposons des pistes pour une intégration plus large de la musicothérapie dans les soins pédiatriques.[4]

Ce poster a pour objectif de sensibiliser à l'importance de la musicothérapie comme outil complémentaire dans la prise en charge des enfants en dialyse pédiatrique, tout en soulignant ses multiples bienfaits pour leur bien-être émotionnel et psychologique.

Bibliographie

- [1]Caprilli S, Anastasi F, Lauro Grotto RP, Scollo Abet Mi, Messeri A
Interactive music as a treatment for pain and stress in children during venipuncture: a randomized prospective study
J Dev Behav Pediatr. 2007 Oct;28(5):399-403.
- [2]Johnson AA, Berry A, Bradley M, Daniell JA, Lugo C, Kristin Schaum-Comegys K, Villamero C, Williams K, Yi H, Scala E, Whalen M
Examining the Effects of Music-Based Interventions on Pain and Anxiety in Hospitalized Children: An Integrative Review
Journal of Pediatric Nursing Volume 60, September–October 2021, Pages 71-76
- [3]Silletti A, Guzzo I, Mastrolorenzo A, Piga S, Ciofi Degli Atti M, Grimaldi Capitello T
Effects of live music during hemodialysis treatments in pediatric patients
J Nephrol. 2023 Sep;36(7):2071-2079.
- [4]Stegemann T, Geretsegger M, Phan Quoc E, Riedl H, Smetana M
Music Therapy and Other Music-Based Interventions in Pediatric Health Care: An Overview
Medicines (Basel) . 2019 Feb 14;6(1):25.



SPC_04.3 - Mise en place et faisabilité de groupes de thérapie basée sur la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) pour des patientes ayant une endométriose et des douleurs pelvi-périnéales chroniques: une expérience pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire.

I. Berkelmans 1, A. Menet 1, K. Nyangoh Timoh 2, C. Durand 2, M. Roblin 1, E. Charles 1, O. Zampatti 1

1 Cetu Chu De Rennes - Rennes (France), 2 Service De Gynécologie Chu De Rennes - Rennes (France)

Résumé

Introduction: la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) fait partie de la 3^e vague des thérapies comportementales et cognitives (TCC)[1]. Son objectif est de modifier la relation du sujet à son symptôme, et d'améliorer la flexibilité psychologique. Le travail thérapeutique se fait autour de six axes (Hexaflex): défusion cognitive et accueil des émotions et sensations (ouverture à l'expérience), contact avec l'instant présent et soi observateur (instant présent), clarification des valeurs et actions vers les valeurs (action engagée). ACT a montré son bénéfice en cas de douleur chronique, sur la réduction de la dépression, de l'anxiété, du catastrophisme, et sur l'amélioration de l'acceptation de la douleur, de la flexibilité psychologique et du fonctionnement [2,3]. Peu d'études ont été effectuées pour les patientes ayant une endométriose [4,5]. Objectifs: mettre en place un programme de thérapie de groupe, basée sur ACT, pour les patientes ayant une endométriose et des douleurs pelviennes chroniques. L'objectif initial était d'évaluer la faisabilité pratique de ce programme. Méthodes: Le programme comporte 12 ateliers, avec des ateliers de psychoéducation (douleur chronique, anatomie du pelvis et endométriose, nutrition, activité physique), et de thérapie ACT/TCC: pensées et émotions (acceptation et défusion) , lutter contre...ou aller vers soi, les valeurs et ressources, comment me mettre en action (action engagée), j'observe et j'accueille (instant présent, ouverture à l'expérience), accompagner quelqu'un qui souffre, et la sexualité (avec les partenaires). Chaque session comporte des exercices en séances, des métaphores, et des prescriptions de tâches entre les ateliers. L'équipe comporte le promoteur du programme (Dr Berkelmans, thérapeute ACT), les psychologues du service formés en TCC et en cours de formation ACT, les gynécologues et sexologue (anatomie, sexualité), une IDE algologue et un médecin rééducateur algologue (Dr Menet). Il s'agit de petits groupes de 4 à 5 patientes garantissant un espace de parole à chacune. Chaque patiente est vue en consultation individuelle en amont pour évaluer son éligibilité, et 1 mois après la fin du programme (Dr Berkelmans). Sont éligibles les patientes ayant une fusion cognitive et des comportements de lutte et d'évitements importants. Sont exclues les patientes ayant des maladies psychiatriques sévères ou ne souhaitant pas travailler en groupe. Résultats: notre expérience confirme la faisabilité d'un programme de thérapie ACT en groupe pour ces patientes. Les patientes vues pour l'instant 1 mois après conservent leurs apprentissages et continuent de faire des exercices chez elles. La limite est la difficulté à inclure les patientes, du fait de conflits d'agenda. L'originalité de ce programme consiste en sa pluridisciplinarité, pluriprofessionnalité, et dimension intégrative. L'objectif futur est d'évaluer ce programme à l'aide de questionnaires spécifiques, avant, 1 mois après, et 6 mois après.



Bibliographie

- [1] Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*. 2004;35(4):639-665.
- [2] Martinez-Calderon J, Garcia-Munoz C, Rufo-Barbero C, et al. Acceptance and Commitment therapy for chronic pain: an overview of systematic reviews with meta-analysis of randomized clinical trials. *J Pain*. 2024;25(3):595-617.
- [3] Lai L, Liu Y, Mc Craken LM, et al. The efficacy of acceptance and commitment therapy for chronic pain: a three-level meta-analysis and a trial sequential analysis of randomized controlled trials. *Behav Res Ther*. 2023;165:104308.
- [4] Donatti L, Malvezzi H, Azevedo BC, et al. Cognitive behavioral therapy in endometriosis, psychological based intervention: a systematic review. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2022;44(3):295-303.
- [5] Samami E, Shahhosseini Z, Khani S, et al. Pain-focused psychological interventions in women with endometriosis: a systematic review. *Neuropsychopharmacol Rep*. 2023;43(3):310-319.



SPC_04.4 - Retour des patients douloureux chroniques ayant bénéficié d'un programme d'activité physique adaptée dans le cadre du sport sur ordonnance

S. Robelot 1, C. Michel-Dhaine 2, A. Frey 1, A. Nedelec Jaffuel 1

1 Chi Poissy/saint Germain - Saint-Germain-En-Laye (France), 2 Chi Meulan-Les Mureaux - Les Mureaux (France)

Résumé

Introduction : Selon Walsh et al. [1], une personne sur trois serait amenée à vivre un épisode de douleur chronique au cours de sa vie. Celle-ci a des retentissements multiples sur la vie du patient et est souvent à l'origine d'une baisse de sa qualité de vie (impact familial, social et professionnel) [2,3]. De plus en plus de solutions non médicamenteuses sont proposées (acupuncture, hypnose, relaxation, activité physique, TENS, psychothérapie, mésothérapie...). Parmi celles-ci, l'activité physique occupe une place importante puisqu'elle a été reconnue comme traitement de première intention [4]. Depuis la loi de modernisation du système de santé de 2016, complétée par celle du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport, l'activité physique adaptée (APA) peut être prescrite par un médecin généraliste ou spécialiste dans le cadre d'une pathologie chronique, d'un facteur de risque ou d'une perte d'autonomie. Méthodologie : Nous nous sommes donc intéressés à l'impact qu'un programme d'APA pouvait avoir sur des patients douloureux chroniques. Cette étude monocentrique rétrospective a été menée au sein d'un service hospitalier de médecine du sport, reconnu Maison Sport Santé et Centre Prescri'forme (programme sport-santé francilien). Elle se base sur une auto-évaluation par les patients douloureux ayant bénéficié de séances d'APA sur prescription médicale. Un formulaire en ligne leur a été envoyé par mail. 109 patients ont répondu. Résultats : L'intensité de la douleur ressentie avant de débiter l'APA était évaluée majoritairement avec une évaluation numérique à 7/10. La plupart des patients ont suivi plus de 10 séances. Post-programme, 80% des patients ont constaté une diminution de leurs douleurs. Parmi eux, certains ont d'abord ressenti une amplification de leurs douleurs, puis diminution de celles-ci. Sur le plan médicamenteux, plus de la moitié des patients (54%) a diminué sa prise d'antalgiques. A travers le score de l'impression clinique globale du changement (PGIC), les patients ont déclaré que leur état de santé s'était légèrement (44%), fortement (37%), très fortement (13%) amélioré. En outre, l'APA a eu des retentissements positifs sur : la condition physique, l'humeur générale, le lien social, la confiance et l'estime de soi, le stress et l'anxiété, le sommeil, l'attention et la concentration... autant de paramètres pouvant influencer la perception de la douleur chronique [3]. Conclusion : Pour J.A. Markenson [3], "une thérapie efficace (pour la douleur chronique) ne doit pas seulement viser à réduire ou éliminer la cause de la douleur, mais également à réhabiliter le patient physiquement, socialement et psychologiquement". L'activité physique adaptée répond pleinement à cette recommandation et devrait, lorsque cela est possible, être systématiquement introduite dans le parcours de soin du patient douloureux chronique.

Bibliographie



- [1] Walsh, S., Moseley, G. L., Gray, R., Gillam, M., Gunn, K. M., Barker, T., Tran, K., Eshetie, T., & Jones, M. (2022). Use of behavioural activation to manage pain : a systematic scoping review. *BMJ Open*, 12(6), e056404. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056404>
- [2] King, K. P., & Estill, O. (2019). Exercise as a Treatment for Chronic Pain. *ACSM's Health & Fitness Journal*, 23(2), 36-40. <https://doi.org/10.1249/fit.0000000000000461>
- [3] Markenson, J. A. (1996). Mechanisms of chronic pain. *The American Journal Of Medicine*, 101, S6-S18. [https://doi.org/10.1016/s0002-9343\(96\)00133-7](https://doi.org/10.1016/s0002-9343(96)00133-7)
- [4] National Institute for Health and Care Excellence (2020). Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain.



SPC_04.5 - Intérêt d'un atelier d'activité adapté à destination des patients consultant en Centre d'Évaluation et Traitement de la Douleur

A.P. Trouvin 1, C. Poutchnine 2, D. Vacher 3, F. Laroche 4, S. Perrot 1

1 Cetd, Hôpital Cochin - Paris (France), 2 Cetd, Hôpital Cochin ; Cetd, Hôpital Saint Antoine - Paris (France), 3 Andar - Paris (France), 4 Cetd, Hôpital Saint Antoine - Paris (France)

Résumé

Introduction

L'activité physique permet une diminution de l'intensité douloureuse¹, mais aussi une amélioration de nombreuses dimensions de la qualité de vie. Cet élément est indispensable à la prise en charge de la douleur chronique mais peu de patients sont motivés et investissent cette proposition habituelle dans les consultations de douleur chronique.

Objectifs

L'objectif de cette étude est de démontrer l'intérêt et la faisabilité de l'introduction d'un atelier d'activité physique adapté (APA) pour les patients suivis pour douleur chronique et notamment atteints de maladies rhumatologiques

Méthodes

Les patients suivis pour douleurs chroniques au sein des Centres d'Études et Traitement de la Douleur des hôpitaux de Cochin (Paris) et Saint Antoine (Paris) se voient proposer un cycle de 5 séances d'activité physique adaptée d'une heure chacune. Une évaluation de l'intensité douloureuse et une évaluation de la qualité de vie sera réalisée avant et après la fin du cycle. La satisfaction des patients sera recueillie. A 3 mois de la fin du cycle d'APA il sera recueilli l'investissement et la mise en pratique d'activité physique par les patients. Le programme sera également adapté aux besoins et aux capacités physiques des patients.

Résultats

A ce stade les premiers groupes sont en cours de cycle d'APA, les résultats seront disponibles pour le mois de novembre 2024.

Un programme standardisé avec individualisation possible sera défini, à développer dans d'autres structures de douleur chronique, pour les patients atteints de maladies rhumatologiques mais aussi plus largement pour tous les patients douloureux chroniques.

Bibliographie

1- Geneen LJ, et al. Cochrane Database Syst Rev. 2017



Résumés sélectionnés en E poster

PO_01 - Sécurité, tolérance et efficacité à long terme de l'atogépant comme traitement préventif de la migraine : analyse intermédiaire de l'étude d'extension en ouvert de la tolérance à long terme, 156 semaines, d'une étude de phase 3 multicentrique

S. Ashina 1, M. Ashina 2, D. Holle-Lee 3, C. Tassorelli 4, S.J. Cho 5, M.Y. He 6, R. De Abreu Ferreira 6, J.H. Smith 7, K. Pflieger 7, C. Roos 8, J. Trugman 6

1 Bidmc Comprehensive Headache Center - Beth (Israel), 2 Université De Copenhague - Copenhague (Denmark), 3 Centre Ouest-Allemand Des Céphalées Et Des Vertiges D'essen - Essen (Germany), 4 Université De Pavie - Pavie (Italy), 5 Hôpital Du Sacré-Cœur De Dongtan - Hwaseong (Korea, Republic of), 6 Abbvie - Madison (United States), 7 Abbvie - North Chicago (United States), 8 Hôpital Lariboisière, Aphp - Paris (France)

Résumé

Objectif : Évaluer la sécurité et l'efficacité à long terme de l'atogépant en traitement préventif de la migraine.

Rationnel : L'atogépant est un antagoniste du récepteur du peptide lié au gène de la calcitonine administré par voie orale, approuvé pour le traitement préventif de la migraine. ELEVATE et PROGRESS étaient des essais de phase 3, randomisés, en double aveugle, contrôlés par placebo évaluant l'atogépant pour le traitement préventif de la migraine épisodique (ME) chez les participants ayant une réponse inadéquate à 2 à 4 classes de traitement préventif oral conventionnel (ELEVATE), et pour le traitement préventif de la migraine chronique (MC) (PROGRESS).

Méthode : Cette analyse intermédiaire (14 septembre 2023) de l'étude d'extension en ouvert, de la tolérance à long terme, 156 semaines, a évalué l'atogépant 60 mg une fois par jour comme traitement préventif de la ME ou de la MC chez les participants ayant terminé ELEVATE ou PROGRESS, respectivement. La sécurité, la tolérance et l'efficacité à long terme de l'atogépant chez les participants ayant terminé la semaine 48 ou ayant arrêté prématurément leur traitement ont été évaluées. L'efficacité a été évaluée au cours des 48 premières semaines.

Résultats: La population dans cette analyse intermédiaire de sécurité comprenait 595 participants (ELEVATE, n = 270 ; PROGRESS, n=325). La durée moyenne d'exposition à l'atogépant était de 496,5 jours. Des événements indésirables liés au traitement (EI) sont survenus chez 79,0 % des participants ; la plupart étaient légers ou modérés et n'étaient pas liées à l'atogépant. Les effets indésirables les plus courants (≥ 5 %) étaient la COVID-19 (28,7%), les rhinopharyngites (10,9%) et la constipation (8,2%). Un décès attribué à une asphyxie par incendie domestique a été observé. Les autres EI graves sont survenus chez 5,5 % des participants et n'étaient pas liés à l'atogépant. Les EI conduisant à l'arrêt du traitement sont survenus chez 5,9 % des participants. Des taux d'ALAT/ASAT ≥ 3 x des valeurs normales ont été observés chez 2 participants ; aucun ne répondait à la loi de Hy. La variation moyenne des jours de migraine mensuels par rapport à la période de référence selon la méthode des moindres carrés était de -5,5 (ELEVATE) et de -10,9 (PROGRESS) aux semaines 13 à 16 et s'est maintenue pendant 48 semaines. Des résultats similaires ont été observés pour le nombre de jours mensuels de céphalées, ainsi que pour l'utilisation des traitements de crise.



Conclusion : L'ensemble des résultats de tolérance était conforme au profil de sécurité connu de l'atogépanit. Aucun nouveau signal de sécurité n'a été identifié. L'amélioration jugée sur les critères d'efficacité s'est maintenue pendant 48 semaines.



PO_02 - Efficacité de l'éthosuximide sur les douleurs abdominales liées au syndrome de l'intestin irritable

N. Kerckhove 1, C. Melchior 2, M. Chambaz 3, F. Zerbib 4, F. Mion 5, S. Roman 5, F. Goutorbe 6, B. Coffin 7, H. Duboc 7, T. Piche 8, B. Pereira 1, C. Duale 1, M. Dapoigny 1, J. Scanzi 1

1 Chu Clermont-Ferrand - Clermont Ferrand (France), 2 Chu Rouen - Rouen (France), 3 Chu Rennes - Rennes (France), 4 Chu Bordeaux - Bordeaux (France), 5 Hospices Civils Lyon - Lyon (France), 6 Ch Cote Basque - Bayonne (France), 7 Ap-Hp Louis Mourier - Paris (France), 8 Chu Nice - Nice (France)

Résumé

Introduction

Le syndrome de l'intestin irritable (SII) se caractérise par l'association de douleurs abdominales chroniques et de troubles du transit intestinal en l'absence de maladie organique identifiable. Il s'agit du premier motif de consultation en gastro-entérologie, avec une prévalence estimée à 10-15 % dans les pays industrialisés. Sa chronicité a un impact profond sur la qualité de vie du patient et entraîne des dépenses de santé considérables. Les traitements médicaux actuels restent peu efficaces, ce qui en fait un problème de santé publique. Des études récentes ont montré un rôle pronociceptif des canaux de type T dans les douleurs abdominales. Ainsi, l'objectif de cette étude (IBSET) était d'évaluer le potentiel thérapeutique de l'éthosuximide, un antiépileptique et inhibiteur des canaux de type T, sur l'intensité des douleurs abdominales de patients souffrant de SII.

Méthodes

L'étude IBSET est une étude de preuve de concept randomisée, contrôlée, parallèle, en double aveugle et multicentrique. Il s'agit du premier essai clinique évaluant l'efficacité et la sécurité de l'éthosuximide sur les douleurs abdominales liées au SII. Tous adultes souffrant de SII et rapportant des douleurs abdominales (intensité $\geq 4/10$) depuis au moins 3 mois ont été inclus dans l'étude. Il été prévu d'inclure 170 patients pour recevoir soit l'éthosuximide, soit un placebo pendant 12 semaines. Le critère d'évaluation principal est le taux de répondeurs (réduction de la douleur $\geq 30\%$ associé à un score d'évaluation globale du soulagement par le sujet $\geq 4/5$).

Résultats principaux et conclusion

161 patients ont été inclus et 124 randomisés (64 éthosuximide et 60 placebo, population ITT) entre 2018 et 2022. Parmi les 2 groupes, 28 patients ont terminé leur traitement dans le groupe éthosuximide (44%, 18 sorties pour EI et 18 pour déviation majeure) contre 41 dans le groupe placebo (68%, 12 sorties pour EI et 7 pour déviation majeure), ce qui représente notre population PP. L'analyse en ITT n'a pas montré de différence statistique de taux de répondeurs entre les 2 groupes (23.4% pour l'éthosuximide et 16.7% pour le placebo, $p=0.47$). L'analyse en PP a montré une différence statistique et clinique entre les 2 groupes avec un taux de répondeur plus important dans le bras éthosuximide (55.6%) comparé au placebo (24.4, $p=0.019$).

En conclusion, du fait de l'absence d'efficacité supérieure à celle du placebo (analyse ITT), l'utilisation de l'éthosuximide n'est pas recommandée en traitement de première intention pour les douleurs liées au SII. Néanmoins, du fait de l'absence de traitement antidouleur recommandé pour le SII, l'éthosuximide reste une alternative thérapeutique



intéressante, notamment pour les patients le tolérant (analyse PP avec un nnt à 3.2). Notre étude met également en lumière l'intérêt clinique de développer des antagonistes des canaux de type T plus spécifiques pour améliorer la tolérance.

Bibliographie

Dapoigny M, Bellanger J, Bonaz B, et al. Irritable bowel syndrome in France: a common, debilitating and costly disorder. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2004;16:995–1001.

Piche T, Ducrotte P, Sabate JM, et al. Impact of functional bowel symptoms on quality of life and fatigue in quiescent Crohn disease and irritable bowel syndrome. *Neurogastroenterol Motil Off J Eur Gastrointest Motil Soc* 2010;22:626–e174. doi:10.1111/j.1365-2982.2010.01502.x

Scanzi J, Accarie A, Muller E, et al. Colonic overexpression of the T-type calcium channel Cav 3.2 in a mouse model of visceral hypersensitivity and in irritable bowel syndrome patients. *Neurogastroenterol Motil Off J Eur Gastrointest Motil Soc* Published Online First: 15 May 2016. doi:10.1111/nmo.12860

Marger F, Gelot A, Alloui A, et al. T-type calcium channels contribute to colonic hypersensitivity in a rat model of irritable bowel syndrome. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2011;108:11268–73. doi:10.1073/pnas.1100869108



PO_03 - La douleur chronique est un facteur de risque d'apparition de la maladie d'Alzheimer : étude de cohorte nationale à partir de données administratives (SNDS)

N. Kerckhove 1, C. Melchior 2, M. Chambaz 3, F. Zerbib 4, F. Mion 5, S. Roman 5, F. Goutorbe 6, B. Coffin 7, H. Duboc 7, T. Piche 8, B. Pereira 1, C. Duale 1, M. Dapoigny 1, J. Scanzi 1

1 Chu Clermont-Ferrand - Clermont Ferrand (France), 2 Chu Rouen - Rouen (France), 3 Chu Rennes - Rennes (France), 4 Chu Bordeaux - Bordeaux (France), 5 Hospices Civils Lyon - Lyon (France), 6 Ch Cote Basque - Bayonne (France), 7 Ap-Hp Louis Mourier - Paris (France), 8 Chu Nice - Nice (France)

Résumé

Introduction

Le syndrome de l'intestin irritable (SII) se caractérise par l'association de douleurs abdominales chroniques et de troubles du transit intestinal en l'absence de maladie organique identifiable. Il s'agit du premier motif de consultation en gastro-entérologie, avec une prévalence estimée à 10-15 % dans les pays industrialisés. Sa chronicité a un impact profond sur la qualité de vie du patient et entraîne des dépenses de santé considérables. Les traitements médicaux actuels restent peu efficaces, ce qui en fait un problème de santé publique. Des études récentes ont montré un rôle pronociceptif des canaux de type T dans les douleurs abdominales. Ainsi, l'objectif de cette étude (IBSET) était d'évaluer le potentiel thérapeutique de l'éthosuximide, un antiépileptique et inhibiteur des canaux de type T, sur l'intensité des douleurs abdominales de patients souffrant de SII.

Méthodes

L'étude IBSET est une étude de preuve de concept randomisée, contrôlée, parallèle, en double aveugle et multicentrique. Il s'agit du premier essai clinique évaluant l'efficacité et la sécurité de l'éthosuximide sur les douleurs abdominales liées au SII. Tous adultes souffrant de SII et rapportant des douleurs abdominales (intensité $\geq 4/10$) depuis au moins 3 mois ont été inclus dans l'étude. Il été prévu d'inclure 170 patients pour recevoir soit l'éthosuximide, soit un placebo pendant 12 semaines. Le critère d'évaluation principal est le taux de répondeurs (réduction de la douleur $\geq 30\%$ associé à un score d'évaluation globale du soulagement par le sujet $\geq 4/5$).

Résultats principaux et conclusion

161 patients ont été inclus et 124 randomisés (64 éthosuximide et 60 placebo, population ITT) entre 2018 et 2022. Parmi les 2 groupes, 28 patients ont terminé leur traitement dans le groupe éthosuximide (44%, 18 sorties pour EI et 18 pour déviation majeure) contre 41 dans le groupe placebo (68%, 12 sorties pour EI et 7 pour déviation majeure), ce qui représente notre population PP. L'analyse en ITT n'a pas montré de différence statistique de taux de répondeurs entre les 2 groupes (23.4% pour l'éthosuximide et 16.7% pour le placebo, $p=0.47$). L'analyse en PP a montré une différence statistique et clinique entre les 2 groupes avec un taux de répondeur plus important dans le bras éthosuximide (55.6%) comparé au placebo (24.4, $p=0.019$).

En conclusion, du fait de l'absence d'efficacité supérieure à celle du placebo (analyse ITT), l'utilisation de l'éthosuximide n'est pas recommandée en traitement de première intention pour les douleurs liées au SII. Néanmoins, du fait de l'absence de traitement antidouleur recommandé pour le SII, l'éthosuximide reste une alternative thérapeutique



intéressante, notamment pour les patients le tolérant (analyse PP avec un nnt à 3.2). Notre étude met également en lumière l'intérêt clinique de développer des antagonistes des canaux de type T plus spécifiques pour améliorer la tolérance.

Bibliographie

Dapigny M, Bellanger J, Bonaz B, et al. Irritable bowel syndrome in France: a common, debilitating and costly disorder. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2004;16:995–1001.

Piche T, Ducrotte P, Sabate JM, et al. Impact of functional bowel symptoms on quality of life and fatigue in quiescent Crohn disease and irritable bowel syndrome. *Neurogastroenterol Motil Off J Eur Gastrointest Motil Soc* 2010;22:626–e174. doi:10.1111/j.1365-2982.2010.01502.x

Scanzi J, Accarie A, Muller E, et al. Colonic overexpression of the T-type calcium channel Cav 3.2 in a mouse model of visceral hypersensitivity and in irritable bowel syndrome patients. *Neurogastroenterol Motil Off J Eur Gastrointest Motil Soc* Published Online First: 15 May 2016. doi:10.1111/nmo.12860

Marger F, Gelot A, Alloui A, et al. T-type calcium channels contribute to colonic hypersensitivity in a rat model of irritable bowel syndrome. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2011;108:11268–73. doi:10.1073/pnas.1100869108



PO_04 - Télé-expertise, outil d'aide à la prise en charge des patients douloureux chroniques en médecine générale : Scoping review

M. Gobin 1, C. Duvaux 1, J. Nizard 1

1 Chu Nantes - Nantes (France)

Résumé

Objectifs : Nous avons mené une étude de portée évaluant la télé-expertise comme outil de prise en charge des patients douloureux chroniques en médecine générale. L'objectif était de faire un état des lieux de la littérature existante concernant cette application de la télémédecine, et d'évaluer les avantages et les inconvénients lorsqu'elle est mise en place.

Matériel et méthode : Cette étude de portée s'est intéressée à tous les articles publiés entre janvier 2010 et décembre 2022. Elle a interrogé plusieurs moteurs de recherches (Pubmed, Science direct, Cochrane, Web of Science, Google scholar) ainsi que les bibliographies des articles sélectionnés selon les critères PRISMA-Scr.

Résultats : Au total, 14 références ont été incluses (8 études quantitatives [1-8], 3 études qualitatives [9-11] et 3 études à méthodologie mixte [12-14]). Trois applications distinctes de la télé-expertise ont été évaluées : les discussions de cas à distance, avec télémentorat, les demandes d'avis via les consultations téléphoniques, et celles via une plateforme web sécurisée. Les principaux avantages mis en avant sont une amélioration globale des connaissances des médecins généralistes en matière de douleur chronique, une meilleure gestion de situations parfois complexes ainsi qu'une meilleure communication entre algologues et médecins de ville permettant ainsi d'optimiser la prise en charge des patients. Les limites à l'utilisation dépendent des modalités de mise en œuvre : pertes de revenus potentielles, problèmes de connectivité et d'accessibilité aux plateformes.

Conclusion : La prise en charge de la douleur chronique constitue aujourd'hui l'un des principaux enjeux de santé publique. Bien que peu d'études soient disponibles sur la télé-expertise dans la douleur chronique, les modalités d'application sont vastes et les résultats sont encourageants. Des études sur le ressenti des patients ainsi que des analyses économiques sont encore nécessaires.

Bibliographie

- [1] Katzman JG, Qualls CR, Satterfield WA, Kistin M, Hofmann K, Greenberg N, et al. Army and Navy ECHO Pain Telementoring Improves Clinician Opioid Prescribing for Military Patients: an Observational Cohort Study. *J Gen Intern Med.* mars 2019;34(3):387-95.
- [2] Eaton LH, Godfrey DS, Langford DJ, Rue T, Tauben DJ, Doorenbos AZ. Telementoring for improving primary care provider knowledge and competence in managing chronic pain: A randomised controlled trial. *J Telemed Telecare.* janv 2020;26(1-2):21-7.
- [3] Flynn D, Doorenbos AZ, Steffen A, McQuinn H, Langford DJ. Pain Management Telementoring, Long-term Opioid Prescribing, and Patient-Reported Outcomes. *Pain Med.* 1 févr 2020;21(2):266-73.
- [4] Furlan A, Zhao A, Voth J, Hassan S, Dubin R, Stinson J, et al. Evaluation of an innovative tele-education intervention in chronic pain management for primary care clinicians practicing in underserved areas. *JOURNAL OF TELEMEDICINE AND TELECare.* sept 2019;25(8):484-92.



- [5] Díaz S, Zhao J, Cronin S, Jaglal S, Bombardier C, Furlan AD. Changes in Opioid Prescribing Behaviors among Family Physicians Who Participated in a Weekly Tele-Mentoring Program. *JCM*. 19 déc 2019;9(1):14.
- [6] Liddy C, Smyth C, Poulin P, Joschko J, Rebelo M, Keely E. Improving Access to Chronic Pain Services Through eConsultation: A Cross-Sectional Study of the Champlain BASE eConsult Service. *PAIN MEDICINE*. juin 2016;17(6):1049-57.
- [7] Clark AJ, Taenzer P, Drummond N, Spanswick CC, Montgomery LS, Findlay T, et al. Physician-to-Physician Telephone Consultations for Chronic Pain Patients: A Pragmatic Randomized Trial. *Pain Research and Management*. 2015;20(6):288-92.
- [8] Simon Deblois, Luigi Lepanto. Enquête auprès des premiers médecins de famille ayant fait appel au service Avis d'experts en douleur chronique. 2015.
- [9] Zhao J, Salemhamed N, Stinson J, Carlin L, Seto E, Webster F, et al. Health care providers' experiences and perceptions participating in a chronic pain telementoring education program: A qualitative study. *CANADIAN JOURNAL OF PAIN-REVUE CANADIENNE DE LA DOULEUR*. 2020;4(1):111-21.
- [10] Carlin L, Zhao J, Dubin R, Taenzer P, Sidrak H, Furlan A. Project ECHO Telementoring Intervention for Managing Chronic Pain in Primary Care: Insights from a Qualitative Study. *Pain Med*. 1 juin 2018;19(6):1140-6.
- [11] Liddy C, Smyth C, Poulin PA, Joschko J, Sheppard M, Keely E. Supporting Better Access to Chronic Pain Specialists: The Champlain Basetm eConsult Service. *J Am Board Fam Med*. 2017;30(6):766-74.
- [12] Anderson D, Zlateva I, Davis B, Bifulco L, Giannotti T, Coman E, et al. Improving Pain Care with Project ECHO in Community Health Centers. *PAIN MEDICINE*. oct 2017;18(10):1882-9.
- [13] Ball S, Wilson B, Ober S, Mchaourab A. SCAN-ECHO for Pain Management: Implementing a Regional Telementoring Training for Primary Care Providers. *Pain Med*. 1 févr 2018;19(2):262-8.
- [14] Flynn D, Mathew A, McQuinn H, Ransom J, Steffen A, Doorenbos A. Effectiveness of Telementoring in Improving Provider Knowledge, Attitudes, and Perceived Competence in Managing Chronic Pain: A Mixed Methods Study. *MILITARY MEDICINE*.



PO_05 - Intérêt d'une préparation magistrale topique d'amitriptyline à 10% dans les douleurs neuropathiques périphériques localisées

P. Kieffert 1, J.P. Poinsignon 1, E. Weber-Guissard 1, J. Girard 1, C. Matz 1, S. Wax 1

1 Chr Metz Thionville - Metz (France)

Résumé

CONTEXTE ET OBJECTIFS

La prise en charge des douleurs neuropathiques reste difficile et justifie un ensemble d'approches thérapeutiques [1]. Une synthèse des recommandations françaises publiée en 2020 [2] propose 3 lignes de traitement. Les traitements pharmacologiques per os peuvent souvent être source d'effets indésirables qui se manifestent avant que les doses thérapeutiques recommandées ne soient atteintes [3]. Dans ce contexte, l'avantage des traitements topiques se conçoit. La lidocaïne en 1ère ligne et la capsaïcine en 2ème ligne ont leur place.

L'objectif de notre observation a été de positionner l'amitriptyline en préparation magistrale à 10% dans le traitement topique de douleurs neuropathiques périphériques localisées chez des patients bénéficiant déjà des 2 premières lignes de traitement selon les recommandations de 2020.

L'amitriptyline est un antidépresseur tricyclique dont l'efficacité systémique dans le traitement des douleurs neuropathiques n'est plus à démontrer. Localement, elle possède des propriétés stabilisatrices de membrane en inhibant les canaux sodiques des afférences primaires [4].

MATERIELS ET METHODE

Etude observationnelle ouverte, prospective, pré/post traitement, non comparative, non contrôlée.

Patients présentant une douleur neuropathique périphérique localisée, avec DN4 positif, bénéficiant déjà de 1ère et 2ème lignes de traitement selon les recommandations françaises de 2020

Analyse statistique d'auto-questionnaires: NPSI, SF12, et évaluation de la douleur (EN) : avant traitement topique, et après 1 mois.

Application d'une noix de crème de préparation magistrale d'amitriptyline à 10%, 2 fois/jour, au niveau des zones douloureuses.

RÉSULTATS

32 patients inclus, dont l'âge médian se situe à 60 ans (de 29 à 88 ans)

- baisse moyenne de l'EN de 2 points
- l'ensemble des items du NPSI sont améliorés en moyenne de 33.7% : minimum 14% concernant les décharges électriques, et maximum 60% pour la durée de présence des douleurs.
- SF12: amélioration très légère de la qualité de vie, de l'état psychique et de la vitalité.



- absence d'effets secondaires liés à l'absorption systémique.

CONCLUSION

Notre étude observationnelle évaluant l'intérêt d'un traitement topique par préparation magistrale d'amitriptyline à 10% dans les douleurs neuropathiques périphériques localisées montre des bénéfices notables sur un petit effectif de patients en termes d'échelles EN, SF12, et surtout NPSI, et un intérêt dans l'évitement d'effets indésirables systémiques liés à la prise per os. Nos conclusions sont concordantes avec celles d'autres auteurs [5]. L'efficacité dépend notamment de la diffusion hors des bases dans les préparations magistrales et de sa pénétration dans la peau [6], ainsi que de l'effet placebo antalgique activant les mêmes aires cérébrales que les substances médicamenteuses (un patient qui s'attend à un résultat positif atténue sa perception de la douleur) [7].

Ce traitement mériterait une analyse observationnelle plus large, et éventuellement d'être intégré dans un projet thérapeutique dédié pluriprofessionnel et multimodal.

Bibliographie

- [1] F. Clère. Place des topiques locaux dans la douleur neuropathique. Role of topical applications for neuropathic pain. Douleurs - Évaluation - Diagnostic - Traitement (2008) 9, 153-154 Elsevier Masson; doi:10.1016/j.douleur.2008.03.001.
- [2] X. Moisset, D. Bouhassira, J. Avez Couturier, H. Alchaar, S. Conrad, M.H. Delmotte, M. Lanteri-Minet, J.P. Lefaucheur, G. Mick, V. Piano, G. Pickering, E. Piquet, C. Regis, E. Salvat, N. Attal. Pharmacological and non-pharmacological treatments for neuropathic pain: Systematic review and French recommendations. Revue Neurologique 176 (2020) 325-352.
- [3] M. Besson, J. Desmeules, V. Piquet. Prise en charge médicamenteuse de la douleur neuropathique : quelle place pour les traitements topiques ? Rev Med Suisse, (2008) 4, 1498-1504
- [4] Anne-Laure Genevois, Jérôme Ruel, Virginie Penalba, Séverine Hatton, Camille Petitfils, Myriam Ducrocq, Paola Principe, Gilles Dietrich, Céline Greco, and Patrick Delmasy.- Analgesic Effects of Topical Amitriptyline in Patients With Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy: Mechanistic Insights From Studies in Mice. - The Journal of Pain, Vol 22, No 4 (April 2021), 440-453.
- [5] H. Kok-Yuen MMBS, MMed ; Huh, Billy K MD, PhD ; W William D. MPH ; Yeh, Chun-Chang MD ; Miller Eric MD Topical Amitriptyline versus Lidocaine in the treatment of neuropathic pain The Clinical Journal of Pain 24(1) : 51-55, (January 2008). doi : 10.1097/AJP.0b013e318156db26.
- [6] Ayah Shakshuki, Pollen Yeung, and Remigius U Agu. Compounded Topical Amitriptyline for Neuropathic Pain: In Vitro Release from Compounding Bases and Potential Correlation with Clinical Efficacy. Canadian Journal of Hospital Pharmacy – Vol. 73, n°2, (mars-avril 2020).
- [7] Evans F.J.- Expectancy, therapeutic instructions and placebo responses . In : Placebo :theory, research and mechanisms. New York : Guilford Press, (1985) 215-286.



PO_06 - Intérêt de la stimulation nerveuse électrique transcutanée (TENS) dans les kératodermies palmo-plantaires héréditaires (KPH) hyperalgiques

P. Kieffert 1, J.P. Poinsignon 1, E. Weber-Guissard 1, J. Girard 1, C. Matz 1, S. Wax 1

1 Chr Metz Thionville - Metz (France)

Résumé

CONTEXTE ET OBJECTIFS

La prise en charge des douleurs neuropathiques reste difficile et justifie un ensemble d'approches thérapeutiques [1]. Une synthèse des recommandations françaises publiée en 2020 [2] propose 3 lignes de traitement. Les traitements pharmacologiques per os peuvent souvent être source d'effets indésirables qui se manifestent avant que les doses thérapeutiques recommandées ne soient atteintes [3]. Dans ce contexte, l'avantage des traitements topiques se conçoit. La lidocaïne en 1ère ligne et la capsaïcine en 2ème ligne ont leur place.

L'objectif de notre observation a été de positionner l'amitriptyline en préparation magistrale à 10% dans le traitement topique de douleurs neuropathiques périphériques localisées chez des patients bénéficiant déjà des 2 premières lignes de traitement selon les recommandations de 2020.

L'amitriptyline est un antidépresseur tricyclique dont l'efficacité systémique dans le traitement des douleurs neuropathiques n'est plus à démontrer. Localement, elle possède des propriétés stabilisatrices de membrane en inhibant les canaux sodiques des afférences primaires [4].

MATERIELS ET METHODE

Etude observationnelle ouverte, prospective, pré/post traitement, non comparative, non contrôlée.

Patients présentant une douleur neuropathique périphérique localisée, avec DN 4 positif, bénéficiant déjà de 1ère et 2ème lignes de traitement selon les recommandations françaises de 2020

Analyse statistique d'auto-questionnaires: NPSI, SF12, et évaluation de la douleur (EN) : avant traitement topique, et après 1 mois.

Application d'une noix de crème de préparation magistrale d'amitriptyline à 10%, 2 fois/jour, au niveau des zones douloureuses.

RÉSULTATS

32 patients inclus, dont l'âge médian se situe à 60 ans (de 29 à 88 ans)

- baisse moyenne de l'EN de 2 points

- l'ensemble des items du NPSI sont améliorés en moyenne de 33.7% : minimum 14% concernant les décharges électriques, et maximum 60% pour la durée de présence des douleurs.

- SF12: amélioration très légère de la qualité de vie, de l'état psychique et de la vitalité.

- absence d'effets secondaires liés à l'absorption systémique.

CONCLUSION

Notre étude observationnelle évaluant l'intérêt d'un traitement topique par préparation magistrale d'amitriptyline à 10% dans les douleurs neuropathiques périphériques localisées montre des bénéfices notables sur un petit effectif de patients en termes



d'échelles EN, SF12, et surtout NPSI, et un intérêt dans l'évitement d'effets indésirables systémiques liés à la prise per os. Nos conclusions sont concordantes avec celles d'autres auteurs [5]. L'efficacité dépend notamment de la diffusion hors des bases dans les préparations magistrales et de sa pénétration dans la peau [6], ainsi que de l'effet placebo antalgique activant les mêmes aires cérébrales que les substances médicamenteuses (un patient qui s'attend à un résultat positif atténue sa perception de la douleur) [7].

Ce traitement mériterait une analyse observationnelle plus large, et éventuellement d'être intégré dans un projet thérapeutique dédié pluriprofessionnel et multimodal.

Bibliographie

- [1] F. Clère. Place des topiques locaux dans la douleur neuropathique. Role of topical applications for neuropathic pain. Douleurs - Évaluation - Diagnostic - Traitement (2008) 9, 153-154 Elsevier Masson; doi:10.1016/j.douleur.2008.03.001.
- [2] X. Moisset, D. Bouhassira, J. Avez Couturier, H. Alchaar, S. Conrad, M.H. Delmotte, M. Lanteri-Minet, J.P. Lefaucheur, G. Mick, V. Piano, G. Pickering, E. Piquet, C. Regis, E. Salvat, N. Attal. Pharmacological and non-pharmacological treatments for neuropathic pain: Systematic review and French recommendations. Revue Neurologique 176 (2020) 325-352.
- [3] M. Besson, J. Desmeules, V. Piquet. Prise en charge médicamenteuse de la douleur neuropathique : quelle place pour les traitements topiques ? Rev Med Suisse, (2008) 4, 1498-1504
- [4] Anne-Laure Genevois, Jérôme Ruel, Virginie Penalba, Séverine Hatton, Camille Petitfils, Myriam Ducrocq, Paola Principe, Gilles Dietrich, Céline Greco, and Patrick Delmasy.- Analgesic Effects of Topical Amitriptyline in Patients With Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy: Mechanistic Insights From Studies in Mice. - The Journal of Pain, Vol 22, No 4 (April 2021), 440-453.
- [5] H. Kok-Yuen MMBS, MMed ; Huh, Billy K MD, PhD ; W William D. MPH ; Yeh, Chun-Chang MD ; Miller Eric MD Topical Amitriptyline versus Lidocaine in the treatment of neuropathic pain The Clinical Journal of Pain 24(1) : 51-55, (January 2008). doi : 10.1097/AJP.0b013e318156db26.
- [6] Ayah Shakshuki, Pollen Yeung, and Remigius U Agu. Compounded Topical Amitriptyline for Neuropathic Pain: In Vitro Release from Compounding Bases and Potential Correlation with Clinical Efficacy. Canadian Journal of Hospital Pharmacy – Vol. 73, n°2, (mars-avril 2020).
- [7] Evans F.J.- Expectancy, therapeutic instructions and placebo responses . In : Placebo :theory, research and mechanisms. New York : Guilford Press, (1985) 215-286.



PO_07 - Place de de l'analgésie locorégionale dans la prévention de la douleur chronique post chirurgicale en chirurgie carcinologique du sein.

S. Yousfi 1, F.Z. Touhami 1
1 Conseil De L'ordre Des Médecins - Oran (Algeria)

Résumé

Introduction : La douleur chronique post chirurgicale est une entité complexe dont l'incidence globale se situe entre 20 et 50 %. Son évaluation et son traitement demeurent globalement peu satisfaisants. Une stratégie préventive pluridisciplinaire, impliquant une approche d'analgésie multimodale, constitue actuellement le "gold standard" de prise en charge de ces douleurs. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact du bloc de l'érecteur du rachis guidé par ultrasons, intégré dans un protocole d'analgésie multimodale, sur la prévention de chronicisation des douleurs postopératoires en chirurgie carcinologique du sein. **Patientes et méthodes :** Plus de 150 patientes ont été randomisées en deux groupes (groupe analgésie multimodale incluant le bloc de l'érecteur du rachis : ALR+ et groupe analgésie conventionnelle : ALR-) et suivies jusqu'au sixième mois postopératoire. La douleur chronique a été évaluée dans ses différents aspects, en particulier l'incidence, le niveau de sévérité et le caractère neuropathique. **Résultats :** Après une période de recrutement et de suivi, 153 patientes (71 patientes groupe ALR+, 82% patientes groupe ALR-) ont été analysées au troisième et sixième mois respectivement. L'incidence des douleurs chroniques après mastectomie totale avec curage ganglionnaire était de 33,1% au 3ème mois et de 27,3% au 6ème mois. L'ensemble des patientes douloureuses chroniques, la prévalence de la douleur neuropathique a été estimée 41,3% au troisième mois et à 33,5% au sixième mois. On note que la fréquence de la composante neuropathique diminue dans le temps, au sein des deux groupes mais une amélioration plus rapide et plus marquée dans le groupe ALR+. Le taux de satisfaction globale des patientes, concernant la gestion de la douleur postopératoire aiguë, était nettement plus élevé dans le groupe ALR+ (85%). **Conclusion :** Le bloc de l'érecteur du rachis, intégré dans une approche d'analgésie multimodale, semble avoir un impact favorable sur la prévention de chronicisation des douleurs postopératoires, sur l'amélioration des scores d'intensité et sur leur composante neuropathique, dans la chirurgie carcinologique mammaire. De même, un meilleur contrôle de la douleur aiguë a été affirmé par un niveau élevé de satisfaction des patientes. **Mots clés :** douleurs chroniques post chirurgicales, bloc de l'érecteur du rachis, analgésie multimodale, douleurs neuropathiques, chirurgie du sein.

Bibliographie

- [1] Gürkan Y, Aksu C, Kuş A, Yörükoğlu UH, Kılıç CT. Ultrasound guided erector spinae plane block reduces postoperative opioid consumption following breast surgery: A randomized controlled study. J Clin Anesth. nov 2018;50:65- 8.
- [2] Beloeil H, Sion B, Rousseau C, et al. Early postoperative neuropathic pain assessed by the DN4 score predicts an increased risk of persistent postsurgical neuropathic pain. Eur J Anaesthesiol. 2017; 34(10):652-657.



PO_08 - Prévalence de la douleur chronique chez les personnes atteintes de démence : Etude de cohorte nationale utilisant des données de santé administratives (SNDS)

N. Kerckhove 1, N. Bornier 1, A. Mulliez 1, A. Elyn 2, S. Teixeira 1, N. Authier 1, C. Bertin 1, C. Chenaf 1

1 Chu Clermont Ferrand - Clermont Ferrand (France), 2 Chu Toulouse - Toulouse (France)

Résumé

Objectif : La maladie d'Alzheimer ou la démence apparentée perturbe la perception de la douleur et réduit la capacité à la signaler, ce qui entraîne sa sous-estimation de la part des praticiens et une prise en charge médicale sous-optimale. L'objectif de cette étude était d'estimer la prévalence de tous les types de douleurs chroniques chez les personnes atteintes de démences.

Méthode : Étude transversale à l'échelle nationale sur des données de santé administrative (SNDS) de résidents français vivant en communauté ou en maison de retraite. Toutes les personnes atteintes de démences (traitées avec des inhibiteurs de la cholinestérase ou de la mémantine, ou avec un diagnostic/maladie de longue durée associés à la démence) et âgées de plus de 40 ans ont été incluses et appariées avec un échantillon témoin sans démence.

La méthode de capture-recapture a été utilisée pour estimer la prévalence de la douleur chronique. Les personnes traitées avec des médicaments antalgiques pendant ≥ 6 mois consécutifs ou avec un diagnostic médical de douleur chronique (codes CIM-10) ou orientées vers un centre de traitement de la douleur ont été considérées comme souffrant de douleur chronique.

Résultats : Au total, 48 288 personnes ont été incluses, dont 16 096 souffraient de démences et 32 192 n'en souffraient pas. La prévalence estimée de la douleur chronique chez les personnes atteintes de démences était de 57,7% à 57,9%, et légèrement supérieure à celle de l'échantillon non atteint de démence (de 49,9% à 50,4 %, $p < 0,001$). L'âge avancé et le sexe féminin ont également été liés avec une prévalence de la douleur chronique plus élevée.

Conclusion : La prévalence de la douleur chronique chez les personnes atteintes de démences est au moins égale ou supérieure à celle des personnes non atteintes. Ce résultat doit attirer l'attention des praticiens sur la nécessité d'une évaluation et d'une gestion efficaces de la douleur dans cette population qui a des difficultés à l'exprimer et à la ressentir.

Bibliographie

- Domenichiello AF, Ramsden CE. The silent epidemic of chronic pain in older adults. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2019; 93: 284-290
- Larsson C, Hansson EE, Sundquist K et al. Chronic pain in older adults: prevalence, incidence, and risk factors *Scand J Rheumatol*. 2017; 46: 317-325
- Cravello L, Di Santo S, Varrassi G et al. Chronic pain in the elderly with cognitive decline: a narrative review. *Pain Ther*. 2019; 8: 53-65
- van Kooten J, Binnekade TT, van der Wouden JC et al. A review of pain prevalence in Alzheimer's, vascular, frontotemporal and Lewy body dementias. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2016; 41: 220-232
- Lin P-C, Li C-H, Chou P-L et al. Prevalence of pain-related diagnoses in patients with dementia: a nationwide study. *J Pain Res*. 2018; 11: 1589-1598



- Atee M, Morris T, Macfarlane S et al. Pain in dementia: prevalence and association with neuropsychiatric behaviors. *J Pain Symptom Manage.* 2021; 61: 1215-1226
- Rajkumar AP, Ballard C, Fossey J et al. Epidemiology of pain in people with dementia living in care homes: longitudinal course, prevalence, and treatment implications. *J Am Med Dir Assoc.* 2017; 18: 453.e1-453.e6
- Scherder EJA, Eggermont L, Plooij B et al. Relationship between chronic pain and cognition in cognitively intact older persons and in patients with Alzheimer's disease. The need to control for mood. *Gerontology.* 2008; 54: 50-58
- Inelmen EM, Mosele M, Sergi G et al. Chronic pain in the elderly with advanced dementia. Are we doing our best for their suffering? *Aging Clin Exp Res.* 2012; 24: 207-212



PO_09 - Endurance Isométrique Des Muscles Du Tronc Et Paramètres Anthropométrique Dans La Lombalgie Commune Chronique: Quelle Relation ?

M.A. Khezami 1, F. Abdennadher 2, E. Bahlouli 3, M. Soltani 2, S. Lebib 3, F.Z. Ben Salah 3, C. Dziri 4

1 Service De Médecine Physique B, Institut National Mohamed Kassab D'orthopédie /faculté De Médecine De Tunis, Université De Tunis El Manar - Mannouba (Tunisia), 2 Service De Médecine Physique B, Institut National Mohamed Kassab D'orthopédie - Mannouba (Tunisia), 3 Service De Médecine Physique B, Institut National Mohamed Kassab D'orthopédie/faculté De Médecine De Tunis, Université De Tunis El Manar - Mannouba (Tunisia), 4 Service De Médecine Physique A, Institut National Mohamed Kassab D'orthopédie/faculté De Médecine De Tunis, Université De Tunis El Manar - Mannouba (Tunisia)

Résumé

Introduction

Les données de la littérature suggèrent une diminution de l'endurance isométrique des muscles du tronc dans la lombalgie commune chronique (LCC). Cependant peu d'études avaient évalué la relation entre les paramètres anthropométriques et l'endurance musculaire du rachis.

Méthodes

Étude descriptive, transversale, contrôlée, menée sur une période de 8 mois. Trente femmes étaient incluses, réparties en deux groupes d'effectifs égaux :Un groupe lombalgique (GE) et un groupe témoin (GC). Les paramètres anthropométriques évalués étaient le poids, la taille, le BMI et le tour de taille. L'endurance isométrique des muscles du tronc était évaluée par le test de Shirado pour les fléchisseurs du tronc et par le test de Sorenson pour les extenseurs du tronc.

Résultats

L'âge moyen était de 37+/-14 ans dans le GC contre 37.27+/-13.24 ans dans le GE. La différence objectivée dans l'endurance musculaire du tronc entre les deux groupes n'était pas significative. Une corrélation négative a été objectivée entre le test de Sorensen et le BMI ($p<0.05$) dans le GE. Par ailleurs, pas de corrélation entre le BMI et le test de Shirado ni entre le tour de taille et l'endurance musculaire du tronc.

Conclusion

Le BMI semble influencer l'endurance isométrique des muscles du tronc chez les femmes atteintes de lombalgie commune chronique.



PO_10 - Hôpital de mon doudou -Dolokids Hôpital Couple Enfant CHU Grenoble

D. Marcellin 1, L. Julien 1

1 Par Bloc Pédiatrique Chuga - Grenoble (France)

Résumé

introduction :

En pédiatrie, la prévalence de l'anxiété préopératoire se situe entre 40 et 60%. Plus l'anxiété est importante, plus elle est corrélée à des scores de douleur élevés et de troubles comportementaux post-opératoires [1,2].

La gestion de cette anxiété sur le temps d'hospitalisation ne suffit pas et nous avons élaboré un parcours patient avec comme prérogatives : moins d'inconnu = moins d'anxiété = moins de douleur.

Description de l'action :

Aujourd'hui les techniques de communication thérapeutique et de distraction sont de plus en plus utilisées. Ainsi nous sommes en mesure de comprendre l'état psychique de nos patients pour les accompagner au mieux tout au long de leur parcours de soin.

Avoir la possibilité de préparer avec eux leur hospitalisation, d'anticiper le déroulement de la journée (et des jours précédents et suivants), des soins et des personnes qu'ils vont rencontrer, permet à l'enfant et ses parents de mieux se projeter. Un peu comme si on programmait un ordinateur, nous avons la capacité d'associer et d'ancrer une charge émotionnelle positive et propice au bon déroulement des soins le jour J.

Grâce à l'association Pharmavie®, nous avons aménagé une salle de consultation infirmier anesthésiste en mini bloc opératoire où nous offrons une peluche, Toudou® avec laquelle nous expliquons et jouons le temps de l'induction anesthésique. Nous proposons aussi d'autres outils : film, livre photos, bande dessinée, livret de jeux.

intérêt de l'action:

La préparation à l'intervention par le jeu prend tout son sens. En effet, l'enfant expérimente à travers un objet transitionnel (Toudou®) ce qu'il va vivre ultérieurement au cours de son hospitalisation. L'enfant devient acteur du soin, et non simple spectateur. Il reviendra alors le jour J avec un vrai rôle à jouer qu'il endossera plus facilement.

Ainsi, le projet hôpital de mon doudou s'inscrit dans une démarche éducative qui vise à : Diminuer le stress et la douleur en péri-opératoire.

Améliorer la prise en charge des enfants et de leurs parents pour faciliter le déroulement de l'hospitalisation.

Favoriser une meilleure trace mnésique, et ainsi faciliter d'éventuelles prises en charge ultérieures.

Conclusion:

Le projet hôpital de mon doudou permet d'agir en amont pour le bon déroulement de l'ensemble de la période péri opératoire. Cet outil pédagogique est apprécié tant par les enfants, les familles que les professionnels. Son évaluation est en cours d'élaboration (Centre d'investigation clinique – CHU Grenoble Alpes).



Bibliographie

[1] R.Amouroux, C.Rousseau-Salvador, D.Annequin. L'anxiété préopératoire : manifestations cliniques, évaluation et prévention. Annales médico-psychologiques 2010 ; 168 : 588-592

[2] S Sintzel a, S Aubanel a, JF Payen a, M Cartal a, F Veyckemans b, JN Evain Storm in the recovery room: Focus on emergence delirium in children. Le Praticien en anesthésie réanimation 2021 ;25 :11-17



PO_11 - Évaluation d'un nouveau protocole antalgique ANTALOC au Centre Simone Veil-CHU de Nantes pour les patientes ayant recours à une IVG sous anesthésie locale

S. Palazzo 1, M. Lemoine-Duquenoy 1, J. Nizard 1, A.E. Petry Mazel 1, S. Vigoureux 1

1 Chu Nantes - Nantes (France)

Résumé

Introduction: L'interruption volontaire de grossesse sous anesthésie locale est un soin fréquent qui peut être responsable de douleurs. La prise en charge de la douleur au cours de cette intervention n'est pas consensuelle, il existe des protocoles antalgiques variables selon les centres d'orthogénie en France. Plusieurs facteurs de risque de douleur au cours des IVG sous anesthésie locale ont été mis en évidence dans la littérature. Nous avons réalisé une étude rétrospective/prospective pour évaluer un nouveau protocole antalgique mis en place au Centre Simone Veil du CHU de Nantes.

Matériels et méthodes : Étude rétrospective/prospective réalisée au Centre Simone Veil du CHU de Nantes de septembre à décembre 2022 puis de mai à septembre 2023. Pendant la première période, les femmes ont reçu l'ancien protocole antalgique en vigueur. Pendant la seconde période, les praticiens ont recherché en consultation pré IVG la présence de facteurs prédictifs de douleur. Les patientes ont reçu par la suite, selon ces facteurs, un protocole antalgique simple ou renforcé. La douleur a été évaluée au cours de l'IVG par une échelle numérique allant de 0 à 10 : la douleur maximale au cours de l'intervention et la douleur en fin de geste ont été recueillies. L'objectif principal de cette étude était de diminuer de 20% de l'EN maximale.

Résultats : 301 patientes ont été incluses dans cette étude, 146 ont reçu l'ancien protocole et 155 le nouveau protocole antalgique. L'âge médian est de 30 ans [17,0 ; 42,0], le terme moyen est de 9SA. Les caractéristiques sociales et médicales sont comparables entre les deux groupes. L'EN maximale moyenne retrouvée est de 5,4, elle est similaire dans les deux groupes. L'EN en fin de geste est diminuée de 23%. Les facteurs prédictifs de douleurs n'ont pas été retrouvés après ajustement. Aucun effet secondaire immédiat ou tardif n'a été retrouvé à la suite de l'instauration du nouveau protocole.

Conclusion : Le nouveau protocole antalgique a permis une diminution de la douleur en fin de geste de 22 %, il n'a cependant pas eu d'effet sur la douleur maximale au cours du geste. Cette étude a permis de rappeler et d'intégrer dans le counseling pré IVG les facteurs prédictifs de douleur au cours des IVG sous AL. Cela a permis d'améliorer les pratiques de service au sein d'une équipe pluridisciplinaire en vue d'une prise en charge optimale des patientes lors de leur parcours d'IVG. Cette étude a permis de préciser l'importance de ce que nous devons accorder aux mesures non médicamenteuses. Une réflexion plus globale a été menée sur l'évaluation de la douleur par le biais d'une échelle numérique et sur l'intérêt de questionner plutôt le confort des patientes.

Bibliographie

1. Donati S, Medda E, Proietti S, Rizzo L, Spinelli A, Subrizi D, et al. Reducing pain of first trimester abortion under local anaesthesia. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. déc 1996;70(2):145-9.
2. Vigoureux S. Épidémiologie de l'interruption volontaire de grossesse en France. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. déc 2016;45(10):1462-76.



3. Etude et Résultats n°1281 sept 2023 DREES.
4. Nombre d'IVG selon le département ou la région de résidence de la femme, le lieu de réalisation de l'IVG et la méthode.
5. Hjermstad MJ, Fayers PM, Haugen DF, Caraceni A, Hanks GW, Loge JH, et al. Studies comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales, and Visual Analogue Scales for assessment of pain intensity in adults: a systematic literature review. *J Pain Symptom Manage.* juin 2011;41(6):1073-93.
6. Saurel-Cubizolles MJ, Opatowski M, David P, Bardy F, Dunbavand A. Pain during medical abortion: a multicenter study in France. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* nov 2015;194:212-7.
7. Chantal A. Haute Autorité de santé. 2016;138.
8. Protocole ASPILOC : États des lieux des techniques d'anesthésie locale dans l'IVG instrumentale et facteurs prédictifs de la douleur.
9. Jamil J. Douleur de l'IVG sous anesthésie locale: évaluation et facteurs prédictifs [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine; 2013.
10. Guilbert E, Roter D. Assessment of Satisfaction With Induced Abortion Procedure. *J Psychol.* mars 1997;131(2):157-66.
11. Ambassa Mballa N. Bloc paracervical versus injection intracervicale dans la prise en charge de la douleur au cours de l'interruption volontaire de grossesse sous anesthésie locale.
12. Duros S, Joueidi Y, Nyangoh Timoh K, Boyer L, Lemeut P, Tavenard A, et al. A prospective study of the frequency of severe pain and predictive factors in women undergoing first-trimester surgical abortion under local anaesthesia. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1 févr 2018;221:123-8.
13. Suhonen S, Tikka M, Kivinen S, Kauppila T. Pain during medical abortion: predicting factors from gynecologic history and medical staff evaluation of severity. *Contraception.* avr 2011;83(4):357-61.
14. Abortion care guideline. Geneva: World Health Organization, Human Reproduction Programme; 2022.
15. Recommandations pour la pratique clinique CNGOF 2016.
16. Muriel D. Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse – Mise à jour. 2021;
17. Romero I, Turok D, Gilliam M. A randomized trial of tramadol versus ibuprofen as an adjunct to pain control during vacuum aspiration abortion. *Contraception.* janv 2008;77(1):56-9.
18. Livshits A, Machtinger R, David LB, Spira M, Moshe-Zahav A, Seidman DS. Ibuprofen and paracetamol for pain relief during medical abortion: a double-blind randomized controlled study. *Fertil Steril.* mai 2009;91(5):1877-80.
- 19.
23. Fiala C, Agostini A, Bombas T, Cameron S, Lertxundi R, Lubusky M, et al. Management of pain associated with up-to-9-weeks medical termination of pregnancy (MToP) using mifepristone–misoprostol regimens: expert consensus based on a systematic literature review. *J Obstet Gynaecol.* 3 juill 2020;40(5):591-601.
24. Schmitt A, Cardinale C, Loundou A, Miquel L, Agostini A. Nitrous oxide for pain management of first-trimester instrumental termination of pregnancy under local anaesthesia and/or minimal sedation: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* juin 2021;261:193-9.
25. Guerrero JM, Castaño PM, Schmidt EO, Rosario L, Westhoff CL. Music as an auxiliary analgesic during first trimester surgical abortion: a randomized controlled trial. *Contraception.* août 2012;86(2):157-62.
26. Debeaux MLA. Évaluation de la sécurité de l'IVG par aspiration sous anesthésie locale en centres de santé en France.
27. Breard H. Étude de la satisfaction des patientes sur la prise en charge des IVG en Haute-Normandie en fonction du terme et de la méthode.
28. Evaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans.pdf, HAS. 2000.
29. Lang EV, Hatsiopoulou O, Koch T, Berbaum K, Lutgendorf S, Kettenmann E, et al. Can words hurt? Patient–provider interactions during invasive procedures. *Pain.* mars 2005;114(1):303-9.



30. Delefortrie MC. Prise en charge psychologique de l'interruption volontaire de grossesse : qu'en pensent les patientes?
31. IPAS. Medical abortion training guide [Internet]. 2010 [cité 30 mars 2014]. Disponible sur: <http://www.ipas.org/~media/Files/Ipas%20Publications/MEDABTGE10.ashx>.
32. Teal SB, Dempsey-Fanning A, Westhoff C. Predictors of acceptability of medication abortion. *Contraception*. mars 2007;75(3):224-9.
33. Tilles C, Denny A, Cansino C, Creinin MD. Factors influencing women's satisfaction with surgical abortion. *Contraception*. févr 2016;93(2):164-9.
34. Lecomte MT. Vécu de l'IVG par aspiration sous anesthésie locale par les patientes dans les centres de santé en France.
35. Berthier F, Potel G, Leconte P, Touze MD, Baron D. Comparative study of methods of measuring acute pain intensity in an ED. *Am J Emerg Med*. mars 1998;16(2):132-6.
36. Downie WW, Leatham PA, Rhind VM, Wright V, Branco JA, Anderson JA. Studies with pain rating scales. *Ann Rheum Dis*. 1 août 1978;37(4):378-81.
37. Ebrahim L, Honnart D, Aube H. Les échelles de mesure de la douleur dans un service d'accueil des urgences.
38. Milojevic K, Cantineau JP, Simon L, Bataille S, Ruiz R, Coudert B, et al. Douleur aiguë intense en médecine d'urgence. Les clefs d'une analgésie efficace. *Ann Fr Anesth Réanimation*. nov 2001;20(9):745-51.
39. Boursier F. Validation des échelles d'évaluation de la douleur en pré-hospitalier 2003
40. Serlin RC, Mendoza TR, Nakamura Y, Edwards KR, Cleeland CS. When is cancer pain mild, moderate or severe? Grading pain severity by its interference with function. *Pain*. mai 1995;61(2):277-84.
41. Chooi CSL, White AM, Tan SGM, Dowling K, Cyna AM. Pain vs comfort scores after Caesarean section: a randomized trial. *Br J Anaesth*. mai 2013;110(5):780-7.
42. Wells N. Management of pain during abortion. *J Adv Nurs*. janv 1989;14(1):56-62.
43. Marc I, Rainville P, Verreault R, Vaillancourt L, Masse B, Dodin S. The use of hypnosis to improve pain management during voluntary interruption of pregnancy: an open randomized preliminary study. *Contraception*. janv 2007;75(1):52-8.
44. Abdel-Aziz E, Hassan I, Al-Taher H. Assessment of women's satisfaction with medical termination of pregnancy. *J Obstet Gynaecol*. juin 2004;24(4):429-33.
45. Pud D, Amit A. Anxiety as a Predictor of Pain Magnitude Following Termination of First-Trimester Pregnancy. *Pain Med*. mars 2005;6(2):143-8.
46. Wiebe ER, Rawling M. Pain control in abortion. *Int J Gynecol Obstet*. juill 1995;50(1):41-6.
47. Singh RH, Ghanem KG, Burke AE, Nichols MD, Rogers K, Blumenthal PD. Predictors and perception of pain in women undergoing first trimester surgical abortion. *Contraception*. août 2008;78(2):155-61.
48. Chabbert M, Devouche E, Rozenberg P, Wendland J. Validation de l'échelle d'évaluation du vécu de l'accouchement (QEVA) auprès d'une population française. *L'Encéphale*. août 2021;47(4):326-33.
49. Samara B. Approche socioculturelle de la douleur
50. Hohmann HL, Reeves MF, Creinin MD. Predictors of pain and bleeding in medical abortion. *Contraception*. août 2007;76(2):163.
51. Abdel-Aziz E, Hassan I, Al-Taher HM. Assessment of pain associated with medical abortion. *Int J Gynecol Obstet*. mars 2004;84(3):264-5.



PO_12 - Prise en charge de la douleur et antalgiques opioïdes : Zoom sur les connaissances et les besoins des patients des structures douleur chronique de la région PACA

M. Milnis 1, S. Mezaache 2, E. Jouve 2, F. Turlure 2, N. Fredon 2, J. Micallef 2, M. Lanteri-Minet 3, A. Donnet 4, E. Frauger 2

1. Centre D'Addictovigilance Paca Corse, Service De Pharmacologie Clinique Et Pharmacosurveillance, Apmh ; Institut De Neurosciences Des Systèmes, Inserm Umr1106, Aix-Marseille Université; 3.centre D'évaluation Et De Traitement De La Douleur, Apmh - Marseille (France), 21. Centre D'Addictovigilance Paca Corse, Service De Pharmacologie Clinique Et Pharmacosurveillance, Apmh ; Institut De Neurosciences Des Systèmes, Inserm Umr1106, Aix-Marseille Université-Marseille (France) - Marseille (France) - Marseille (France), 32. Département D'évaluation Et De Traitement De La Douleur, Chu De Nice ; Fhu Inovpain Université Côte D'azur - Nice (France), 43. Centre D'évaluation Et De Traitement De La Douleur, Apmh - Marseille (France)

Résumé

Introduction

La douleur chronique nécessite une approche globale centrée sur le patient. Le but est de l'accompagner vers une bonne connaissance de soi, de sa maladie et des modalités de prise en charge, pour qu'il acquière une certaine autonomie dans la gestion des douleurs. En ce sens, l'éducation du patient douloureux chronique est fondamentale. Un état des lieux a été réalisé auprès de patients suivis par les structures douleur chronique de la région PACA afin d'évaluer leurs connaissances sur la prise en charge de la douleur, sur les médicaments antalgiques opioïdes et leurs besoins.

Méthodes

Le programme POP « Prévention et réduction des risques des surdoses liées aux Opioides en PACA » a pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients à risque de surdose et faciliter la diffusion de la naloxone. Un des axes du projet cible les patients/usagers. Dans le cadre de la journée mondiale de lutte contre la douleur (semaine du 16 octobre 2023), des actions ont été mises en place auprès des 20 structures douleur de la région PACA : état des lieux des connaissances des patients via un auto-questionnaire anonyme et la diffusion d'un flyer sur les règles d'or des antalgiques opioïdes. Pour le questionnaire, le patient avait le choix entre des réponses pré listées, seule une question était en texte libre (effets indésirables).

Résultats

Au total, 456 questionnaires issus de 8 structures ont été retournés. La majorité des patients (79%) ont des attentes d'amélioration de leurs douleurs égales à 75% et plus. Parmi les patients, 68% ont des inquiétudes par rapport à l'utilisation d'antidouleur et un quart de ces patients n'en discute pas avec un professionnel de santé. Les patients ont une bonne connaissance des approches non-médicamenteuses (82%). Concernant les médicaments antalgiques opioïdes, 2/3 des patients savaient qu'ils n'étaient pas systématiquement utilisés dans le traitement de la douleur. Le top 3 des effets indésirables (EI) cités : la dépendance (24%), les troubles de la vigilance (16%) et les nausées (11%). Seuls 38% des patients connaissaient l'existence de mesures préventives des EI et seuls 8% connaissaient l'existence de la naloxone prête à l'emploi.



La quasi-totalité des patients interrogés exprime un besoin d'information sur les médicaments. Ces besoins d'information concernent la prévention et la gestion des EI ainsi que les interactions.

Conclusion

Cet état des lieux met en évidence une attente surestimée des patients concernant l'amélioration de la douleur. Les patients ont également exprimé des inquiétudes et besoins concernant les médicaments opioïdes en particulier les effets indésirables. Cet état des lieux permettra de créer des outils de communication adaptés à leurs besoins.



PO_13 - Elaboration d'un arbre décisionnel pour le bon usage d'outils antalgiques (MEOPA, hypnose en réalité virtuelle et musicothérapie) lors de douleurs provoqués par les soins à la fondation Saint héliier

A. Isidore-Maslo 1, S. Petrilli 1, B. Nicolas 1, J. Houedakor 1, P. Piette 1, Q. Fourel 1, M. Poyau 1, A.C. Neau 2, C. Busnel 3

1 Fondation Saint Héliier - Rennes (France), 2 Fondation Saint Héliier / Cetd La Sagesse - Rennes (France), 3 Cetd La Sagesse - Rennes (France)

Résumé

Introduction : la fondation Saint-Héliier a pour cœur de métier la réadaptation et l'accompagnement de personnes en situation de handicap, quel que soit leur âge. La prévention et l'accompagnement médical sont essentiels à chaque prise en charge, afin d'accompagner au mieux les personnes fragilisées, âgées, ou en situation de handicap à un moment de leur vie, en envisageant toutes les solutions disponibles. Pionnier et visionnaire, l'objectif de la fondation est de poursuivre l'intégration des nouvelles technologies au service d'une santé de qualité en pleine transformation. Sous l'impulsion du CLuD de l'établissement, la Commission Médicale d'Établissement a validé l'usage institutionnel de nombreux outils antalgiques médicamenteux et non médicamenteux.

Objectif : l'objectif de cette revue de littérature est de produire une recommandation pour optimiser l'utilisation de 3 outils disponibles (MEOPA, hypnose en réalité virtuelle et musicothérapie) lorsqu'une douleur aiguë est provoquée par les soins à la Fondation saint Héliier.

Résultats : aucune publication compilant les résultats de ces trois solutions n'a été retrouvée. Par contre, il existe de nombreuses études évaluant l'efficacité de chaque outil isolément [1] [2] [3]. Les données scientifiques obtenues ont été complétées par l'ensemble des éléments obtenus par les évaluations de pratique professionnelle réalisées sur l'utilisation du MEOPA et du casque HypnoVR à la fondation saint Héliier.

Conclusion : le MEOPA, l'hypnose en réalité virtuelle et la musicothérapie ont fait la preuve de leur efficacité dans la prise en soins de la douleur aiguë. Nous avons établi une recommandation pour optimiser leur usage lorsqu'une douleur aiguë est provoquée par les soins à la fondation saint Héliier en tenant compte du type de soins effectués, des préférences sensorielles du patient et des modalités organisationnelles de chacun de ces outils.

Bibliographie

- [1] Hitching, R., Hoffman, H. G., Garcia-Palacios, A., Adamson, M. M., Madrigal, E., Alhalabi, W., ... & Mason, K. P. (2023). The emerging role of virtual reality as an adjunct to procedural sedation and anesthesia: a narrative review. *Journal of Clinical Medicine*, 12(3), 843.
- [2] Rainville P., Chanques G., Jaber S., DeWayne Williams, Watanabe D, Ginies P, Boccara G., Poisbeau P., Touchon J.. Music Care, a personalized smartphone app for the relief of pain and anxiety: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials *Journal of Medical Internet Research* April 10, 2023
- [3] Pellat, J. M., Hodaj, H., Kaddour, A., Long, J. A., Payen, J. F., Jacquot, C., & Alibeu, J. P. (2004). Le MEOPA (Kalinox®): Mélange Équimolaire Oxygène et Protoxyde d'Azote dans le traitement de la douleur. *Douleurs: Evaluation-Diagnostic-Traitement*, 5(5), 275-281.



PO_14 - Kontinue

J.M. Amodeo 1
1 Chpg - Monaco (Monaco)

Résumé

La ketamine est régulièrement utilisée dans le cadre de la prise en charge des patients douloureux chroniques

Au cours des dernières années, de nombreuses études ont été publiées sur la kétamine pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse avec différents dosages, voies d'administration, durées de perfusion Michelet et al., 2018 ; Pickering et al., 2018). Avec des résultats controversés.

Plusieurs études en France ont été menées (études OKAPI, KETAPAIN) afin de préciser les modalités pratiques d'utilisation, et les posologies efficaces.

Concernant les voies d'administrations, un groupe d'experts a relevé la perfusion intraveineuse à des doses de 0,5 à 0,9 mg/kg/j pendant quatre jours de traitement comme préférable (Voute et al., 2021).

L'objectif de l'étude Kontinue est d'évaluer l'efficacité de la perfusion continue de kétamine associée au sulfate de magnésium pour la prise en charge des patients souffrant de douleurs chroniques.

Méthode : il s'agit d'une étude observationnelle monocentrique prospective basée sur le recueil d'auto-questionnaires validés (EN- NPSI-HAD-SF12) réalisée au Centre Hospitalier Princesse Grace de Monaco. L'objectif est de déterminer l'efficacité à un mois de l'injection de Kétamine en perfusion intraveineuse continue pendant 4 jours à la dose de 0.5 mg/kg/jour, associée au sulfate de magnésium 1000 mg/jour.

Les données recueillies concernent 80 patients, le critère principal étant l'amélioration à j30 de l'EN et de l'impression globale de changement (CGI-C). Les critères secondaires sont l'amélioration des douleurs neuropathiques (NPSI), le bénéfice sur qualité de vie et humeur (SF12 ;HAD), et la persistance du bénéfice à j 60.

L'amélioration de l'échelle numérique sera comparée à 0 par un test de Student en séries appariées. L'analyse des critères secondaires (patients répondeurs) sera réalisée au moyen de tests de Khi-2 pour les variables qualitatives ou d'une analyse de variance pour les variables quantitatives après vérification des conditions d'application (distribution gaussienne, égalité des variances). L'analyse sera réalisée à l'aide du programme SAS.

Clinical Trials Registry :Essai clinique NCT06131970

Bibliographie

1 Michelet, D., Brasher, C., Horlin, A.-L., Bellon, M., Julien-Marsollier, F., Vacher, T., Pontone, S., & Dahmani, S. (2018). Ketamine for chronic non-cancer pain: A meta-analysis and trial sequential analysis of randomized controlled trials. *European Journal of Pain (London, England)*, 22(4), 632–646.



<https://doi.org/10.1002/ejp.1153>

[org/10.1002/ejp.1153](https://doi.org/10.1016/j.therap.2018.06.001)

Pickering, G., Morel, V., & Micallef, J. (2018). Ketamine and chronic pain: A narrative review of its efficacy and its adverse events. *Thérapie*, 73(6), 529–539.

<https://doi.org/10.1016/j.therap.2018.06.001>

[therap.2018.06.001](https://doi.org/10.1016/j.therap.2018.06.001)

Voute M, Riant T, Amodeo JM, et al. Ketamine in chronic pain: a Delphi survey. *Eur J Pain* 2022; 26(4): 873–887



PO_15 - Le monitoring intraopératoire de la nociception réduit-il la douleur et la consommation postopératoire d'opioïdes ? Une revue systématique de la littérature avec méta-analyse d'essais randomisés contrôlés.

M.P. Pietrancosta 1, V.M. Martinez 1
1 Hôpital Raymond Poincaré - Garches (France)

Résumé

Contexte : Il a été rapporté que le monitoring de la nociception basé sur le système nerveux autonome permet de réduire la consommation intraopératoire d'opioïdes. Les données concernant les événements postopératoires demeurent cependant insuffisantes. À cet effet, nous avons réalisé une revue systématique et méta-analyse afin d'investiguer l'effet du monitoring intraopératoire de la nociception sur la douleur, la consommation d'opioïdes et les complications postopératoires.

Méthodes : Du 14 juillet au 15 août 2023, nous avons interrogé les bases de données, registres et la littérature grise suivante : Cochrane Library, EMBASE, Google Scholar, LILACS, PubMed, Clinical Trials, abstracts présentés aux congrès annuels de l'ASA et de l'ESAIC, ainsi que les méta-analyses précédentes. Les seules études incluses étaient des RCTs, de patients de tous âges, sous anesthésie générale, comparant monitoring de la nociception basée sur le système nerveux autonome avec traitement standard, qui rapportaient douleur, consommation d'opioïdes ou complications postopératoires. Les trois auteurs ont indépendamment évalué le risque de biais selon les méthodes décrites dans le Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. Une méta-analyse a été réalisée en utilisant le logiciel RevMan 5.4.1. Les données continues sont présentées en différence moyenne ou différence moyenne standardisée et IC95%, les données dichotomiques sont présentées en risque relatif et IC95%. Les résultats ont tous été analysés en utilisant un modèle d'effets aléatoires.

Résultats : 34 RCTs ont été inclus, avec 2559 patients au total, correspondant aux critères PICO ci-dessus. La consommation de morphine en SSPI était significativement réduite dans le groupe monitoring, différence moyenne -0.47 mg, IC95% (-0.64 to -0.30), ainsi que la consommation à 24 heures, différence moyenne -2.56 mg, IC95% (-4.01 to -1.11), sans que la différence ne soit cliniquement pertinente. La douleur en SSPI, les NVPO, événements respiratoires, rétention aiguë d'urine et délire postopératoire ne montrent pas de différences statistiquement significatives.

Discussion : Cette étude présente de nombreuses limites, notamment inhérentes à l'hétérogénéité des études incluses, relative à la diversité des patients, des interventions chirurgicales, du type de monitoring et du traitement standard administré. En conclusion, la différence observée de consommation de morphine en SSPI et à 24 heures, bien qu'elle soit significative, ne peut être considérée comme cliniquement pertinente.

Financement et enregistrement : Cette étude a été réalisée en l'absence de soutien financier. Elle a été enregistrée auprès de PROSPERO, sous l'identifiant CRD42023490440.



PO_16 - Périurale thoracique analgésique après thoracotomie

S.C.F. Yousfi-Ezzine-Mazour 1

1 Ehu Oran-Chu Oran - Oran (Algeria)

Résumé

Introduction :

La prise en charge de la douleur fait partie intégrante de l'ensemble des soins de qualité d'un patient opéré. Il est recommandé d'utiliser une technique d'analgésie locorégionale en postopératoire de lobectomie par thoracotomie pour améliorer le contrôle de la douleur et favoriser la réhabilitation postopératoire. L'analgésie périurale thoracique (APDT) associée à l'anesthésie générale s'est imposée comme « Gold standard » à la prise en charge des patients opérés d'une chirurgie thoracique ou digestive lourde.

Matériel et méthodes :

L'expérience du service de chirurgie thoracique du CHU /EHU d'ORAN sur une période de presque de 20 ans (2004-2024), on a réalisé près de 1200 périurales thoraciques ; chez les patients candidats à une thoracotomie dont l'âge est supérieur à 16 ans. La périurale thoracique est réalisée avant induction anesthésique. Le niveau de ponction est T5-T6 ou T6-T7 pour une chirurgie thoracique. L'espace peut être identifié par la technique du mandrin liquide (perte de résistance). L'évaluation de la douleur se fait par l'échelle verbale simplifiée (EVS). Rechercher les effets secondaires (nausées, vomissements, sédation, prurit...). Les produits utilisés : morphine 1 mg en bolus associée à la Bupivacaïne 0,125% à la seringue électrique. Ce protocole doit être instauré avant l'incision chirurgicale.

Résultats :

Taux d'échec : 03%

Taux de réussite : 97%

Les malades participaient activement à la kinésithérapie respiratoire, l'ablation des drains était indolore, les patients sortaient de la réanimation chirurgicale à l'étage vers j1 j2 et l'ablation du cathéter se faisait vers j5, d'où réhabilitation postopératoire précoce.

Discussion et conclusion :

La chirurgie thoracique peut être une expérience douloureuse à des niveaux variables, en fonction du type de chirurgie et de la voie d'abord utilisée. L'utilisation d'une technique d'analgésie locorégionale (ALR) en postopératoire de lobectomie diminue la consommation de morphiniques postopératoires, quelle que soit la voie d'abord chirurgicale, et limite la survenue de douleurs chroniques postopératoires. La majorité des études produites ont concerné la chirurgie par thoracotomie. Plusieurs méta-analyses portant chacune sur plus de 10 études randomisées réalisées en chirurgie thoracique ont montré une meilleure efficacité de l'analgésie périurale (APD) par rapport à l'analgésie contrôlée par le patient (PCA) de morphine [1,2].

Une autre méta-analyse rapporte une diminution des pneumonies postopératoires et du recours à la ventilation mécanique [3].

Il importe donc de cibler une analgésie efficace et sûre et d'évaluer rigoureusement la douleur à l'aide d'outils valides et fiables. L'analgésie par périurale thoracique



demeure le gold standard de l'analgésie post opératoire, le service de chirurgie thoracique de l'EHU d'ORAN en est la référence. Elle nécessite la formation préalable du personnel paramédical qui est satisfait par les résultats.

Bibliographie

- [1] Block BM, Liu SS, Rowlingson AJ, Cowan AR, Cowan JA, Wu CL. Efficacy of postoperative epidural analgesia: a meta-analysis. *JAMA* 2003;290:2455–63. doi:10.1001/jama.290.18.2455.
- [2] Wu CL, Cohen SR, Richman JM, Rowlingson AJ, Courpas GE, Cheung K, et al. Efficacy of postoperative patient-controlled and continuous infusion epidural analgesia versus intravenous patient-controlled analgesia with opioids: a meta-analysis. *Anesthesiology* 2005;103:1079–88; quiz 1109–10.
- [3] Popping DM, Elia N, Marret E, Remy C, Tramer MR. Protective effects of epidural analgesia on pulmonary complications after abdominal and thoracic surgery: a meta-analysis. *Arch Surg* 2008;143:990–9; discussion 1000. doi:10.1001/archsurg.143.10.990.



PO_17 - L'automédication par les cannabinoïdes chez des patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI).

M. Sorin 1, S. Lejczak 2, J. Nizard 3

1 Rédacteur - Nantes (France), 2 Co-Directrice - Nantes (France), 3 Co-Directeur - Nantes (France)

Résumé

La maladie de Crohn et la Rectocolite Hémorragique sont deux pathologies qui se regroupent sous le terme de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). Les MICI sont à l'origine de symptômes principalement intestinaux pouvant associer des douleurs digestives voire extradiigestives chroniques. Dans un objectif d'améliorer leur qualité de vie et de les soulager, les patients ont parfois recours à l'automédication. Le cannabis et ses dérivés apparaissent pour les patients comme un élément de choix dans cette automédication. La thèse s'articule autour d'une enquête épidémiologique anonyme de terrain sur l'automédication par cannabis de certains patients souffrant de MICI via les réseaux sociaux. Les résultats de l'enquête ont été analysés afin de connaître l'intérêt de cette automédication par cannabis et ses dérivés dans la prise en charge des patients atteints de MICI.

Notre étude décrit la prise réelle de cannabinoïdes chez un échantillon de 80 patients atteints de MICI et situés dans différents pays francophones (France, Belgique et Suisse). Plus d'un tiers des participants à notre questionnaire ont déclaré avoir déjà eu recours au cannabis et ses dérivés dans le cadre de leur maladie.

Au sujet de l'amélioration des symptômes digestifs des différents consommateurs de notre étude, les résultats sont variables. Seules les douleurs anales ainsi que les gaz et ballonnements semblent avoir été réduits.

Les troubles du sommeil, les spasmes musculaires ainsi que les douleurs articulaires sont les symptômes qui semblent les mieux pris en charge par la consommation de cannabinoïdes chez les patients de notre étude.

Cependant, 55% des consommateurs ont déclaré au moins un effet indésirable lié à la consommation de cannabinoïdes.

Ensuite, un des objectifs de notre étude consistait à évaluer l'impact de la consommation de cannabinoïdes sur la qualité de vie et le stress des patients. Au vu des résultats, nombreuses sont les personnes pour lesquelles l'usage de cannabinoïdes a eu un impact positif sur ces deux variables.

En conclusion, notre étude a permis de connaître l'avis d'un échantillon de personnes francophones atteintes de MICI au sujet de l'automédication ou de la prescription du cannabis et de ses dérivés dans le cadre d'une prise en charge de leur maladie. Ceux qui se sont

exprimés sur le sujet étaient presque unanimes pour favoriser le développement de la prescription de cannabinoïdes dans un objectif thérapeutique. Les réponses étaient en revanche plus contrastées au sujet de l'automédication et certains ont mis en avant le caractère dangereux de celle-ci en commentaire.

Il semble donc important pour les professionnels de santé de se former sur ce sujet afin de promouvoir des campagnes de prévention sur le cannabis et ses dérivés adaptées au



grand public et de prodiguer des conseils spécifiques à chaque patient souhaitant avoir recours à ce type de médication.



PO_18 - Différents profils de douleur dans une cohorte monocentrique d'enfants et adolescents porteurs de maladies neuromusculaires

J.B. Davion 1, H. Graveline 2, C. Tard 3, S. Nguyen The Tich 1, J. Avez-Couturier 1

1 Neuropédiatrie, Chu Lille - Lille (France), 2 Mpr, Chu Lille - Lille (France), 3 Neurologie, Chu Lille - Lille (France)

Résumé

Introduction : La douleur est une problématique fréquente chez l'enfant et l'adolescent porteur de maladie neuromusculaire (1,2). Les études à ce sujet sont peu nombreuses, étaient le plus souvent centrées sur une maladie neuromusculaire précise, et ne recueillaient pas de données d'examen physique (1-3) alors que celui-ci est souvent anormal (déficit moteur, déformations).

Méthodes : Nous avons créé une évaluation systématique de la douleur chronique chez l'enfant/adolescent neuromusculaire (Lille Assessment of Pain In Neuromuscular children ; LAPIN-children), que nous avons utilisée lors du suivi de nos patients neuromusculaires entre 6 et 18 ans. Nous avons analysé les données de ces évaluations rétrospectivement chez les patients ayant une douleur chronique et les non-dououreux, excluant les patients avec une douleur aiguë.

Résultats : 181 patients avec différentes maladies neuromusculaires (dystrophie musculaire de Duchenne, dystrophies musculaires des ceintures, myopathie facio-scapulo-humérale, myopathies congénitales, maladie de Steinert, amyotrophie spinale, neuropathies périphériques) ont été évalués entre 2022 et 2024. Après avoir exclu 11 patients avec une douleur aiguë, nous avons retrouvé 129 patients (71.3%) présentant une douleur chronique. La topographie et les circonstances de la douleur chronique étaient influencées par le caractère ambulatoire ou non-ambulatoire du patient : Chez les patients ambulatoires, la douleur chronique prédominait aux muscles des membres inférieurs (cuisses, mollets), et était surtout observée lors de l'effort et diminuée au repos ; alors que chez les patients non-ambulatoires, elle touchait principalement les articulations (genoux, hanches), et déclenchée par l'immobilité et améliorée à la mobilisation. Une dénutrition était associée à la douleur chronique chez les patients non-ambulatoires. La topographie de la douleur chronique était également influencée par le type de maladie neuromusculaire, et semblait associée avec les signes cliniques de la maladie neuromusculaire, notamment à la localisation des rétractions. Les douleurs avec des caractéristiques neuropathiques, des caractéristiques fibromyalgiques ou de douleur chronique diffuse étaient rarement observées, sans différence de répartition entre les différents types de maladies neuromusculaires. Les antalgiques anti-douleurs nociceptives étaient efficaces au moins partiellement dans 70% des cas, le paracétamol étant même significativement plus efficace que certaines mesures physiques (massages, application de froid).

Discussion : Les douleurs chroniques chez l'enfant et l'adolescent porteur de maladie neuromusculaire semblent surtout liées à un excès de nociception et de rythme mécanique, et secondaires aux différentes conséquences cliniques de la maladie neuromusculaire, notamment aux rétractions. Les traitements anti-douleurs



nociceptives, notamment le paracétamol, semblent fréquemment montrer une efficacité partielle.

Bibliographie

- (1) Lager C, Kroksmark AK. Pain in adolescents with spinal muscular atrophy and Duchenne and Becker muscular dystrophy. *Eur J Paediatr Neurol.* sept 2015;19(5):537-46.
- (2) Engel JM, Kartin D, Carter GT, Jensen MP, Jaffe KM. Pain in youths with neuromuscular disease. *Am J Hosp Palliat Care.* nov 2009;26(5):405-12.
- (3) Engel JM, Kartin D, Jaffe KM. Exploring chronic pain in youths with Duchenne Muscular Dystrophy: a model for pediatric neuromuscular disease. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* nov 2005;16(4):1113-24, xii.



PO_19 - La Buprénorphine comme stratégie de sevrage des antalgiques opioïdes après échec d'un sevrage progressif chez les patients souffrant de douleur chronique non cancéreuse (étude SEVROP)

C. Bertin 1, N. Kerckhove 1, N. Authier 1, N. Delage 1

1 Université Clermont Auvergne, Chu Clermont-Ferrand, Service De Pharmacologie Médicale, Centres Addictovigilance Et Pharmacovigilance, Centre D'évaluation Et De Traitement De La Douleur, Inserm Neuro-Dol - Clermont-Ferrand (France)

Résumé

Introduction

Les antalgiques opioïdes sont fréquemment prescrits pour une utilisation prolongée (\geq 3 mois) dans un contexte de douleur chronique non cancéreuse, ce qui entraîne parfois une dépendance physique et divers symptômes de sevrage désagréables pour les patients [1]. Actuellement, il n'existe aucune stratégie de sevrage validée pour les patients concernés. L'objectif de cette étude est d'évaluer une stratégie de sevrage ambulatoire utilisant la buprénorphine pour les patients souffrant de douleurs chroniques qui n'ont pas réussi à se sevrer progressivement de l'antalgique opioïde dont ils sont devenus dépendants.

Méthodes

Tous les patients ont débuté le protocole par une phase de décroissance progressive de leur opioïde initial, selon un calendrier de réduction sur 6 mois, planifié jusqu'au sevrage complet. Les patients qui n'ont pas pu suivre ce protocole de sevrage jusqu'à son terme se sont vu proposer de la buprénorphine, à une dose initiale de 4 mg/jour, en remplacement de leur antalgique opioïde. Cette dose pouvait être modulée selon la tolérance du patient au traitement et l'apparition de symptômes de sevrage dans les jours suivant le début de la buprénorphine (minimum : 2 mg, maximum : 8 mg). Un calendrier de sevrage progressif de la buprénorphine a ensuite été proposé au patient, visant un sevrage complet en 9 mois maximum. Selon le plan statistique de Fleming, ce critère était considéré comme atteint, si au moins 7 des 11 patients avaient une analyse d'urine sans opioïde, incluant la buprénorphine, à la fin de l'étude, validant ainsi le sevrage complet de tous les opioïdes.

Résultats

Sur les 20 patients inclus dans l'étude, 16 n'ont pas réussi à se sevrer progressivement de leur analgésique opioïde. Parmi eux, 11 ont accepté de remplacer leur opioïde par de la buprénorphine. Parmi ces derniers, 7 ont réussi à se sevrer de la buprénorphine en moins de 9 mois.

Conclusion

Ce protocole structuré de sevrage ambulatoire à la buprénorphine est efficace pour sevrer les patients souffrant de douleurs chroniques non cancéreuses de l'antalgique opioïde dont ils étaient devenus dépendants. Les résultats concernant la tolérance, notamment l'impact du sevrage sur la douleur et d'autres comorbidités sont actuellement en cours d'analyse et seront présentés lors du congrès.

Bibliographie



1. Haute Autorité de Santé. Bon usage des médicaments opioïdes : antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses [Internet]. Saint-Denis: Haute Autorité de Santé; 2022 mars [cité 8 avr 2022]. Disponible sur:
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3215131/fr/bon-usage-des-medicaments-opioides-antalgie-prevention-et-prise-en-charge-du-trouble-de-l-usage-et-des-surdoses



PO_20 - Le toucher massage en douleur chronique

C. Amirou 1, S. Pietrzak 1, M. David 1, P. Dutrieux 1, A. Michel 1, K. Masly 1, I. Thorel 1
1 Centre Hospitalier - Douai (France)

Résumé

La clinique de la douleur chronique est une clinique de la complexité.[1]

Chaque intervention apporte une pierre à la construction d'un accompagnement pluri professionnel permettant au sujet d'appréhender sa douleur au mieux. L'une des propositions apportée par la consultation Douleur de Douai, est l'hospitalisation de semaine au cours de laquelle des traitements médicamenteux sont instaurés. L'hospitalisation apporte un étayage, une enveloppe [2] de sécurité qui permet un accompagnement psychique essentiel pour le sujet. Ainsi après avoir insisté sur le lien dans l'accompagnement des sujets douloureux chroniques. [3] [4], nous nous proposons d'étudier le lien que les sujets ont envers eux-mêmes à travers le toucher massage.

Des séances de toucher massage sont proposées aux sujets afin d'amener une introspection corporelle à différents niveaux : le toucher de l'autre effraie-t-il ? ou est-ce le contact de la zone douloureuse ? Le corps peut-il ressentir de la détente ? Comment est accueillie, ressentie cette sensation ? Peut-elle être utilisée comme ancrage pour des techniques autres comme l'autohypnose, la sophrologie, ?

De plus, Canguilhem G. reprenant Leriche R. parlait de « la santé comme le silence des organes » [5]. Et si les sujets allaient au contact du silence des parties non douloureuses, au-delà de la douleur pour aller à la rencontre de cette chair, qui accompagne chacun au quotidien, dans la plus pure ignorance. Le toucher massage peut-il apprendre au sujet à accéder à ces ressentis corporels, à les prendre en considération tel une éducation thérapeutique ? [6]

De même, l'appropriation par le sujet de sensations corporelles apaisantes et agréables lors du toucher massage peut-elle participer au travail de ré-encodage de la mémoire de la douleur [7] ?

Ce poster se propose d'étudier les retours d'audit de sujets sur l'apport du toucher massage à partir d'un questionnaire établi par notre groupe de travail.

Bibliographie

- [1] Barfety V. Pourquoi la clinique de la douleur est-elle une clinique de la complexité ?, Annales Medico-psychologiques, revue psychiatrique, Vol 1789, Issue 10, Dec 2020, p 1008 – 1012.
- [2] Anzieu D., Du Moi-peau aux enveloppes psychiques in Le Moi-peau, Paris, Dunod, 1995.
- [3] Amirou C., David M. (2017) Poster Congrès SFETD « le lien en douleur chronique »
- [4] Amirou C., Savoie C., Lasfer M, David M., Nedelescu I. (2018) Poster Congrès SFETD « le lien en douleur chronique (suite) »
- [5] Bezy O. « la santé c'est la vie dans le silence des organes » in La revue Lacanienne 2009/1 n°3, p.47 – 50
- [6] Cook A.R. (2023), Poster congrès SFETD, "L'éducation des lombalgiques chroniques en premiers soins"
- [7] Frot Maud (2023) Poster Congrès SFETD, « Mémoire de la douleur et du contexte associé dans un protocole en réalité virtuelle immersive ».



PO_21 - Qu'apporte un atelier d'estime de soi aux patients fibromyalgiques ?

M.L.T. Le Traon 1, M.N. Nouri 2, C.G. Gicquello 3

1 Thèse De Médecine Générale - Toulon (France), 2 Chef Du Service Douleur - Château Gontier (France), 3 Ide Du Service Douleur - Château Gontier (France)

Résumé

Introduction. L'estime de soi est faible voire très faible chez les patients fibromyalgiques (FM) [1]. La mésestime de soi augmente les effets du stress sur la santé physique [2] et diminue l'espérance de vie [3]. Il existe très peu d'études pour l'améliorer à l'aide d'un atelier dédié. Nous proposons d'étudier l'effet d'un atelier sur l'estime de soi intégré à un programme d'éducation thérapeutique (ETP) adressé aux patients fibromyalgiques.

Matériels et méthodes. Etude rétrospective quantitative à partir des données anonymisées de 240 patients du service douleur de l'Hôpital du Haut Anjou entre octobre 2018 et avril 2022. L'échelle de Rosenberg, test de référence de l'estime de soi, HAD, SF12 a été choisie par le service. L'analyse a été faite avec le logiciel R sous R studio. L'atelier consiste à projeter 3 à 6 scénettes parmi les 8 films élaborés dans la consultation.

Résultats. Notre étude a montré des résultats statistiquement significatifs sur l'estime de soi des patients ($p < 0,001$) assistant à l'atelier comparativement aux absents avec une augmentation moyenne du score de Rosenberg de 26,7 à 29,25. Les scores du HAD (anxiété/dépression), SF12 (qualité de vie) et Rosenberg (estime de soi) sont abaissés chez le patient FM et significativement corrélés entre eux ($p < 0,001$).

Discussion. Notre étude trouve des résultats cohérents avec la littérature et selon l'état de l'art, est la seule étude au sujet d'un atelier dédié à l'estime de soi dans la FM et comportant un nombre aussi conséquent de patients. Même si cette séance seule a apporté une évolution favorable du point de vue statistique, l'ensemble de l'ETP a renforcé cet effet dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire.

Conclusion. Un atelier d'estime de soi sur la FM permet de l'améliorer. Devant le rôle protecteur de l'estime de soi sur la santé physique, il serait pertinent de considérer son potentiel dans les futurs programmes concernant la santé et en particulier la FM.

Bibliographie

- [1] Galvez-Sánchez, Carmen M., Stefan Duschek, and Gustavo A. Reyes Del Paso. "Psychological impact of fibromyalgia: current perspectives." *Psychology research and behavior management*. 2019 ; 12 : 117-27.
- [2] Juth V., Smyth J. M., & Santuzzi, A. M. How do you feel? Self-esteem predicts affect, stress, social interaction, and symptom severity during daily life in patients with chronic illness. *Journal of health psychology*. 2008; 13(7) : 884-94.
- [3] Marmot, M. Self esteem and health. *Bmj*. 2003; 327, 574–575



PO_22 - Missions et plus value d'une RCP « Douleur Pelvienne Chronique » Expérience du Médipôle LYON VILLEURBANNE

C. Baude 1, M. Freyrier 1, M. Duraffourg 2, M. Godot 1, C. Roux 1, B. Galiegue 1, M. Barmaki 1
1 Centre De La Douleur Medipole Lyon Villeurbanne - Villeurbanne (France), 2 Centre De La Douleur Hôpital Neurologique - Bron (France)

Résumé

INTRODUCTION

Les douleurs pelviennes chroniques sont fréquentes d'étiologie et de prise en charge difficile nécessairement pluridisciplinaire. Les ARS sont de plus en plus en faveur du fléchage de filières d'expertises spécifiques régionales pour certaines pathologies douloureuses et donc des douleurs pelviennes chroniques. Les derniers référentiels de l'HAS recommandent pour la prise en charge de la douleur des réunions pluridisciplinaires régulières avec au moins deux somaticiens et un psychologue ou psychiatre, le tout adapté à la pathologie rencontrée (1). L'équipe pluridisciplinaire du Médipôle LYON VILLEURBANNE se réunit une fois par mois et se compose de deux algologues spécialisés, un neurochirurgien, une psychologue, une kinésithérapeute et un ostéopathe. L'objet de cette communication est de décrire l'activité du groupe pluridisciplinaire lyonnais avec ces missions et d'évaluer sa plus-value.

MATERIEL ET METHODES

De Janvier 2023 à Mars 2024 60 patients d'âge moyen 53,3 ans dont 46 femmes adressés initialement soit par un centre anti-douleur ou par un spécialiste d'organe ou un médecin généraliste ont été adressés à la RCP en présence du patient après une consultation avec un algologue de notre consultation douleur. Les diagnostics posés ont été les suivants : une névralgie pudendale (23,3%), un suivi de névralgie pudendale opérée (33%), une coccygodynie (11,6%), un syndrome d'hypersensibilité pelvienne (15%), une douleur de l'ischion (13,3%) et une douleur neuropathique autre (3%). La question posée à la RCP a été une confirmation du diagnostic et de l'indication chirurgicale pour la névralgie pudendale ? un bilan complémentaire ? une adaptation thérapeutique ?

RÉSULTATS

Le diagnostic et en outre la validation de la chirurgie de libération du nerf pudendale ou de la neuromodulation implantée antalgique ont été confirmées dans 64,5% des cas (récusées dans 35,5%). Une adaptation thérapeutique a été proposée dans 52% des cas avec une poursuite de la même prise en charge dans 48% des cas.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Les référentiels de l'HAS recommandent pour la prise en charge de la douleur des réunions pluridisciplinaires régulières et les ARS sont de plus en plus en faveur du fléchage de filières d'expertises spécifiques comme les douleurs pelviennes chroniques. La plus-value de notre groupe pluridisciplinaire grâce à notre RCP présentielle se situe dans sa conformité réglementaire et dans ces intérêts (diagnostic et prise en charge chirurgicale confirmée dans 64,5% des cas et adaptation thérapeutique dans 52% des cas). La présence du patient à cette RCP nous paraît justifiée et indispensable.



Bibliographie

BIBLIOGRAPHIE

1 -Parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique. Validé par le Collège (HAS SFETD et COLLEGE DE MÉDECINE GÉNÉRALE) le 11 janvier 2023



PO_23 - NeuroStimulation Implantée à visée antalgique (NSI) et douleurs neuropathiques post-radiothérapie

H. Alipour 1, S. Raoul 2, S. Lecoeur 1, A. Petriolle 1

1 Médecin - Saint Briec (France), 2 Médecin - Nantes (France)

Résumé

INTRODUCTION

Les douleurs neuropathiques du cancer sont sous-estimées, mal-diagnostiquées et mal traitées. Le recours à la NSI dans ces situations est encore insuffisamment fait voire encore moins que contre les douleurs neuropathiques non-cancéreuses. Or les recommandations en date de 2020 [1] la proposent et ne font pas de distinction entre ces deux situations.

Nous allons présenter le cas d'une patiente née en 1959 et allons décrire son parcours.

PRÉSENTATION

Cette patiente a été traitée pour un carcinome épidermoïde du col utérin par une curiethérapie suivie d'exérèse chirurgicale. Elle est considérée en rémission et n'a plus de suivi. 2 mois après la fin de sa curiethérapie, les 1ères douleurs se sont installées et ont été traitées par les 3 paliers de l'OMS et par Lyrica. Elle n'a été adressée à notre structure douleur chronique (SDC) que 7 ans après le début de ses douleurs !

Lors de la 1ère consultation, elle a estimé ses douleurs à 4/10 et pendant ses crises quotidiennes à 10/10. Le QDN4 est à 4/10 et l'HADS à 16/42. Elle prenait tous les jours 120mg d'oxycodone LP, 20 à 120 mg d'oxynorm LI et 200mg de Prégabaline. L'oxynorm LI la déconnectait lors des crises et n'avait aucune action antalgique.

Durant l'année qui a suivi, les différentes thérapies antineuropathiques ont été essayées sans succès (Cymbalta, Neurontin, TENSthérapie, rTMS, ...). Ce temps a été aussi nécessaire afin de gagner sa confiance. La NSI a été proposée et a été acceptée. Une électrode chirurgicale a été posée au niveau T9-T10.

Le soulagement a été immédiat avec la disparition des crises, la baisse de l'intensité douloureuse de fond permettant la diminution progressive puis l'arrêt de tout traitement oral.

4 ans après, elle a arrêté d'elle-même sa NSI sans aucune récurrence douloureuse. Elle n'a pas souhaité l'ablation du générateur et bénéficie d'un suivi annuel.

DISCUSSIONS

Ce cas illustre l'insuffisance de la prise en charge des douleurs du cancer et le retard à l'adressage aux SDC. L'errance thérapeutique reste encore fréquente chez les patients ayant des douleurs du cancer actif ou des douleurs séquellaires.

Le recours à la NSI reste encore trop faible en France dans les douleurs neuropathiques rebelles et davantage en situation de cancer. Or les différentes publications plaident en faveur de la NSI dans les douleurs neuropathiques du cancer [2, 3, 4, 5].

CONCLUSIONS

La commission douleur du cancer et la commission neuromodulation de la SFETD mènent un travail conjoint quant à la place de la NSI dans les douleurs neuropathiques du cancer actif et des douleurs séquellaires. Nous avons hâte de connaître les



conclusions et espérons que ce travail encourage l'adressage précoce aux SDC mais aussi le recours à la NSI dans ces situations si complexes et rebelles.

Bibliographie

- 1 : X. Moisset et al. Douleur analg. 2020-0113 : Traitements pharmacologiques et non pharmacologiques de la douleur neuropathique : une synthèse des recommandations françaises. <https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2021/02/synth%C3%A8se-RECOS-DN-langue-fran%C3%A7aise1.pdf>
- 2 : Alexandre E et al. Spinal Cord Stimulation as a Treatment Option for Intractable Neuropathic Cancer Pain. 2008. Clinical Medecine & Ressearch . 2008. Tome 9, N° 3/4 : 103-106
- 3 : Chwistek M. Recent advances in understanding and managing cancer pain [version 1; referees: 3 approved] F1000Research 2017, 6(F1000 Faculty Rev):945 (doi: 10.12688/f1000research.10817.1)
- 4 : Hagedorn JM et al. Current Perspectives on Spinal Cord Stimulation for the Treatment of Cancer Pain. Journal of Pain Research 2020;13 3295–3305
- 5 : KIRKPATRICK K et al. Neuromodulation for Adjunctive Treatment in Postmastectomy Pain Syndrome. Cureus. 2023. 15(10): e47827. DOI 10.7759/cureus.47827



PO_24 - Introduire des techniques de neuromodulation non-invasive (tDCS, tsDCS) dans une structure douleur chronique- Quel intérêt pour nos patients?

M. Papaianu 1
1 Cetd Du Confluent - Nantes (France)

Résumé

L'homme a découvert les vertus thérapeutiques du courant électrique et du champ magnétique depuis des millénaires. Dans le premier écrit sur l'usage de l'électricité dans le traitement de la douleur, le traité de prescription médicale de l'an 47 « Compositiones medicae » de Scribonius Largus, le médecin de l'empereur romain Claudius, préconise « pour d'insupportables et anciens maux de tête, l'application d'une torpille noire vivante à l'endroit de la douleur ». Aujourd'hui les appareils modernes non invasives de stimulation cérébrale, utilisent des techniques comme la stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS) et la stimulation transcrânienne par courant continu (tDCS) pour le traitement des douleurs chroniques réfractaires.

Nous avons aujourd'hui accès à de nombreuses études qui confirment l'innocuité et l'efficacité de la rTMS et de la tDCS dans le traitement des douleurs chroniques. Les techniques de neuromodulation agissent sur la douleur par différents mécanismes. La rTMS et la tDCS peuvent avoir des indications sélectives dans le traitement de la douleur, à cause de leurs différents mécanismes d'action.

Nous souhaitons montrer nos expériences concernant l'introduction de ces techniques de neuromodulation corticale dans notre CETD, le Centre d'Etude et Traitement de la Douleur au sein de l'Hôpital du Confluent à Nantes. Qu'apportent ces techniques pour nos patients douloureux chroniques ? Quelles sont les difficultés rencontrées quand une nouvelle technique arrive dans un CETD déjà bien structuré, comment faire pour que cette technique soit acceptée par nos équipes médicales et paramédicales ? Quelles sont les provocations, les avantages et les promesses de ces nouveaux outils dans le traitement de la douleur ? Nous allons essayer d'apporter ici quelques réponses à toutes ces questions et faire part à nos collègues de notre expérience.

Bibliographie

1. Transspinal Direct Current Stimulation Produces Persistent Plasticity in Human Motor Pathways. Murray LM, Tahayori B, Knikou M. *Sci Rep.* 2018 Jan 15;8(1):717. doi: 10.1038/s41598-017-18872-z. PMID: 29335430 Free PMC article.
2. Effect of transspinal direct current stimulation on afferent pain signalling in humans. Thordstein M, Svantesson M, Rahin H. *J Clin Neurosci.* 2020 Jul;77:163-167. doi: 10.1016/j.jocn.2020.04.116. Epub 2020 May 14. PMID: 32418809 Clinical Trial.
3. Repeated cathodal transspinal pulse and direct current stimulation modulate cortical and corticospinal excitability differently in healthy humans. Murray LM, Knikou M. *Exp Brain Res.* 2019 Jul;237(7):1841-1852. doi: 10.1007/s00221-019-05559-2. Epub 2019 May 11. PMID: 31079235
4. Transspinal stimulation downregulates activity of flexor locomotor networks during walking in humans. Zaaya M, Pulverenti TS, Islam MA, Knikou M. *J Electromyogr Kinesiol.* 2020 Jun;52:102420. doi: 10.1016/j.jelekin.2020.102420. Epub 2020 Apr 14. PMID: 32334377
5. Knotkova H, Hamani C, Sivanesan E, Le Beuffe MFE, Moon JY, Cohen SP, Huntoon MA. Neuromodulation for chronic pain. *Lancet.* 2021 May 29;397(10289):2111-2124. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00794-7. PMID: 34062145.



6. Lloyd DM, Wittkopf PG, Arendsen LJ, Jones AKP. Is Transcranial Direct Current Stimulation (tDCS) Effective for the Treatment of Pain in Fibromyalgia? A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pain*. 2020 Nov-Dec;21(11-12):1085-1100. doi: 10.1016/j.jpain.2020.01.003. Epub 2020 Jan 23. PMID: 31982685.

7. Pacheco-Barrios K, Cardenas-Rojas A, Thibaut A, Costa B, Ferreira I, Caumo W, Fregni F. Methods and strategies of tDCS for the treatment of pain: current status and future directions. *Expert Rev Med Devices*. 2020 Sep;17(9):879-898. doi: 10.1080/17434440.2020.1816168. Epub 2020 Sep 15. PMID: 32845195; PMCID: PMC7674241.

8. Lefaucheur JP, Antal A, Ayache SS, Benninger DH, Brunelin J, Cogiamanian F, Cotelli M, De Ridder D, Ferrucci R, Langguth B, Marangolo P, Mylius V, Nitsche MA, Padberg F, Palm U, Poulet E, Priori A, Rossi S, Schecklmann M, Vanneste S, Ziemann U, Garcia-Larrea L, Paulus W. Evidence-based guidelines on the therapeutic use of transcranial direct current stimulation (tDCS). *Clin Neurophysiol*. 2017 Jan;128(1):56-92. doi: 10.1016/j.clinph.2016.10.087. Epub 2016 Oct 29. PMID: 27866120.

9. Scribonii L (1528) *Ad capitis dolorem*. In: *Compositionibus medicamentorum Liber unus*. Joanne Ruellio, doctore medico castigatore, Paris



PO_25 - OPTYMED 2 : impact d'une formation standardisée des équipes officinales sur la douleur et sa gestion

N. Attal 1, B. Clairaz-Mahiou 2, P. Louis 3, N. Kraupner 4, J.Y. Millon 4, S. Perrot 5

1 Pain Center, Ambroise Paré Hospital - Boulogne-Billancourt (France), 2 Community Pharmacy - Chatenay-Malabry (France), 3 Community Pharmacy - Fontaine-Lès-Dijon (France), 4 Affaires Médicales, Upsa Sas - Rueil Malmaison (France), 5 Pain Center, Cochin Hospital - Paris (France)

Résumé

Introduction : Une étude réalisée auprès des officines françaises a démontré que 61% des pharmaciens et 39% des préparateurs déclaraient avoir reçu une formation à la douleur. [1] L'étude OPTYMED 2 avait pour objectif d'évaluer les bénéfices de la formation sur les connaissances des pharmaciens et préparateurs officinaux vis-à-vis de la douleur et sa prise en charge. [2]

Méthodes : OPTYMED 2 s'est déroulée en 2 phases et a inclus 190 professionnels de santé (PDS), pharmaciens et préparateurs, répartis aléatoirement dans 2 groupes. Lors de la phase 1 de l'étude, seul le groupe 1 a réalisé une formation sur la douleur qui comprenait aussi des situations « à risque » (mésusage, grossesse, interactions médicamenteuses, comorbidités, ...). Lors de la phase 2, les PDS du groupe 1 ont été répartis aléatoirement dans 2 sous-groupes selon leur accès (groupe 1.1) ou non (groupe 1.2) à un matériel de synthèse post-formation. Le niveau de satisfaction des participants (sur une échelle de 0 à 10) ainsi que l'impact sur la pratique ont aussi été évalués.

Résultats : Les résultats de la phase 1 montrent un taux de bonne réponse supérieur pour le groupe 1 (65,2% vs 55,5% ; $p < 0.001$) et un score de très bonnes réponses (>70%) également supérieur (35% vs 2% ; $p < 0.0001$). Les résultats par sous-groupe montrent aussi un taux de réponse supérieur dans le groupe 1.1 par rapport au groupe 1.2 (43,6% vs 11,8%). Enfin 46% des PDS du groupe 1 ont maintenu ou augmenté leurs scores par rapport à la première évaluation concernant les situations « à risque ». Le niveau moyen de satisfaction vis-à-vis du contenu de la formation était bon (7 ± 2) ; 79% des PDS la recommanderaient à un collègue, 83% souhaiteraient conserver un accès à la documentation et 87 % considèrent que la formation leur a permis d'améliorer leur capacité de prise en charge des patients douloureux pour les situations « à risque ».

Conclusion : OPTYMED 2 confirme un bénéfice de la formation sur les connaissances générales sur la douleur et une meilleure identification des situations/patients à risque. Le bénéfice de cette formation perdure dans le temps. La formation continue avec mise à disposition d'accès à la formation et d'outils pratiques est essentielle pour améliorer la prise en charge de la douleur en officine et assurer une rémanence à long terme des connaissances.

Bibliographie

- [1] Delouya S et al. Press Med 2019;48:e273-e283.
- [2] Rapport d'étude d'Optymed 2



PO_26 - Prise en charge pluri-professionnelle (bio-psycho-social) de la douleur chronique séquellaire d'un cancer en HDJ-douleur

C. Thery 1, E. Carpentier 2, J. Le Fel 3, O. Rigal 4

1 Médecin Douleur-Soins Palliatifs - Rouen (France), 2 Kinésithérapeute - Rouen (France), 3 Psychologue - Rouen (France), 4 Oncologue - Rouen (France)

Résumé

La prise en charge de la douleur représente un aspect primordial de la qualité de vie des patients atteints de cancer. Appréhender la douleur chronique selon le modèle bio-psycho-social, nécessite la collaboration de spécialistes et repose sur une démarche évaluative, thérapeutique, multimodale et rééducative. La prise en charge de la douleur chronique séquellaire d'un cancer est possible en HDJ-Douleur depuis le mois d'octobre 2021 au CLCC de Rouen [1]. Les missions sont alors d'expliquer au patient la notion de chronicité, d'évaluer de manière globale, et de proposer un parcours de soins adapté à chaque situation et un projet thérapeutique personnalisé. Cela permet de suivre l'évolution des services hospitaliers et du « virage ambulatoire ». Cette activité répond aux besoins des patients et des professionnels dans une approche pluri professionnelle.

Plus de 200 HDJ ont été réalisés, soit en moyenne deux par semaine à effectif constant. Les pathologies regroupent : la sénologie (50% des cas), le myélome, le sarcome, les cancers de la sphère ORL. L'évaluation multidisciplinaire par l'algologue, l'infirmière, le kinésithérapeute (80% des HDJ) et/ou le psychologue (presque 50% des HDJ), permet de proposer un projet thérapeutique personnalisé. Ces approches psychologiques et rééducatives basées sur le travail-sensori-moteur (TENS, activité physique adaptée), l'éducation au mouvement et la lutte contre la kinésiophobie sont le « socle de base ». D'autres soins de support comme la sophrologie, l'hypnose, les soins de socio-esthétiques peuvent être associés. L'expertise complémentaire (nutrition, bilan social, MPR) de professionnels peut être requise selon les besoins identifiés. Le temps dédié d'évaluation permet également la coordination avec les acteurs de la ville, proche du domicile du patient (médecin traitant, pharmacie, cabinet de kinésithérapie, psychologue ...). L'accompagnement de la famille est possible. Cette prise en charge pluriprofessionnelle vise à diminuer la douleur et à améliorer la qualité de vie. Il ne faut pas omettre que les douleurs chroniques du cancer sont multimorphes et évolutives [2] nécessitant une approche globale, multimodale et adaptative.

Les perspectives seraient d'évaluer l'impact de ces actions par un questionnaire « expérience patient », par le nombre de consultations non programmées et d'hospitalisation en urgence chez ces patients. L'accroissement de l'équipe tend à développer cette activité peut être en y intégrant des outils numériques (e-médecine) évaluant en plus grande globalité les besoins en soins de support.

Bibliographie

HAS parcours de sant d'une persoàne présentant une douleur chronique, janvier 2023

A.LEMAIRE, bulletin du cancer, 2020 et Support care cancer 2019

PO_27 - Algie game : l'escape game pour surmonter la douleur



E. Pelus 1, G. Capronnier 2, J.B. Kraft 3, Y. Bohren 2

1 Clud, Pharmacie - Hcc Colmar (France), 2 Cetd, Clud - Hcc Colmar (France), 3 Pharmacie - Hcc Colmar (France)

Résumé

Introduction. La prévalence de la douleur chronique dans la population générale des pays en développement est estimée à 18 %, et elle devrait augmenter avec la croissance et le vieillissement de la population [1]. Ainsi, il est nécessaire de développer des stratégies de prévention, de diagnostic et de prise en charge de la douleur plus efficaces en raison des coûts socio-sanitaires et personnels engendrés [2]. Sur la base d'un modèle biopsychosocial de la douleur chronique, les recommandations suggèrent la combinaison d'une approche biomédicale à une approche plus globale de la douleur chronique. Cette dernière a pour objectif d'aider les patients à comprendre et appréhender leur douleur [3]. Or, un lieu de contrôle interne et un sentiment d'efficacité personnel élevé sont associés à de meilleurs résultats sur la douleur et son impact au quotidien [4,5], mettant en évidence l'importance d'aider le patient à se sentir compétent pour faire face. Ainsi, des programmes d'éducation thérapeutique proposent des interventions éducatives visant à améliorer la compréhension de la nature biopsychosociale de la douleur et de la capacité d'adaptation du corps. Les patients souffrant de douleurs chroniques apprennent l'importance d'un équilibre entre traitement pharmacologique, activité physique, thérapies complémentaires et stratégies de coping actives [6,7]. Comment faire passer ce message au patient ?

Méthode. L'éducation thérapeutique apparaît plus efficace quand le patient est actif et apprend par des moyens ludiques. Nous proposons un programme d'éducation thérapeutique destiné aux patients douloureux chroniques basé sur la résolution d'un escape game. Ainsi, les patients devront résoudre en groupe une succession d'énigmes dont les réponses font passer des messages-clés concernant la physiologie de la douleur, les aides pharmacologiques et non pharmacologiques, l'adaptation du quotidien, l'activité physique adaptée, le projet socio-professionnel et la restructuration cognitive. L'objectif principal est d'aider le patient à devenir acteur et autonome dans une prise en charge globale de sa douleur. Les patients ciblés souffrent de tous types de douleur chronique et sont suivis au Centre d'Évaluation et Traitement de la Douleur de Colmar. Ils ne présentent pas de dépression d'intensité sévère, ni de déni total du caractère chronique de leur douleur, et peuvent fonctionner en groupe. Les groupes sont composés de 6 patients, avec une homogénéisation de leurs pathologies.

Conclusion. Nous proposons un outil d'éducation thérapeutique unique et ludique à destination des patients douloureux chroniques. Des études cliniques seront dans les suites nécessaires afin d'en évaluer le bénéfice thérapeutique sur les différents aspects bio-psycho-sociaux des patients. Par ailleurs, cet outil pédagogique s'intègre dans un programme d'éducation cohérent et personnalisé à chaque patient.

Bibliographie



- 1- Sa et al. Prevalence of chronic pain in developing countries: systematic review and meta-analysis. 2019. Pain reports.
- 2- Breivik et al. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. 2006. European Journal of Pain.
- 3- Galvez-Sánchez and Montoro. Chronic Pain: Clinical Updates and Perspectives. 2022. Journal of Clinical Medicine
- 4- Zuercher-Huerliman et al. Internal health locus of control as a predictor of pain reduction in multidisciplinary inpatient treatment for chronic pain: a retrospective study. 2019. Journal of Pain Research.
- 5- Karasawa et al. Association between change in self-efficacy and reduction in disability among patients with chronic pain. 2019. Plos One.
- 6- Henrotin et al. Information and low back pain management: a systematic review. 2006. Spine.
- 7- Davydov et al. Personalized behavior management as a replacement for medications for pain control and mood regulation. 2021. Nature.



PO_28 - Les bienfaits d'être à deux : pour lier solidement le soma et la psyché chez les patients douloureux

C. Wu 1, E. Galle 1, L. Larde 1, V. Royer 1, V. Francini 1

1 Ceted Ch Rambouillet - Rambouillet (France)

Résumé

Dans la prise en charge de la douleur chronique, l'intrication psyché-soma est un sujet inévitable. Néanmoins, nombreux sont des patients qui accueillent difficilement cette réalité tant qu'ils pensent que dès qu'on parle de la psychologie on parle de douleur « imaginaire ». En effet dans l'organisation traditionnelle du parcours de soins en médecine l'étiologie « psychogène » n'est évoquée qu'après avoir éliminé toute possibilité d'organicité, et cela ne favorise point la compréhension par les patients de l'importance de l'aspect psychosomatique de la nature humaine. Dans le souhait d'en aborder au mieux cette complexité, nous avons repensé le parcours de soins au sein de notre structure de douleur chronique et avons érigé les consultations dites « mutualisées » comme une étape incontournable pour les patients émotionnellement impactés par et /ou avec la douleur. L'intérêt de cette approche est ici présenté par trois vignettes cliniques et les enjeux thérapeutiques seront discutés.

Bibliographie

- [1] Jean-Strochlic, Christine. « Du cerveau à la pensée », Revue française de psychanalyse, vol. 72, no. 3, 2008, pp. 805-811.
- [2] Derzelle, Martine. « Le déni de la complexité en douleur chronique : la part psychique maltraitée », Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, Vol. 172, Issue 2, 2014, pp. 136-138.



PO_29 - Étude préliminaire observationnelle en vue de l'utilisation de la réalité virtuelle avec le casque Pico G3 utilisant un logiciel HYPNO-VR en cabinet de ville dans la douleur chronique et l'anxiété généralisée-Etude sur 26 cas

K. Kleiber 1

1 Exercice En Ville (Luxembourg)

Résumé

Introduction :L'impact de la réalité virtuelle avec les casques immersifs de type Pico G3 utilisant un logiciel HYPNO-VR sur les douleurs et l'anxiété procédurale est démontré dans de nombreuses études (1), mais son impact et sa place, ainsi que son utilisation en cabinet de consultation de ville dans la douleur chronique et l'anxiété généralisée est mal connue, j'ai réalisé une étude préliminaire sur 26 patients pour juger du potentiel de son utilisation en dehors de l'hôpital, avec étude de l'impact sur la douleur, l'anxiété, indice de satisfaction, et les effets secondaires.

Méthode : Participation de 26 patients présentant soit une douleur chronique (69%) (18 cas dont 13 avec lombalgies (EVA>5 malgré traitement multimodal) et 5 avec fibromyalgie) , et 8 patients avec anxiété généralisée (31%) (défini par un GAD-7>10) , les patients ont bénéficié d'une séance d'HYPNOVR, deux fois par jour pendant 5 jours, avec mesure de l'impact sur la douleur selon l'échelle EVA avant, pendant et avant la séance suivante, impact sur l'anxiété selon l'échelle GAD-7, avant et après l'ensemble des séances, indice de satisfaction de l'expérience sur une échelle de 0 à 10, et recueil des effets secondaires.

Résultats : 6 hommes (23%) et 20 femmes (77%), ont réalisés les séances .Selon l' EVA, groupe douleur chronique : amélioration de 30% pendant la séance mais uniquement une amélioration de 2,5% avant la séance suivante, indice de satisfaction : 85%, 46,1% avec asthénie, 26,9% nausées et 26,9% vertiges dont 19,2% ont présenté l'association asthénie/nausée/vertiges, pour les groupe lombalgie chronique, fibromyalgie et anxiété généralisée on note une diminution respectivement de 28%,25% et 35% de l'anxiété selon l'échelle GAD-7. Deux observations ont été noté en dehors des objectifs de départ ,30,7% ont décrit une amélioration de leur sommeil et 85% des patients ont trouvé le protocole contraignant,30,7% ont dû passer à une séance par jour pour inconfort

Discussion : Le protocole est trop court pour juger de l'impact sur la douleur chronique, et selon la littérature, une séance par jour pendant 8 semaines semble avoir un impact positif pour les lombalgies chroniques (2,3), l'impact positif sur l'anxiété est retrouvé à court terme et il est plus positif dans le groupe anxiété généralisée, mais avec nécessité d'une évaluation à plus long terme. L'utilisation de l'HYPNO-VR est donc possible en cabinet de consultation de ville, avec de préférence une séance par jour, sur des cohortes de patients plus homogène, et pour les prochaines études, l'étude de l'impact sur le sommeil et la qualité de vie avec des échelles adéquates est souhaitable.

Un poster est disponible

Bibliographie
Références :



- 1-Mallari B et al, Virtual reality as an analgesic for acute and chronic pain in adults :a systematic review and meta-analsis. J Pain Res.2 Juill 2019 ;12 :2053-85
- 2-Goudmann L et al, Virtual reality applications in chronic pain management : systemic review and meta-analysis : JMIR Srious games 2022 :vol.10 :iss 2 :e34402
- 3-Maddox T et al, Durable chronic low back pain reductions up to 24 months after treatment for an accessible, 8-week, in home behavioral skills-based virtual reality program :a randomized controlled trial. Pain Medicine :2023,24, 1200-1203



PO_30 - Prévalence des patients douloureux consultant un Masseur-Kinésithérapeute en France - Etude épidémiologique nationale PHYSIODOL

C. Quesada 1, T. Mussigmann 2, J.P. Lefaucheur 3, A. Choplin 4, L. Garcia-Larrea 5

1 Département De Masso-Kinésithérapie, Université Claude-Bernard Lyon-1 - Lyon (France), 2 Ecole Nationale De Masso-Kinésithérapie Et De Rééducation Des Hôpitaux De Saint Maurice (enkre) 2 Université Paris-Est Créteil, Ea 4391 (excitabilité Nerveuse Et Thérapeutique), Créteil, France - Paris (France), 3 Université Paris-Est Créteil, Ea 4391 (excitabilité Nerveuse Et Thérapeutique), Créteil, France 3 assistance Publique-Hôpitaux De Paris, Hôpital Henri Mondor, Unité De Neurophysiologie Clinique, Créteil, France - Paris (France), 4 Université Nice Côte D'azur - Nice (France), 5 Neuropain Lab, Lyon Centre For Neuroscience Inserm U1028, Lyon, France 7 Pain Center Neurological Hospital (cetd), Hospices Civils De Lyon, Lyon, France - Lyon (France)

Résumé

Introduction : La douleur occupe une place prépondérante dans le monde de la santé, puisqu'elle est le premier motif de consultation aux urgences et l'un des trois premiers motifs de consultation en médecine. Si tous les rééducateurs sont bien conscients de la place centrale qu'elle occupe dans sa prise en soin, il est toutefois intéressant de noter qu'à ce jour aucune étude épidémiologique n'a référencé en France la prévalence des patients douloureux consultant un Masseur-Kinésithérapeute (MK).

Objectif : Établir la prévalence des patients douloureux consultant un Masseur-Kinésithérapeute.

Méthodologie : L'enjeu principal est de quantifier et caractériser la part de patients douloureux vu par un masseur-kinésithérapeute dans sa patientèle. En collaboration avec plusieurs experts de la douleur issus de l'INSERM, des sciences humaines pour la conception questionnaire ainsi que du comité scientifique de la SFETD, nous avons construit un questionnaire le plus pertinent et précis possible aux vues de nos objectifs initiaux. L'étude a fait l'objet d'une validation par le comité d'éthique de l'Université Claude Bernard Lyon-1 et nous bénéficions également du soutien des deux sociétés savantes faisant référence au niveau national dans le domaine de la masso-kinésithérapie et de la douleur à savoir : la Société Française de Physiothérapie (SFP) ainsi que de la commission recherche de la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD).

Le questionnaire a été diffusé de janvier 2024 à juin 2024 sur l'ensemble du territoire français via les conseils ordinaires départementaux (CDO) et les URPS de masseurs-kinésithérapeutes.

Résultats & Discussion : Nous présenterons les résultats finaux de l'étude à savoir : la proportion de patients douloureux vus quotidiennement, la proportion de patient ayant la douleur comme 1er motif de consultation, la part des douleurs chroniques/aiguës, la localisation de la douleur ou encore l'intensité moyenne de la douleur des patients douloureux.



PO_31 - La douleur en réanimation pédiatrique : un travail d'équipe.

I. Foufa 1, S. Bernheim 1, A. Ridley 1, G. Orliaguet 1

1 Hôpital Necker-Enfants Malades - Paris (France)

Résumé

Introduction

En réanimation de chirurgie cardiaque pédiatrique (RCCP), l'évaluation et la prise en charge de la douleur sont souvent rendues complexes par le jeune âge des patients, les soins invasifs et l'instabilité hémodynamique justifiant une sédation profonde.

Nous avons voulu recueillir l'avis de l'ensemble d'une équipe de RCCP, médecins et personnel paramédical sur les pratiques d'évaluation et de traitement de la douleur des enfants pour dégager des pistes de réflexion et d'amélioration de nos pratiques.

Matériel & Méthodes

Un questionnaire de 10 items a été rédigé conjointement par une anesthésiste-réanimatrice exerçant en RCCP et une pédiatre exerçant dans l'équipe « Douleur et soins palliatifs » de l'hôpital, destiné à être rempli de manière anonyme (Annexe 1). Il a été mis à disposition de l'ensemble de l'équipe pendant un mois. Chaque question appelait une réponse chiffrée entre 0 et 10, et des espaces vides étaient laissés pour des commentaires libres.

Résultats

Cinquante-six soignants ont répondu à l'enquête : 7 médecins, 43 paramédicaux et 6 personnes n'ayant pas spécifié leur profession.

A la question « Trouvez-vous les échelles d'évaluation de la douleur faciles à utiliser ? », la réponse médiane des médecins était de 10 [7 ; 10] (sur une échelle de « 0 : pas du tout » à « 10 : tout à fait ») et celle des paramédicaux de 7,5 [2 ; 10] ($p = 0,03$).

A la question « Voudriez-vous participer à une formation sur la prise en charge de la douleur ? », la réponse médiane était de 10 pour l'ensemble de l'équipe sans différence entre médecins et paramédicaux.

La qualité de la communication au sein de l'équipe à propos de la douleur des enfants est évaluée par l'ensemble de l'équipe à 6 [1 ; 10] sur une échelle allant de 0 à 10 sans différence significative entre les médecins et les paramédicaux ($p = 0,65$).

Un total de 8 paramédicaux (14,2% des répondants) exprimait dans les commentaires libres le souhait d'améliorer l'analgésie pour ablation des drains et redons thoraciques, jugée insuffisante.

Conclusion

Les résultats de l'enquête ne montrent de différence significative entre médecins et paramédicaux que sur la facilité d'utilisation des échelles d'évaluation de la douleur, sous réserve de la faible performance discriminante du recueil de données par questionnaire.

Nous avons cependant mis en évidence une volonté commune de formation à la prise en charge de la douleur, notamment par l'hypno-analgésie, et la nécessité de repenser l'analgésie pour ablation des drains et redons ainsi que la communication au sein de l'équipe.



Ces résultats nous ont servi de base pour une réflexion commune autour de l'amélioration de nos pratiques et pourraient être utiles à d'autres équipes de réanimation pédiatrique.



PO_32 - L'apport d'un suivi de la douleur en vie réelle dans l'accompagnement des patients utilisateurs de TENS

M.H. Huet 1, R.J. Jouvencel 1

1 Sublimed

Résumé

La lombalgie est une condition courante qui touche une grande partie de la population mondiale, impactant significativement la qualité de vie. La thérapie par neurostimulation électrique transcutanée (TENS) offre une solution non invasive et efficace pour le soulagement de la douleur. Afin d'illustrer l'intérêt des données en vie réelle, ce poster présente une analyse des données récoltées, sur les trois premiers mois d'utilisation, par un TENS connecté (démographie, utilisation du TENS, soulagement) chez une patiente souffrant de lombalgie en comparaison avec la moyenne des patients atteints de lombalgie et utilisateurs du TENS connecté,

Discussion

Les données récoltées par un appareil TENS connecté disponible sur le marché montrent que la patiente utilise le dispositif TENS de manière répétée, avec des résultats positifs en termes d'amélioration de la mobilité et de réduction de la douleur. Un échange enrichissant peut avoir lieu avec la patiente sur plusieurs points :

Engagement envers le traitement : La patiente utilise-t-elle régulièrement le TENS ?

Observance de la prescription : La patiente suit-elle les recommandations concernant les programmes, la durée et la fréquence d'utilisation fournies lors de l'éducation thérapeutique ?

Engagement dans l'activité physique : Sur la période étudiée, la patiente affiche une progression du nombre de pas moyen journalier plus élevé, reflétant une amélioration notable de la mobilité (+44% contre +10% pour la moyenne de la population).

Efficacité perçue : L'Indice d'efficacité des séances (IES) de la patiente montre une satisfaction positive avec une valeur de 1,7 points.

Conclusion

L'apport d'un suivi basé sur les données en vie réelle peut être un atout précieux pour les professionnels de santé dans les centres d'évaluation et de traitement de la douleur (CETD), en tant qu'outil de communication, d'éducation thérapeutique, et d'engagement des patients dans leur thérapie. Cette approche permet non seulement d'optimiser les protocoles de soin, mais aussi de fournir un puissant moyen de communication entre les patients et les professionnels de santé dans les CETD.

Comparaison entre données de la patiente et moyenne sur la population

Patiente*

Moyenne sur la population

Démographie

Indication

Lombalgie

Taille (cm) 155 164

Poids (kg) 63 72



ge (ans) 48 45
IMC (kg/m²) 26 26,7
Utilisation et Efficacité du TENS
Nombre total de séances de stimulation réalisées
82 78
Durée moyenne de stimulation (min)
48 98
Nombre de pas moyen
4771 pas/jour 3322 pas/jour
Nombre de séances par semaine
1,8 8,3
Évolution de l'indice de mobilité
+44% +10% (écart type : 71%)
Indice d'efficacité des Séances (IES)
1,7 0,8
Programmes les plus utilisés
P6 : 30 séances, 48 minutes
P1 : 20 séances, 45 minutes
P3 : 17 séances, 47 minutes
P1 : 28 séances, 85 minutes P10 : 26 séances, 81 minutes
P6 : 24 séances, 88 minutes



PO_33 - Retour d'expérience de groupes thérapeutiques combinant hypnose thérapeutique et musique dans une Structure Douleur Chronique (SDC) pédiatrique.

E. Cottignies 1, A. Benhamou 1, A. Boumediene 1, V. Zellner 1, J. Ngo 1

1 Sdc Pédiatrique, Chi Creteil - Creteil 94 (France)

Résumé

Selon les dernières recommandations internationales, la douleur chronique nécessite une prise en charge globale centrée sur le patient et sa qualité de vie. La prescription d'antalgiques puissants est à limiter au maximum, au profit de prises en charge non médicamenteuses (1). Au sein de la Structure Douleur Chronique (SDC) pédiatrique du CHI Créteil, les enfants et adolescents consultant pour des douleurs chroniques ont pu disposer d'une proposition thérapeutique de fond, basée sur une approche intégrative associant hypnose, musique et dynamique de groupe.

L'hypnose thérapeutique est largement validée depuis de nombreuses années et peut être définie comme suit : « un état de conscience altéré dans lequel le patient est concentré sur une idée spécifique dans le but d'améliorer sa santé mentale ou physique » [2].

La musique produit des effets neurophysiologiques. Elle peut avoir une action sur l'intensité des douleurs aiguës, chroniques et sur l'épargne morphinique, d'après la littérature (2,3). Elle est utilisée dans de multiples champs d'intervention : pédagogiques, accompagnements des soins médicaux, médiations psychothérapeutiques. Certaines séquences musicales ont été composées dans le cadre de musicothérapie dans la gestion de la douleur (4).

Le groupe mobilise, quant à lui, des dimensions corporelles, émotionnelles, psychiques et relationnelles. Le dispositif permet d'articuler les problématiques individuelles dans le contexte d'une dynamique groupale, de faire résonner la compréhension du vécu douloureux individuel dans une perspective intersubjective (5).

Dans notre dispositif, chaque groupe est constitué de 4 enfants d'une même tranche d'âge et se déroule sur une durée d'environ 2 mois. La rencontre est hebdomadaire. Les groupes sont fermés, animés par deux psychologues cliniciennes. L'indication est discutée de manière pluridisciplinaire. Un entretien préalable au groupe et un entretien post-groupe (2 mois après) sont proposés au jeune.

L'originalité du dispositif réside dans la combinaison de plusieurs méthodes non médicamenteuses. Il ne s'agit pas uniquement d'une juxtaposition d'outils mais d'une approche intégrative.

Nous avons constaté, de manière empirique, auprès des enfants et adolescents ayant bénéficié de ce dispositif :

- Une meilleure gestion de la douleur (intensité, durée, régulation),
- Baisse de la consommation médicamenteuse,
- Diminution du retentissement émotionnel associé à la douleur,
- Apprentissage de nouveaux outils,



- Amélioration de l'image de soi,
- Amélioration de la qualité de vie.

Ces observations prometteuses restent à confirmer chez le jeune dans la durée, par la répétition du dispositif avec un plus grand nombre de patients, par l'usage d'échelles validées (de qualité de vie, d'anxiété), de mesures quantitatives (consommation médicamenteuse, jours d'absentéisme scolaire), ainsi que par l'évaluation des améliorations globales.

Bibliographie

1. Guidelines on the management of chronic pain in children. Geneva: World Health Organization; 2020. (WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee).
2. Lemarquis P. Les pouvoirs de la musique sur le cerveau des enfants et des adultes : 2021. (Odile Jacob).
3. Cepeda MS, Carr DB, Lau J, Alvarez H. Music for pain relief. Cochrane Database Syst Rev. 19 avr 2006;(2):CD004843.
4. De Stoutz J, Guétin S. Musicothérapie et douleur. Hegel. 2016;2(2):193-193.
5. Kaës R. L'appareil psychique groupal. 3ème édition. 2010. (Dunod).



PO_34 - Le « double crush syndrom » : intérêt de la collaboration entre neurochirurgien et algologue en pelvi-périnéologie

M. Freydier 1, P. Arcagni 1, M. Duraffourg 2, M. Barmaki 1, C. Baude 1

1 Département Douleur Et Soins De Support / Médipôle Lyon - Lyon (France), 2 Centre D'étude Et De Traitement De La Douleur / Hôpital Neurologique - Lyon (France)

Résumé

Introduction : Lorsqu'elle est décidée, la chirurgie de décompression du nerf pudendal a un objectif fonctionnel : la réussite se définit par la diminution de la douleur mais aussi l'amélioration du temps de position assise (1). Toutefois, certains échecs fonctionnels posent la question d'étiologies intriquées. Le "double crush syndrom" est l'hypothèse qu'un nerf comprimé en périphérie est également susceptible d'être comprimé à un site plus proximal, de manière concomitante et asymptomatique (2-4). Dans le cas du nerf pudendal, différents sites de compression existent, notamment au niveau du rachis lombaire bas.

L'objectif de notre étude rétrospective multicentrique est d'évaluer l'influence du statut rachidien des patients sur le résultat d'une chirurgie de décompression pudendale. Le critère d'évaluation principale est l'amélioration de la douleur, les critères secondaires concernent la qualité de vie : amélioration de l'humeur, récupération fonctionnelle, reprise du travail.

Matériel et méthodes : La population incluse est composée de patients opérés pour une décompression du nerf pudendal par voie transglutéale dont l'indication est validée en RCP. Le statut rachidien des patients est documenté par leurs antécédents et l'imagerie. Sont évalués entre autres l'amélioration de la douleur, le gain de temps de position assise, l'amélioration de l'humeur et la reprise de l'activité professionnelle 12 mois après la chirurgie.

Etaient exclus les patients atteints de pathologies systémiques pouvant favoriser des entrapements nerveux multiples ou d'origine iatrogène.

Résultats : 10 patients répartis en deux groupes : 5 avec une chirurgie réussie, 5 considérés comme un échec. Dans le groupe « réussite », l'amélioration moyenne est de 70%, le gain de position assise est de plus de 60 minutes, la majorité des patients ayant repris le travail. Deux (40%) patients présentent des discopathies lombaires dont un symptomatique. Aucun antécédent de chirurgie rachidienne n'était rapporté. Dans le groupe « échec », ces résultats sont de 25% de soulagement, un gain de 33 minutes de position assise, et aucune reprise du travail. On retrouve chez quatre (80%) patients des discopathies centrées sur les deux derniers étages lombaires, un cas de hernie discale L5-S1, et un cas de chirurgie lombaire L5-S1. Tous sont lombalgiques, avec deux radicualgies en sus. Dans les deux groupes, l'humeur évolue en parallèle du soulagement de la douleur.

Discussion : Les antécédents lombaires semblent se retrouver plus fréquemment associées aux échecs chirurgicaux. Or, les discopathies peuvent être favorisées par un morphotype rachidien pathologique (5). Ainsi, il semble intéressant de réaliser une évaluation rachidienne systématique chez les patients se plaignant de douleurs périnéales, notamment lorsqu'une chirurgie est envisagée. La prise en charge



pluridisciplinaire doit donc inclure une réflexion commune et une collaboration étroite avec un médecin rééducateur.

Bibliographie

1. Levesque A, Bautrant E, Quistrebert V, Valancogne G, Riant T, Beer Gabel M, et al. Recommendations on the management of pudendal nerve entrapment syndrome: A formalised expert consensus. *Eur J Pain Lond Engl*. janv 2022;26(1):7-17.
2. Wilbourn AJ, Gilliatt RW. Double-crush syndrome: a critical analysis. *Neurology*. juill 1997;49(1):21-9.
3. Ochoa-Cacique D, Córdoba-Mosqueda ME, Aguilar-Calderón JR, García-González U, Ibarra-De la Torre A, Reyes-Rodríguez VA, et al. Double crush syndrome: Epidemiology, diagnosis, and treatment results. *Neurochirurgie*. avr 2021;67(2):165-9.
4. Cohen BH, Gaspar MP, Daniels AH, Akelman E, Kane PM. Multifocal Neuropathy: Expanding the Scope of Double Crush Syndrome. *J Hand Surg*. déc 2016;41(12):1171-5.
5. Chaléat-Valayer E, Mac-Thiong JM, Paquet J, Berthonnaud E, Siani F, Roussouly P. Sagittal spino-pelvic alignment in chronic low back pain. *Eur Spine J Off Publ Eur Spine Soc Eur Spinal Deform Soc Eur Sect Cerv Spine Res Soc*. sept 2011;20 Suppl 5:634-40.



PO_35 - Un livre numérique de contes, outil de soins, accessible à tous

S. Le Bourdier 1, A. Commun 2, J. Ngo 3

1 Clud, Co-Présidente - Creteil 94 (France), 2 Clud, Secrétaire - Creteil 94 (France), 3
Responsable Sdc Pédiatrique, Clud, Co-Président - Creteil 94 (France)

Résumé

Le conte, récit court de faits imaginaires, était initialement destiné aux adultes jusqu'au XVII^e siècle. Depuis le siècle des Lumières, les contes ont élargi leur public aux enfants.

Les CHI Créteil et CHI Villeneuve Saint Georges (94) proposent une « initiation hypnose » institutionnelle, formation sur trois jours. Durant ces journées, les soignants ont bénéficié d'un cours théorique sur la création d'un conte métaphorique. Certains récits ont permis la création d'un recueil de contes, sous la forme d'un livre numérique. Cet outil a été validé par le CLUD et diffusé institutionnellement, via plusieurs newsletters. Grâce au QR Code, ce livre peut être désormais consulté par tous.

Au lit du malade, nous avons constaté que le conte métaphorique permet une première approche avec le patient, enfant comme adulte. Le conte est un outil supplémentaire pour la relation entre soignant et patient, quelque soit son âge ou le motif d'hospitalisation. Le conte contribue à ouvrir le dialogue, donne matière à communiquer, à échanger sur sa vie quotidienne, amène sur des questions familières et ordinaires. L'approche est intéressante pour certains patients, prostrés par la douleur ou enlisés dans une boucle anxieuse. Par ailleurs, ces histoires peuvent être un support comme inducteur hypnotique pour les soignants formés.

Il est prévu d'inclure prochainement dans cet outil, des contes métaphoriques sonorisés. Des retours d'expérience sur l'usage de cet outil pourrait être la prochaine étape du travail.



PO_36 - Impact de la danse sur l'anxiété liée aux douleurs chroniques chez les patients ayant un syndrome fibromyalgique

I. Dodson 1, E. Leroy 2, C. Terrisse 3, E. Guilie 4

1 Etudiante M1 Apas-Avignon Université - Avignon (France), 2 Médecin De La Douleur-Sdc Ch Avignon - Avignon (France), 3 Psychologue Clinicienne-Sdc Ch Avignon - Avignon (France), 4 Enseignante En Activité Physique Adaptée-Sdc Ch Avignon - Avignon (France)

Résumé

Contexte : Au centre hospitalier Henri Duffaut d'Avignon, l'activité physique adaptée est proposée aux patients présentant un syndrome fibromyalgique. Les facteurs psychologiques jouent un rôle dans la survenue, la pérennisation et le rétablissement de douleurs chroniques [1]. L'anxiété liée aux douleurs chroniques étant fortement présente chez ces patients [2/3], agir sur celle-ci pourrait avoir un impact positif sur le syndrome douloureux. Par ailleurs, la danse est une discipline artistique qui montre des bénéfices significatifs sur les douleurs chroniques, notamment par la réduction du niveau de douleur, l'amélioration de la qualité de vie et la fonction physique, ainsi que la diminution de l'anxiété et la dépression [4].

Objectif : Diminuer l'anxiété liée aux douleurs chroniques chez les personnes atteintes de fibromyalgie, grâce à un programme de danse adapté, basé sur des interventions créatives.

Matériels et méthodes : Pendant 8 semaines, 9 patients atteints de fibromyalgie ont participé à une séance de danse d'une heure par semaine. Chaque séance était basée sur des interventions créatives, considérées comme plus efficaces que les interventions répétitives [5]. Ces séances suivaient les recommandations suivantes : résolution de problèmes moteurs, expression des émotions, participation de chacun et interaction entre les participants [5].

Le programme a fait l'objet d'une restitution devant l'équipe médicale et paramédicale de la SDC et celle-ci a été filmée (lien donnant accès au visionnage : <https://scanned.page/66488519565c0>).

Pour évaluer les effets, les patients ont complété le questionnaire « State Trait Anxiety Inventory » avant et après le programme. Ce questionnaire se compose de deux parties : une sur l'anxiété situationnelle (d'état) et une sur l'anxiété générale (de trait). Ils ont également complété le questionnaire QIF, qui évalue l'impact de la fibromyalgie.

Résultats : Après 8 semaines, une diminution qui tend à être significative de 12 points du score de l'anxiété situationnelle a été observée ($p=0,061$). Cependant, aucun effet significatif n'a été noté sur l'anxiété générale ($-1,875$; $p = 0,135$). Il est important de préciser qu'une diminution significative de la douleur a été relevée sur le questionnaire QIF (-1 ; $p = 0,033$).

Conclusion : Le programme de danse adapté a montré des résultats encourageants pour réduire l'anxiété situationnelle et la douleur chez les patients atteints de fibromyalgie. Bien que la diminution de l'anxiété générale n'ait pas été statistiquement significative, les autres résultats suggèrent que des interventions créatives comme la danse peuvent avoir un impact positif sur la gestion des symptômes de la fibromyalgie. Ces résultats



encouragent l'intégration de la danse et d'autres activités physiques adaptées dans les programmes de traitement pour améliorer la qualité de vie des patients.

Bibliographie

- [1] Inserm. (2021). Fibromyalgie · Inserm, La science pour la santé.
<https://www.inserm.fr/dossier/fibromyalgie/#un-diagnostic-d%C3%A9licat>
- [2] Haute Autorité de Santé. (2010). Syndrome fibromyalgique de l'adulte.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_993899/fr/syndrome-fibromyalgique-de-l-adulte
- [3] IRBMS. (2022). Fibromyalgie et activité physique adaptée. Institut Régional du Bien-Être, de la Médecine et du Sport Santé. <https://www.irbms.com/fibromyalgie-et-activite-physique-adaptee/>
- [4] Murillo-García, Á., Villafaina, S., Adsuar, J. C., Gusi, N., & Collado-Mateo, D. (2018). Effects of Dance on Pain in Patients with Fibromyalgia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Evidence-based complementary and alternative medicine : eCAM*, 2018, 8709748.
<https://doi.org/10.1155/2018/8709748>
- [5] Murillo-Garcia, A., Adsuar, J. C., Villafaina, S., Collado-Mateo, D., & Gusi, N. (2022). Creative versus repetitive dance therapies to reduce the impact of fibromyalgia and pain: A systematic review and meta-analysis. *Complementary therapies in clinical practice*, 47, 101577.
<https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2022.101577>



PO_37 - Apports de l'Art-Thérapie dans le programme Soins/Etudes "douleur" des adolescents douloureux chroniques déscolarisés

A. Tonelli 1, E.P.S. Piémont Sannié 2, L.B. Bosi 2, S.M. Moreau 1

1 Clinique Fsef Paris 16 - Paris (France), 2 Médecins De L'imaginaire - Paris (France)

Résumé

Contexte: Le service de médecine interne pour adolescents de la Clinique FSEF Paris 16 a développé l'hospitalisation complète d'adolescents douloureux chroniques déscolarisés [1]. Ces adolescents bénéficient d'un projet Soins/Etudes axé sur l'évaluation et le traitement de leur douleur et la reprise de leur scolarité. Ce programme de soins, surtout basé sur des méthodes non médicamenteuses (kinésithérapie, balnéothérapie, relaxation, suivi psychologique...) s'accompagne d'une scolarité aménagée. En 2011, le service a enrichi ce projet Soins/Etudes des programmes d'Art-Thérapie de l'Association Médecins de l'Imaginaire. En effet, l'offre diverse et variée d'ateliers non médicamenteux permet à l'adolescent non seulement de bénéficier de la complémentarité de cette pluridisciplinarité mais aussi de pouvoir s'emparer de la méthode qui lui conviendra le plus et qu'il pourra, si cela est possible, poursuivre une fois sorti du service.

Méthode:

L'Art-Thérapie est une pratique de soins fondée sur l'utilisation thérapeutique du processus de création artistique. Le protocole d'Art-Thérapie s'inscrit dans le projet de soins et contribue aux conditions favorisant le retour à l'équilibre en santé. Impliqués, les adolescents se mobilisent en douceur dans leur projet créatif, une manière différente d'entrer en relation avec leur corps et leur psyché. Au fil des semaines, dans la bienveillance de leur groupe de pairs, malgré et avec la douleur, ils reprennent confiance en leurs capacités d'expression, de ressenti, de régulation et de ressourcement.

L'Art-Thérapie permet de se décentrer de la douleur et de ressentir un mieux-être tout en mobilisant de nombreuses ressources, capacité d'adaptation et d'autonomie, indispensables pour faire face à la douleur à l'adolescence.

Résultats: Depuis 2015, plus de 150 patients âgés de 12 à 18 ans, ont bénéficié de ces ateliers: rythme hebdomadaire, groupe de 8 à 10 patients, parcours de 8 à 10 séances.

Indications principales: céphalées de tension chroniques et migraines, syndromes douloureux musculo squelettiques, douleurs abdominales chroniques.

Les bénéfices attendus par les patients sont les suivants: aller à la découverte, créer librement sans pression, prendre le temps, se laisser aller, créer en lien avec ses ressentis, poser ses émotions, trouver de l'apaisement, s'exprimer autrement que par des mots, porter moins attention au regard des autres.

Leurs bilans personnels mettent en lumière l'ouverture à de nouvelles expériences, l'acquisition de compétences positives (relaxation, expression, adaptation et concentration), la possibilité d'évoluer en harmonie avec un groupe et pour certains un agissement direct sur leur douleur.

Il s'agit pour eux de réussir à s'extraire du ressenti douloureux, au moins le temps de l'atelier, et surtout de faire l'expérience de cette possibilité.

Conclusion:



Le succès de cette approche, son inscription parfaite dans le projet Soins/Études, la satisfaction des patients, des familles, des deux équipes et des médecins adresseurs nous encouragent à poursuivre dans cette voie.

Bibliographie

[1] Tonelli A. Ces douleurs qui insistent à l'adolescence: l'hospitalisation en Soins/Etudes peut-elle être une réponse? Perspectives Psy 2021/2 (vol 60), pp164-71 EDP Sciences



PO_38 - Schéma thérapeutique innovant combinant ondes millimétriques et traitement médicamenteux dans la prise en charge de la douleur liée à l'arthrose : étude en vie réelle.

E. Chipon 1, J. Bros 1, P. Zanini 1, D. Cruzier 1

1 Remedee Labs Sa - Grenoble (France)

Résumé

L'arthrose, affection dégénérative des articulations, est l'une des principales causes de douleur chronique et son incidence progresse en raison de l'augmentation de l'obésité et du vieillissement de la population. Douleur et perte de mobilité, entraînées par cette affection, ont un impact négatif sur la qualité de vie [1]. Dans ce contexte, la douleur est le résultat complexe impliquant les trois mécanismes de la douleur chronique : nociceptive, neuropathique et nociplastique [2]. La prise en charge de l'arthrose vise à soulager la douleur et à améliorer la fonction articulaire et la qualité de vie. Les traitements recommandés associent des approches non-médicamenteuses et médicamenteuses et en dernier recours l'intervention chirurgicale [3,4].

L'application d'ondes millimétriques (OMM) sur une zone fortement innervée a des effets neuromodulateurs grâce à la libération d'endorphines et à l'activation du système parasympathique [5]. Cette approche non-invasive est particulièrement intéressante pour les douleurs d'origine nociplastique qui sont susceptibles de mieux répondre aux thérapies à action centrale que périphérique [6]. Les OMM associées aux traitements médicamenteux usuels, paracétamol et AINS, permettraient d'optimiser le soulagement des symptômes de l'arthrose.

Une solution bien-être associant un bracelet émetteur OMM à un programme d'accompagnement est accessible au public dans l'objectif de réduire le stress et d'améliorer la qualité de vie et de sommeil. Les recommandations d'utilisation sont de réaliser quotidiennement trois sessions de 30 minutes avec le bracelet. L'accompagnement vise à aider les utilisateurs à prendre en main le bracelet et à l'intégrer dans leur routine quotidienne, afin de favoriser une utilisation adéquate et obtenir des bienfaits. À l'initiation du programme, l'utilisateur complète des questionnaires portant sur sa qualité de vie et de sommeil et ses inconforts. Il complète à nouveau ces questionnaires ainsi que son impression de changement (PGIC) après trois mois d'utilisation. L'utilisateur peut ainsi suivre l'évolution de ses symptômes.

Nous présentons une étude rétrospective sur des données de vie réelles recueillies auprès des nouveaux utilisateurs déclarant souffrir d'arthrose de décembre 2022 à janvier 2024. L'objectif est d'explorer l'évolution de la qualité de vie après trois mois d'utilisation, notamment les bénéfices d'une combinaison OMM/traitements médicamenteux. Le critère principal porte sur la répartition des utilisateurs selon leur score au PGIC.

À trois mois, sur les 318 utilisateurs inclus dans l'étude, 68,6% utilisent toujours la solution. À partir du PGIC, 80,1% des utilisateurs rapportent une amélioration de qualité de vie, dont 27,5% répartis dans les catégories « beaucoup » et « énormément amélioré ». Les résultats complets de l'étude sont attendus pour juin 2024.



Ce premier résultat vient conforter ceux d'un essai clinique récent sur l'arthrose périphérique qui ont montré un effet significatif de cette thérapie par OMM sur la réduction de la douleur [7].

Bibliographie

1. Schepman P, Robinson R, Blakeman KH, Wilhelm S, Beck C, Hallberg S, et al. Factors influencing quality of life in patients with osteoarthritis: analyses from the BISCUITS study. *Scand J Pain*. 2023 Jan 27;23(1):139–48.
2. Carvès S, Trouvin AP, Perrot S. Vision actuelle de la douleur arthrosique : comprendre la physiopathologie et l'expérience des patients pour une meilleure prise en charge. *Revue du Rhumatisme Monographies*. 2021 Apr 1;88(2):109–13.
3. Bruyère O, Honvo G, Veronese N, Arden NK, Branco J, Curtis EM, et al. An updated algorithm recommendation for the management of knee osteoarthritis from the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases (ESCEO). *Semin Arthritis Rheum*. 2019 Dec;49(3):337–50.
4. Kolasinski SL, Neogi T, Hochberg MC, Oatis C, Guyatt G, Block J, et al. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Management of Osteoarthritis of the Hand, Hip, and Knee. *Arthritis Rheumatol*. 2020 Feb;72(2):220–33.
5. Maindet C, Debouzy JC, Barmaki M, Chipon E, Deleens R, Dumolard A, et al. Effet antalgique potentiel des ondes électromagnétiques millimétriques : une possible application au traitement des douleurs nociplastiques. *Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement*. 2023;24(2):72–8.
6. Kosek E, Clauw D, Nijs J, Baron R, Gilron I, Harris RE, et al. Chronic nociplastic pain affecting the musculoskeletal system: clinical criteria and grading system. *PAIN*. 2021 Nov;162(11):2629.
7. Maindet C, Giai J, Dumolard A, Leroy C, Thiers M, Crouzier D, et al. Pos1372 Innovative Pain Management Device Using Millimetre Band Radiation: Electronic-Pain Killer. Assessment in Patients with Peripheral Osteoarthritis. Monocentric, Prospective, Randomised in Cross-Over Design and Controlled Trial. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2023 Jun 1;82(Suppl 1):1039–1039.



PO_39 - Evolution de la qualité de vie de personnes fibromyalgiques utilisant un dispositif de neuromodulation par émission d'ondes millimétriques

L. Minier 1, P. Zanini 1, E. Chipon 1, D. Cruzier 1

1 Remedee Labs - Montbonnot Saint-Martin (France)

Résumé

La fibromyalgie (FM) est un trouble nociplastique pour lequel les approches non-pharmacologiques sont recommandées comme prise en charge de première ligne. L'exposition du système nerveux périphérique aux ondes millimétriques (OMM) entraîne la libération centrale d'opioïdes endogènes [1] et ainsi, une hypoalgésie et des effets parasympathiques [2]. L'efficacité d'une thérapie combinant un bracelet émetteur d'OMM et un coaching pour l'amélioration de la qualité de vie (QV) des patients FM, comparée à une prise en charge habituelle a été testée au cours d'un essai clinique [3]. Les résultats ont montré une réduction significative du score au Questionnaire d'Impact de la Fibromyalgie sur la qualité de vie (QIF [4]) par rapport à la prise en charge habituelle après 3 mois d'utilisation. Une combinaison bracelet OMM + application de suivi pour smartphone a été mise sur le marché dans le cadre d'une offre destinée à améliorer la qualité de vie des personnes souffrant d'inconforts corporels (douleurs, raideurs, fatigue) et de perturbations du sommeil. Les personnes atteintes de FM représentaient la plus grande partie des utilisateurs. Au cours d'une étude rétrospective sur données de vie réelle récoltées par l'application mobile, nous avons étudié l'évolution à long terme de la qualité de vie de ces personnes atteintes de FM utilisant ce produit à domicile et de façon autonome. Parmi les 1125 personnes FM ayant souscrit à l'offre sur la période d'étude, 388 (34.5%) étaient toujours utilisatrices 18 mois après initialisation. Les réponses au QIF [4] montrent une réduction moyenne des scores de mM3=27,3% dès le premier trimestre et qui se maintient au cours du temps jusqu'au 18e mois (mM6=25,6%, mM9=29,4%, mM12=28,3%, mM15=27,3%, mM18=27,5%). L'évolution hebdomadaire et trimestrielle de leurs symptômes ainsi que l'utilisation du bracelet au cours du temps sont reportées. Ces données, confirmant les résultats obtenus en essai clinique, sont les premières à rapporter l'usage d'un dispositif émetteur d'OMM en vie réelle et son impact sur la qualité de vie de personnes déclarant souffrir de FM et sur une durée rarement reportée dans la littérature sur la FM. Elles comportent toutefois des biais, notamment de sélection et de confirmation, présentés en discussion.

Bibliographie

1. Radzievsky AA, Gordiienko OV, Alekseev S, Szabo I, Cowan A, Ziskin MC. Electromagnetic millimeter wave induced hypoalgesia: Frequency dependence and involvement of endogenous opioids. *Bioelectromagnetics*. 2008;29(4):284-295. doi:10.1002/bem.20389
2. Minier L, Debouzy JC, Foerster M, Pierre V, Maindet C, Cruzier D. Hypoalgesia and parasympathetic effects of millimeter waves on experimentally induced pain in healthy volunteers. *Electromagnetic Biology and Medicine*. 2023;42(1):3-11. doi:10.1080/15368378.2022.2162919
3. Maindet C, Dumolard A, Veloso M, et al. Therapy Combining Millimeter Wave-based Neuromodulation with Coaching for the Improvement in Quality of Life of Patients with Fibromyalgia: A Prospective, Multicenter, Randomized, Controlled Trial.



4. Perrot S, Dumont D, Guillemin F, Pouchot J, Coste J, Research FG for Q of L. Quality of life in women with fibromyalgia syndrome: validation of the QIF, the French version of the fibromyalgia impact questionnaire. *The Journal of Rheumatology*. 2003;30(5):1054-1059.



PO_40 - Projet DOLCIP

F. Marcaillou 1, R. Baylet 1, F. Boj 1, M. Labrousse 1, P. Ginies 1, R. Gonon-Demoulian 1

1 Ceted Chu - Montpellier (France)

Résumé

Nous proposons de vous présenter les premiers résultats du projet DOLCIP (Douleur et Conseil en Insertion Professionnelle) qui a vu le jour grâce au financement de la fondation APICIL.

L'évaluation du patient douloureux chronique doit intégrer, selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé, une évaluation biopsychosociale étayée dans le parcours de soin [1]. La douleur chronique dégrade la santé des patients dans tous les champs de vie et cela nécessite une prise en charge multidisciplinaire médico-psycho-sociale [2,3,4]. Les structures douleurs chroniques (SDC) sont désormais performantes pour l'évaluation médicale et psychologique des patients cependant l'évaluation sociale reste souvent médiocre en raison de la rareté de travailleurs sociaux (Assistant de Service Social, Conseiller en Insertion professionnelle ou autre) dédiés dans les SDC. De plus, les patients douloureux chroniques, souvent n'osent pas aborder cette thématique par pudeur et/ou par méconnaissance des lieux ou des professionnels pouvant les renseigner sur les droits sociaux et les droits du travail. Lorsque certaines difficultés professionnelles, financières et sociales sont négligées, elles peuvent devenir un frein majeur. Ces difficultés focalisent l'attention du patient et le rendent indisponible aux propositions thérapeutiques. Identifier ces difficultés permet souvent d'améliorer la prise en charge du patient en SDC [5]. En l'absence de personnel dédié formé à l'expertise socio-professionnelle au sein de notre SDC au CHU de MONTPELLIER SAINT-ÉLOI comme dans de nombreuses SDC en France, il nous a paru intéressant de construire le projet pilote «DOLCIP» rendu possible grâce à la participation de la Fondation APICIL pour le financement.

Nous avons sollicité un patient expert (suivi comme patient dans notre SDC) pour participer à ce projet. Il a une formation de travailleur social comme Conseiller en Insertion Professionnelle, il a bénéficié d'une formation à l'ETP de 40h en juin 2023 et a suivi un stage d'une semaine avec l'assistante sociale de la SDC de Clermont-Ferrand en novembre 2023 [6].

En décembre 2023 avec un des médecins de la SDC, un atelier de groupe a été construit dont le sujet est « la RQTH pour qui ? Pourquoi ? ». Depuis janvier 2024 et lorsqu'une vulnérabilité socio-professionnelle est repérée, le patient ressource Conseiller en Insertion Professionnelle peut recevoir un patient en individuel (36 patients actuellement suivis) et/ou lui proposer de participer à l'atelier éducatif « la RQTH pour qui ? Pourquoi ? » (actuellement proposé à 10 patients). En individuel, il accompagne certains patients dans leurs trajectoires professionnelles en établissant des liens avec différents acteurs impliqués dans cette trajectoire (France Travail, Cap Emploi, MDPH, équipe pluridisciplinaire SDC, organismes de formations, AGEFIPH...) [7].

L'objectif du projet DOLCIP est de favoriser la réinsertion professionnelle, de permettre au patient de pouvoir se projeter dans l'avenir malgré la douleur, de favoriser ainsi une



dynamique du prendre soin de sa santé en étant déchargé de perspectives socio-professionnelles insécures.

Bibliographie

1. Parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique (has-sante.fr) https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/202302/guide._parcours_de_sante_dune_pers_onne_presentant_une_douleur_chronique.pdf
2. Dueñas M, Ojeda B, Salazar A, Mico JA, Failde I (2016) A review of chronic pain -impact on patients, their social environment and the health care system. *Journal of Pain Research* 9: 457-467
3. Mick G, Perrot S, Poulain P A, Serrier A (2013) Impact sociétal de la douleur en France: résultats de l'enquête épidémiologique national Health and Wellness Survey auprès de plus de 15 000 personnes adultes. *Douleur : Evaluation-Diagnostic-Traitement* 14 (2): 57-66
4. Mateos A, Lafon B (2011) Quel est le rôle d'une assistante sociale dans une structure de prise en charge de la douleur ? *Douleurs : Evaluation[1]Diagnostic-Traitement* 12 (4) : 165-67
5. Chartier H, D'Escatha (2018) Douleur et travail. *Douleurs : Evaluation-Diagnostic-Traitement* 19 (6) : 247-54
6. Poulet-Garcia S, Borie C, Marcaillou F, Prise en charge sociale du patient douloureux chronique dans le cadre de l'éducation thérapeutique, *Douleur analg*, 33 4(2020) 257-261
7. Fassier J-B, Petit A, Yven C, Sappey P, Bernieri F, Soyeux E, Roquelaure Y (2014) Douleurs et travail : aider le patient à garder un emploi. *Douleurs : Evaluation-Diagnostic-Traitement* 15 (1) : 11-19



PO_41 - ETP endométriose : Méthode, pédagogie et accompagnement des patientes

K. Le Goff 1, E. Soust 1, D. Ranoux 1, S. Seigneur 1

1 Centre De La Douleur Chronique Chu - Limoges (France)

Résumé

L'endométriose est une maladie chronique, fréquente, affectant une femme sur dix en âge de procréer (1). Elle est caractérisée par le développement d'un tissu semblable à la muqueuse utérine en dehors de l'utérus (2). L'endométriose altère la qualité de vie, en raison des douleurs récurrentes, chroniques (environ 40% des patientes) (1) et des retentissements fonctionnels, psychosociaux de la maladie. La méconnaissance encore importante de cette maladie, son retard diagnostique (en moyenne 7 ans après le début des symptômes) (3), l'impact sur la sexualité et la fertilité signent « la vie et le parcours endométrique » des patientes.

Le Ministère de la Santé a lancé en 2022 une stratégie nationale de lutte contre cette maladie (4) mentionnant, parmi les axes à approfondir, l'éducation thérapeutique du patient (ETP).

L'ETP a pour objectif l'acquisition, le maintien ou le renforcement de compétences afin que les patientes et leur entourage puissent gérer au mieux la maladie (5). Faciliter l'accès, la compréhension, l'évaluation, et l'utilisation des informations améliorent la littératie en santé des patientes. Il s'agit donc d'une démarche d'empowerment (6,7), dans le sens d'une autonomie accrue, d'une capacité à devenir actrice, à faire des choix de santé et à définir un projet de vie possible avec une maladie au long cours.

Dans ce contexte, l'équipe du Centre de la douleur du CHU de Limoges a réorienté une partie de ses ressources à la construction d'un programme ETP (8). Le parcours ETP doit aussi et surtout être pensé en termes pédagogiques et didactiques, avec l'objectif de faciliter la transmission de connaissances, les capacités de prise de décision, la motivation aux changements... La conception du programme passe par des étapes importantes comme par exemple : l'identification des besoins des patientes, la recherche du point d'équilibre pédagogique entre savoirs académiques et savoirs profanes, la formalisation de divers partenariats, la formation, la constitution et la coordination d'une équipe pluriprofessionnelle, la construction des ateliers et l'évaluation du programme. Toute notre démarche devait prendre en compte la nécessité de créer l'espace le plus facilitant pour l'apprentissage, obligeant à réinventer notre posture et notre environnement afin d'améliorer la relation et la communication avec les patients (9).

Le but de ce poster est de présenter notre démarche méthodologique dans la construction, puis la réalisation d'un programme ETP destiné aux patientes souffrant de douleurs chroniques dans un contexte d'endométriose. Là où l'ETP est encore trop souvent affaire d'habitude ou d'empirisme, où l'acquisition de savoirs est souvent envisagée comme une retombée automatique d'un enseignement, nous avons envisagé un univers didactique offrant un environnement motivationnel, en nous appuyant sur le modèle pédagogique allostérique (10) ; modèle que nous avons jugé plus propice à l'acquisition des compétences et à la transmission de connaissances, avec pour objectif d'améliorer l'efficacité voire l'efficacité du programme ETP.



Bibliographie

- (1) INSERM. Endométriose : une maladie gynécologique fréquente mais encore mal connue [En ligne]. 2018. Disponible : <https://www.inserm.fr/dossier/endometriose/>
- (2) Organisation Mondiale de la Santé. Endométriose [En ligne]. 2023. Disponible : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/endometriosis>
- (3) Ministère du travail, de la santé et des solidarités. Sante.gouv.fr [En ligne]. 2024. Disponible : <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/endometriose/article/qu-est-ce-que-l-endometriose>
- (4) Ministère de la santé et des solidarités. Stratégie nationale de lutte contre l'endométriose [En ligne]. 2022. Disponible : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie-endometriose.pdf>
- (5) Organisation mondiale de la santé (OMS). Education thérapeutique du patient. Programmes de formation continue pour les professionnels de santé dans le cadre de la prise en charge des maladies chroniques. Rapport d'un groupe de travail de l'OMS [En ligne]. 1998. Disponible : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345371/9789289055987-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- (6) Aujoulat I. L'empowerment des patients atteints de maladie chronique, des processus multiples : auto-détermination, auto-efficacité, sécurité et cohérence identitaire, Thèse de doctorat, Université Catholique de Louvain [En ligne]. 2007. Disponible : <https://bit.ly/3BhJTq5>
- (7) Legrain S, Roelandt J-L, Lefevre K. Le pouvoir d'agir « empowerment » des patients questionne l'éducation thérapeutique et ses acteurs, EHESP [En ligne]. 2018. Disponible ; https://sites.uclouvain.be/reso/opac_css/doc_num.php?explnum_id=1154
- (8) Haute Autorité de Santé. Education Thérapeutique du patient. Comment élaborer un programme spécifique d'une maladie chronique ? [En ligne]. 2007. Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_elaborer_un_programme_-_recommandations_juin_2007.pdf
- (9) De La Tribonnière X. Pratiquer l'éducation thérapeutique. L'équipe et les patients. Issy Les Moulineaux, France : Elsevier Masson. 2023, 59p
- (10) Giordan A. Les modèles pédagogiques de l'éducation thérapeutique du patient : vers une éducation thérapeutique allostérique. Médecine des maladies métaboliques. Elsevier Masson SAS ;2017;11(7),620-627



PO_42 - Utilisation du MEPHENON (Méthadone IV) au CLCC de Rouen : série de 11 cas

C. Seure-Pinson 1, C. Thery 1, N. Olympios 1, J. Rouvet 1

1 Centre Henri Becquerel - Rouen (France)

Résumé

Introduction

La méthadone, un agoniste opioïde synthétique, est une alternative efficace aux opioïdes usuels pour la prise en charge de la douleur cancéreuse rebelle. [1]. Il existe actuellement peu de données sur l'utilisation du chlorhydrate de méthadone intraveineuse ou Mephenon®. Ce traitement est utilisé par voie intraveineuse et bénéficie depuis 2018 d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) nominative en France. Cette molécule est utile lorsqu'une rotation d'opioïde est nécessaire ou que la voie orale n'est plus possible [2]. Nous rapportons une série de 11 cas.

Méthodologie

Selon les données de la DIM, étude rétrospective, de janvier 2020 à janvier 2024. Différents paramètres épidémiologiques, néoplasiques et médicamenteux ont été étudiés.

Résultats

Nous avons recensé 11 patients traités par méthadone IV. Nous comptons 9 femmes pour 2 hommes, d'âge moyen de 51.4 ans [28-69 ans]. Nous observons toute pathologie néoplasique (3 sarcomes, 1 mélanome, 3 cancer du col utérin, 2 ORL, 1 thyroïde, 1 sénologique). Tous étaient atteints d'une maladie avancée ou métastatique avec un stade OMS moyen de 2,55. Les douleurs étaient mixtes dans plus de 90% des cas. Tous avaient déjà reçu des opioïdes forts avec 2.8 changements d'opioïdes en moyenne avant la mise en place du MEPHENON, la plupart en association avec de la kétamine (8/11). Quatre patients ont eu un relais MÉTHADONE PO vers IV avec une posologie moyenne de 75 mg par jour. Pour les relais avec les autres opioïdes forts (SUFENTANIL, MORPHINE, OXYCODONE), la MEO était de 437.7 mg en moyenne. La dose initiale moyenne de MEPHENON était 29.8 mg [10-60 mg] en dose de fond. La durée médiane de séjour à J1 de l'instauration de la méthadone IV était de 36 jours [4-137 jours]. Deux patients sont sortis en HAD au domicile, les autres sont décédés au décours de l'hospitalisation. Le traitement a été globalement bien toléré. Aucun traitement n'a été arrêté pour intolérance. Nous n'avons pas fait d'ECG dans certaines situations étant dans une acceptation du double effet des traitements. Pas de différence significative des EN mais amélioration globale ressentie par patients et soignants.

Discussion

Il manque encore des informations sur le changement des opioïdes à la méthadone intraveineuse. Même si l'évaluation de la douleur ne permet de montrer une efficacité significative du fait du faible effectif et des données rétrospectives. Nos résultats néanmoins restent encourageants, permettant un accès à des traitements pour douleur rebelle, et semblent corroborer les données de la littérature [3, 4, 5]. Et il n'existe pas à l'heure actuelle d'algorithme pour ces traitements.

Conclusion



La méthadone IV est une alternative pour soulager la douleur dans le traitement des douleurs cancéreuses rebelles. Cela nécessiterait des études à plus grande échelle et prospective.

Bibliographie

- [1] Recommandations de bonne pratique de l'HAS – Janvier 2020
- [2] ANSM
- [3] Kreutzwiser D, Tawfic QA. CNS Drugs. 2020 Aug Methadone for Pain Management: A Pharmacotherapeutic Review.
- [4] S.Mercadante et al, J Pain Symptom Manage. 2023 Oct;66(4):287-292. Switching to Intravenous Methadone in Advanced Cancer Patients: A Retrospective Analysis
- [5] Poulain P, et al Efficacy and Safety of Two Methadone Titration Methods for the Treatment of Cancer-Related Pain: The EQUIMETH2 Trial (Methadone for Cancer-Related Pain). J Pain Symptom Manage. 2016



PO_43 - Médecine Manuelle-Ostéopathie médicale en structure douleur

S. Yvenou 1, H. Alipour 1

1 Médecin - St Brieuc (France)

Résumé

Médecine Manuelle-Ostéopathie Médicale en structure douleur

Introduction

La médecine manuelle ostéopathie médicale (MMOM) est une discipline riche à de nombreux égards, méritant sa place dans la prise en charge de patients douloureux chroniques.

Méthode

Afin de connaître les possibilités de recours et la connaissance de cette spécialité médicale, nous avons réalisé une analyse de pratique par l'envoi d'un questionnaire comprenant 10 questions aux 71 CETD de France référencés sur le site de la SFETD.

Résultats

Au total, 30 CETD (42%) ont répondu. Seuls 6 d'entre eux disposent de médecins manuels ostéopathes (MMO). Ces MMO sont sollicités dans des indications variées comme les douleurs ostéo-articulaires, troubles musculo-squelettiques, douleurs myofasciales, troubles posturaux, lombalgies, dérangements intervertébraux mineurs, troubles de la représentation corporelle. Quatre CETD disposent d'ostéopathes non médecins. Un peu plus de 66% des centres souhaiteraient disposer d'un MMO. L'explication à l'absence de MMO est en premier lieu une problématique financière, à l'absence de temps dédié, de médecin formé, à la présence d'ostéopathes non médecins, à une activité jugée non prioritaire ou encore au recours à d'autres approches complémentaires jugées de meilleur niveau de preuve scientifique. Plusieurs CETD ont exprimé une méconnaissance des indications de la MMOM.

Discussion

Ce travail met en évidence une sous utilisation de cette spécialité médicale et une méconnaissance de cette pratique et ses indications. Une revue de la littérature permet de mettre en avant des indications de la MMOM dans le traitement de dérangements intervertébraux mineurs (dont certaines céphalées cervicogéniques), de lombalgies chroniques ou encore de douleurs pelvi-périnéales chroniques [1][2][3][4][5]. La fibromyalgie n'est pas une indication à la MMOM [6]. On reconnaît à la MMOM un impact positif sur la qualité de vie, les activités de la vie quotidienne, la santé mentale des patients ainsi que sur la réduction des consommations médicamenteuses [1][7][8][9][10]. Notre travail soulève aussi une absence de distinction entre ostéopathie médicale et non médicale. Premièrement, la capacité d'un médecin à établir un diagnostic médical face à une situation donnée ne réduit pas sa prise en charge au simple champ ostéopathique. La pratique de l'ostéopathie non médicale reste hétérogène et la loi leur interdit la pratique de certains actes. Aussi, la responsabilité d'un médecin est directement engagée en cas d'adressage d'un patient à un ostéopathe non médecin, en cas d'accident [11]. Le Diplôme Inter Universitaire doit permettre la formation de MMO en nombre afin de permettre un meilleur accès à cette pratique.

Conclusion



La MMOM est une discipline permettant de proposer une réponse à de nombreuses problématiques posées par les patients souffrant de douleurs chroniques. Les CETD doivent pouvoir disposer de cette pratique dans le cadre de la pluridisciplinarité de leur exercice. Des travaux de plus grande ampleur et solidité scientifique doivent être menés pour permettre d'en valider les indications.

Bibliographie

- [1] Franzetti M, MPH, Dries E et al. Support for osteopathic manipulative treatment inclusion in chronic pain management guidelines: a narrative review. *L Osteopath Med* 2021; 121(3):307-317
- [2] Vautravers P, Isner M-E et al. Médecine Manuelle Ostéopathie en France: état des lieux. *Lett.Med. Phys.Réadapt.* 2011; 27:130-136
- [3] Fernandez-De-Las-Penas C, Alonso Blanco C, Luz Cuadrado M, et al. Spinal manipulative therapy in management of cervicogénic headache. *Headache* 2005; 45:1260-3
- [4] Grimaldi M. Painful perineum in all it forms. Contribution of manual medicine and osteopathy. Clinical study. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2008; 37(5):449-56
- [5] Maigne JY, Vautravers P. Recommandations de la Société française de médecine orthopédique et thérapeutiques manuelles. Table ronde de X. Actualités médicales du rachis. *Rev Med Orthoped Paris* 1998; 52:16-7
- [6] Coste J, Medkour T, Maigne JY et al Osteopathic medicine for fibromyalgia: a sham-controlled randomized clinical trial. *The Adv Musculoskel Dis.* 2021;13:1-13
- [7] Edwards DJ, Toult C. An evaluation of osteopathic treatment on psychological outcomes with patients suffering from chronic pain: a prospective observational cohort study collected through a health and well-being academy. *Health Psychol Open* 2018; 5.
<https://doi.org/10.1177/2055102918774684>
- [8] Licciardone JC, Minotti DE, Gatchel RJ, Keams CM, Singh KP. Osteopathic manual treatment and ultrasound therapy for chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Complement Ther Med* 2015;23:149-56
- [9] Cerritelli F, Ginervi L, Messi G, Caprari E, DiVincenzo M, Renzetti C, et al. Clinical effectiveness of osteopathic treatment in chronic migraine: 3-Armed randomized controlled trial. *Complement Ther Med* 2015;23:149-56
- [10] Rotter G, Binting A, Tissen-Diabaté T, Ortiz M, Brinkhaus B. Osteopathic medicine in four chronic musculoskeletal pain diseases: an observational trial follow-up. *Complement Med Res*, 2022; 29(1):53-66
- [11] Legifrance. Décret n°2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie. [Legifrance.gouv.fr](http://legifrance.gouv.fr)



PO_44 - La Clinique Transculturelle associée à la Clinique de la Douleur : approche thérapeutique dans la prise en charge de la douleur.

T.W. Borges 1, M.R. Moro 2, C.A. Rimlinger 1

1 Pain Clinic-Chl - Luxembourg (Luxembourg), 2 Inserm Méthodes Et Culture - Paris (France)

Résumé

Introduction :

La douleur est intime, certes, mais elle est aussi imprégnée de social, de culturel, de relationnel. Elle est le fruit d'une éducation. La douleur n'échappe pas au lien social [1]. Le Luxembourg est un pays frontalier qui présente un multilinguisme et qui accueille des populations issues de la migration et de l'exil. La diversité culturelle et le métissage des cultures et des soins nous engagent à développer des outils thérapeutiques adaptés à la souffrance humaine et à cette diversité. Celle-ci est à la fois présente dans la population de patients, mais également de soignants y exerçant leur profession de santé. Au Centre de la douleur du Centre Hospitalier de Luxembourg, nous mettons place d'une lecture transculturelle de la douleur associée à l'évaluation et au traitement psychothérapeutique des ressentis douloureux de notre patientèle.

Description :

Soigner en situation transculturelle, lorsque patients et thérapeutes n'appartiennent pas à la même culture, suppose des aménagements de soi, de la relation aux patients et des dispositifs proposés [2].

Le professionnel clinicien doit aussi chercher à se comprendre lui-même comme une personne inscrite dans une histoire individuelle, une profession, une théorie, une société et une culture; c'est ce que l'on appelle le contre-transfert culturel [3].

Tout système culturel est sujet à des changements dans le temps, modifications intérieures aussi bien que l'intégration d'apports extérieurs. Il y a autant de descriptions de systèmes de soins qu'il y a de cultures [4].

Ceci exige une certaine flexibilité et association des diverses pensées incluant l'anthropologie, la psychanalyse, l'ethnopsychiatrie, l'ethnologie entre autres pour élaborer des méthodes qui permettent de penser et d'opérationnaliser les interactions en pelure d'oignon entre le niveau collectif, intersubjectif et intrapsychique [5].

Objectif :

Notre approche clinique transculturelle associée au traitement de la douleur dans le suivi thérapeutique des patients déracinés et/ou migrants offre un cadre clinique considérant d'autres dimensions, telles que le rôle social et familial, la manière dont la plainte somatique est culturellement exprimée, et comment elle peut métaphoriser l'expérience. Ceci ouvre de nouvelles perspectives pour le bien-être du patient douloureux et de son entourage. Nous souhaitons présenter cette approche.

Bibliographie

[1]. Le Breton D. Anthropologie de la douleur - Editions Métailié.

[2]. Moro MR., Koumentaki C. et Radjack R. Ce que les thérapeutes doivent à la diversité culturelle. Éditions in Press. Collection Hospitalité(s).



- [3]. Moro MR. et Lachal C. Les psychothérapies ; modèles, méthodes et indications. Editions Armand Colin.
- [4]. Moro MR.. Parents en exil : psychopathologie et migrations. Presses univ. De France.
- [5]. Baubet T. et Moro MR. Psychiatrie et migrations. Rapport de psychiatrie. Editions Masson.



PO_45 - Collaboration Neurologie-Douleur pour l'Eptizenumab

F. Jedryka 1, C. Daumas 2, A. Diaz 3, O. Chaix 3, E. Viel 1

1 Ceted Chu Nîmes; Inserm Inm Montpellier - Nîmes (France), 2 Ceted Chu Nîmes; Pharmacie Chu Nîmes - Nîmes (France), 3 Ceted Chu Nîmes - Nîmes (France)

Résumé

L'Eptinezumab est un anticorps monoclonal qui cible le peptide lié au gène de la calcitonine (CGRP), une protéine impliquée dans la médiation de la douleur migraineuse [1]. En bloquant l'action du CGRP, l'eptinezumab réduit la fréquence et la gravité des crises de migraine sévère chez les adultes souffrant d'au moins huit jours de migraine par mois, ayant échoué à au moins deux traitements prophylactiques [2-3]. Cependant, l'utilisation de ce traitement est limitée chez les patients ayant des antécédents cardiovasculaires ou une intolérance au fructose en raison d'excipients présents dans le médicament.

L'Eptinezumab, administrée par perfusion intra-veineuse est réservée à l'usage hospitalier et sa prescription est réservée aux seuls neurologues. Cette méthode de délivrance du médicament nécessite une collaboration étroite entre les services de neurologie et de douleur pour garantir la sécurité et l'efficacité du traitement chez les patients qui ne relèvent pas nécessairement du service de neurologie [4].

Au Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur (CETD) de Nîmes, une filière de soins dédiée a été organisée pour offrir ce soin aux patients en échec des traitements conventionnels de la migraine.

Le processus commence par l'identification des patients susceptibles de bénéficier de l'eptinezumab lors de la consultation migraine. Les patients passent ensuite par une consultation multidisciplinaire en hôpital de jour pour évaluer leur éligibilité au protocole de traitement. Cette consultation comprend des interactions avec divers spécialistes :

Un algologue étudie les facteurs de chronicisation.

Un pharmacien clinicien examine les traitements médicamenteux actuels.

Une infirmière de pratique avancée fournit une évaluation de l'impact sur la qualité de vie.

Un algologue spécialiste de la migraine évalue la pertinence du traitement.

À l'issue de cette consultation multidisciplinaire, un compte rendu est présenté lors de la réunion de concertation multidisciplinaire mensuelle au service de neurologie. Un neurologue spécialisé dans l'évaluation de la migraine participe à la validation des dossiers.

Si le dossier est accepté, le CETD convoque les patients pour recevoir une première perfusion d'eptinezumab en hôpital de jour, suivie d'une deuxième perfusion à 12 semaines de la première. Huit semaines après la deuxième perfusion, une consultation multidisciplinaire d'évaluation est effectuée pour déterminer la réponse au traitement.

Le dossier est ensuite rediscuté lors d'une réunion de concertation multidisciplinaire au service de neurologie afin de décider du renouvellement du traitement ou non. Depuis septembre 2023, cette procédure a permis à 10 patients de bénéficier de deux perfusions trimestrielles avant d'être réévalués cliniquement.



Cette approche collaborative entre les services de neurologie et de douleur permet d'offrir un traitement efficace aux patients souffrant de migraines sévères tout en garantissant une prise en charge globale et personnalisée [5].

Bibliographie

- [1] Silberstein, S. D., et al. (2021). "Eptinezumab: A New Monoclonal Antibody for Migraine Prevention." *The Journal of Headache and Pain*, 22(1), 77.
- [2] Goadsby, P. J., et al. (2020). "Eptinezumab for the Prevention of Chronic Migraine: A Randomized Phase 3 Trial." *Neurology*, 94(5), e429-e440.
- [3] Dodick, D. W., et al. (2019). "Eptinezumab for Preventive Treatment of Migraine: A Double-Blind, Randomized, Phase 3 Trial." *The Lancet Neurology*, 18(6), 590-601
- [4] Charles, C., et al, (2024) Calcitonin gene-related peptide-targeting therapies are a first-line option for the prevention of migraine: An American Headache Society position statement update. *Headache*; 64:333–341.
- [5] Haute Autorité de Santé (2022) Synthèse Commission de transparence n°19851.



PO_46 - Perceptions, détection et prise en charge des douleurs en péripartum par les éleveurs de bovins

C. Chaix 1

1 Vétérinaire - Grosbreuil (France)

Résumé

PERCEPTIONS, DÉTECTION ET PRISE EN CHARGE DES DOULEURS EN PÉRIPARTUM PAR LES ÉLEVEURS DE BOVINS

La gestion du péripartum fait l'objet de nombreuses études, dont peu portent spécifiquement sur la prise en charge de la douleur chez les bovins. Or, la douleur a de nombreuses conséquences néfastes sur les performances (production laitière, transfert immunitaire, immunité...). Le recours à certains analgésiques a démontré des bénéfices. Nous avons mené une enquête auprès d'un échantillon d'éleveur, les objectifs ont été de faire un état des lieux des attitudes des éleveurs d'une clientèle donnée vis-à-vis de la douleur en péripartum. Cette étude s'inscrit dans une démarche de sensibilisation des éleveurs à la bonne détection et prise en charge de la douleur en péripartum. L'enquête s'est déroulée sur l'hiver 2022-2023, elle a sollicité 120 éleveurs et a permis d'avoir le retour d'expérience de 34 éleveurs.

Nous avons mis en évidence une certaine sensibilité des éleveurs aux douleurs en péripartum, plus marquée dans la population féminine. Les études réalisées sur les douleurs liées à la grossesse, à l'accouchement et au péripartum de façon générale chez les femmes, permettent, en parallèle des études menées sur les bovins, d'avancer sur les connaissances des douleurs liées au péripartum. Malgré une certaine sensibilité à l'égard de la douleur des bovins de la part des éleveurs, il existe cependant des freins à la prise en charge de ces douleurs. Ces freins peuvent en partie être levés par :

- Une sensibilisation à la détection des signes indicateurs de douleur ;
- une délivrance d'informations quant à l'usage d'analgésiques en péripartum et ses bénéfices à court et long terme, dont les éleveurs sont demandeurs.

Dans cette démarche de transmission d'informations, la réalisation de support d'informations est en cours. Des premières fiches d'informations ont été réalisées. Ces supports sont un moyen de favoriser le partenariat entre l'éleveur et son vétérinaire dans la prise en charge de la douleur des bovins en péripartum.

Bibliographie

<https://cattlewelfare.ca/fr/prise-en-charge-de-la-douleur/reconnaitre-la-douleur-dans-votre-troupeau/>
<https://pa.chambre-agriculture.fr/actualites/detail-de-lactualite/actualites/quelle-gestion-sanitaire-de-s-troupeaux-en-ab/>

<https://www2.sngtv.org/article-bulletin/attitudes-et-pratiques-actuelles-des-veterinaires-praticiens-dans-la-prise-en-charge-de-la-douleur-des-bovins/>

ANDERSON, David E. et EDMONDSON, Misty A., 2013. Prevention and management of surgical pain in cattle. The Veterinary Clinics of North America. Food Animal Practice. mars 2013. Vol. 29, n° 1, pp. 157-184. DOI 10.1016/j.cvfa.2012.11.006.

ANDERSON, David E. et MUIR, William W., 2005. Pain Management in Cattle. Veterinary Clinics: Food Animal Practice. 1 novembre 2005. Vol. 21, n° 3, pp. 623-635. DOI 10.1016/j.cvfa.2005.07.002.



- ARROSERES, Marie, 2013. Un soin ostéopathique sur des génisses dans le dernier mois de gestation : a-t-il une incidence sur la qualité du péripartum, la fécondité et la santé du veau ? Disponible à l'adresse : <https://oatao.univ-toulouse.fr/8899/>
- BARKER, A. R., SCHRICK, F. N., LEWIS, M. J., DOWLEN, H. H. et OLIVER, S. P., 1998. Influence of clinical mastitis during early lactation on reproductive performance of Jersey cows. *Journal of Dairy Science*. mai 1998. Vol. 81, n° 5, pp. 1285-1290. DOI 10.3168/jds.S0022-0302(98)75690-5.
- BARONE, Robert, 2001. Anatomie comparée des mammifères domestiques. Tome IV. Splanchnologie II. Appareil uro-génital, fœtus et ses annexes, péritoine et topographie abdominale. Editions Vigot.
- BARRAGAN, A. A., PIÑEIRO, J. M., SCHUENEMANN, G. M., RAJALA-SCHULTZ, P. J., SANDERS, D. E., LAKRITZ, J. et BAS, S., 2018. Assessment of daily activity patterns and biomarkers of pain, inflammation, and stress in lactating dairy cows diagnosed with clinical metritis. *Journal of Dairy Science*. septembre 2018. Vol. 101, n° 9, pp. 8248-8258. DOI 10.3168/jds.2018-14510.
- BARRIER, A. C., RUELLE, E., HASKELL, M. J. et DWYER, C. M., 2012. Effect of a difficult calving on the vigour of the calf, the onset of maternal behaviour, and some behavioural indicators of pain in the dam. *Preventive Veterinary Medicine*. 1 mars 2012. Vol. 103, n° 4, pp. 248-256. DOI 10.1016/j.prevetmed.2011.09.001.
- BARRIER, Alice C., COOMBS, Tamsin M., DWYER, Cathy M., HASKELL, Marie J. et GOBY, Laurent, 2014. Administration of a NSAID (meloxicam) affects lying behaviour after caesarean section in beef cows. *Applied Animal Behaviour Science*. 1 juin 2014. Vol. 155, pp. 28-33. DOI 10.1016/j.applanim.2014.02.015.
- BASBAUM, Allan I., BAUTISTA, Diana M., SCHERRER, Grégory et JULIUS, David, 2009. Cellular and Molecular Mechanisms of Pain. *Cell*. 16 octobre 2009. Vol. 139, n° 2, pp. 267-284. DOI 10.1016/j.cell.2009.09.028.
- BODIN, Fabien, 2020. Importance et conséquences de l'hypocalcémie subclinique chez la vache laitière en péri-partum : exemple d'une clientèle vétérinaire des Vosges. Ecole Nationale Vétérinaire d'Alfort.
- BRAUN, Ueli, GERSPACH, Christian, OHLERTH, Stefanie, WARISLOHNER, Sonja et NUSS, Karl, 2020. Aetiology, diagnosis, treatment and outcome of traumatic reticuloperitonitis in cattle. *The Veterinary Journal*. 1 janvier 2020. Vol. 255, pp. 105424. DOI 10.1016/j.tvjl.2020.105424.
- BROWNE, Natasha, CONNEELY, Muireann et HUDSON, Chris, 2022. Use of Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs and Attitudes to Pain in Pasture-Based Dairy Cows: A Comparative Study of Farmers and Veterinarians. *Frontiers in Veterinary Science*. 2022. Vol. 9. Disponible à l'adresse : <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fvets.2022.912564>
- CARDOT, Thomas, 2018. Prise en charge de la douleur et de l'inflammation postopératoires lors de césarienne chez la génisse allaitante et évaluation de paramètres de reproduction. Ecole Nationale Vétérinaire d'Alfort.
- CARPENTER, A. J., YLIOJA, C. M., VARGAS, C. F., MAMEDOVA, L. K., MENDONÇA, L. G., COETZEE, J. F., HOLLIS, L. C., GEHRING, R. et BRADFORD, B. J., 2016. Hot topic: Early postpartum treatment of commercial dairy cows with nonsteroidal antiinflammatory drugs increases whole-lactation milk yield. *Journal of Dairy Science*. 1 janvier 2016. Vol. 99, n° 1, pp. 672-679. DOI 10.3168/jds.2015-10048.
- CATTLE WELFARE, 2019. Reconnaître la douleur dans votre troupeau. *Cattle Welfare [en ligne]*. 2 juin 2019. [Consulté le 6 mai 2023]. Disponible à l'adresse : <https://cattlewelfare.ca/fr/prise-en-charge-de-la-douleur/reconnaitre-la-douleur-dans-votre-troupeau/>
- CERVERO, Fernando, 2009. Visceral versus Somatic Pain: Similarities and Differences. *Digestive Diseases*. 2009. Vol. 27, n° Suppl. 1, pp. 3-10. DOI 10.1159/000268115.
- CHAMBRE D'AGRICULTURE, 2023. Quelle gestion sanitaire des troupeaux en AB ? [en ligne]. [Consulté le 12 mai 2023]. Disponible à l'adresse : <https://pa.chambre-agriculture.fr/actualites/detail-de-lactualite/actualites/quelle-gestion-sanitaire-de-s-troupeaux-en-ab/>
- CHUNG, Lucia, 2022. Quel est un bon taux de réponse pour les enquêtes en ligne auprès des clients ? Enchanté [en ligne]. 17 février 2022. [Consulté le 11 mai 2023]. Disponible à l'adresse : <https://delighted.com/fr/blog/average-survey-response-rate>
- COLEMAN, Grahame J., HEMSWORTH, Paul H., HEMSWORTH, Lauren M., MUNOZ, Carolina A. et RICE, Maxine, 2022. Differences in public and producer attitudes toward animal welfare in the red meat industries. *Frontiers in Psychology*. 2022. Vol. 13, pp. 875221. DOI 10.3389/fpsyg.2022.875221.



- CORRE, Clémence, 2018. L'utilisation de l'aromathérapie dans les élevages français: état des lieux, efficacité et limites. *Sciences du Vivant [q-bio]*. 2018.
- DARTEVELLE, Guillaume, 2014. Etude des pratiques analgésiques des vétérinaires ruraux chez les bovins en France. . 2014.
- DELAVIERRE, D., RIGAUD, J., SIBERT, L. et LABAT, J. -J., 2010. Approche symptomatique des douleurs pelvipérinéales chroniques projetées et syndrome de Maigne. *Progrès en Urologie*. 1 novembre 2010. Vol. 20, n° 12, pp. 990-994. DOI 10.1016/j.purol.2010.08.071.
- DERIVAUX, Jules et ECTORS, Francis, 1980. *Physiopathologie de la gestation et obstétrique vétérinaire*. Les Editions du Point Vétérinaire.
- DOBSON, Hilary et SMITH, R. F, 2000. What is stress, and how does it affect reproduction? *Animal Reproduction Science*. 2 juillet 2000. Vol. 60-61, pp. 743-752. DOI 10.1016/S0378-4320(00)00080-4.
- DONE, Stanley H., 2007. *Veterinary Medicine: A Textbook of the Diseases of Cattle, Sheep, Pigs, Goats, and Horses*. Elsevier Saunders. ISBN 978-0-7020-2777-2.
- DOWN, P.M., BRADLEY, A.J., BREEN, J.E. et GREEN, M.J., 2017. Factors affecting the cost-effectiveness of on-farm culture prior to the treatment of clinical mastitis in dairy cows. *Preventive Veterinary Medicine*. 15 septembre 2017. Vol. 145, pp. 91-99. DOI 10.1016/j.prevetmed.2017.07.006.
- DROST, M., 2007. Complications during gestation in the cow. *Theriogenology*. 1 août 2007. Vol. 68, n° 3, pp. 487-491. DOI 10.1016/j.theriogenology.2007.04.023.
- DUFFIELD, T., DINGWELL, H. P., SKIDMORE, A., WEARY, D., NEUDER, L., RAPHEAL, W., MILLMAN, S., NEWBY, N. et LESLIE, K., 2009. Effect of Flunixin Meglumine Treatment Following Parturition on Cow Health and Milk Production. *American Association of Bovine Practitioners Conference Proceedings*. 10 septembre 2009. pp. 188-188. DOI 10.21423/aabppro20094315.
- DUVAL, Eugénie, VON KEYSERLINGK, Marina A.G. et LECORPS, Benjamin, 2020. Organic Dairy Cattle: Do European Union Regulations Promote Animal Welfare? *Animals : an Open Access Journal from MDPI*. 1 octobre 2020. Vol. 10, n° 10, pp. 1786. DOI 10.3390/ani10101786.
- FAJT, Virginia R., WAGNER, Sarah A. et NORBY, Bo, 2011. Analgesic drug administration and attitudes about analgesia in cattle among bovine practitioners in the United States. *Journal of the American Veterinary Medical Association*. 15 mars 2011. Vol. 238, n° 6, pp. 755-767. DOI 10.2460/javma.238.6.755.
- FAURE, M., PAULMIER, V., ROCHES, A. De Boyer Des, BOISSY, A., TERLOUW, E. M. C., GUATTEO, R., COGNIÉ, J., COURTEIX, C. et DURAND, D., 2015. Douleurs animales. 2. Evaluation et traitement de la douleur chez les ruminants. *INRAE Productions Animales*. Vol. 28, n° 3, pp. 231-242. DOI 10.20870/productions-animales.2015.28.3.3028.
- FAYE, B. et FAYET, J. C., 1986. [Continuing eco-pathological survey: 11. Development of pathological frequency in dairy cow stock as a function of the stage of lactation]. *Annales De Recherches Veterinaires. Annals of Veterinary Research*. 1986. Vol. 17, n° 3, pp. 247-255.
- FIORE, Filippo, MUSINA, Daniele, COCCO, Raffaella, DI CERBO, Alessandro et SPISSU, Nicoletta, 2018. Association between left-displaced abomasum corrected with 2-step laparoscopic abomasopexy and milk production in a commercial dairy farm in Italy. *Irish Veterinary Journal*. 9 octobre 2018. Vol. 71, n° 1, pp. 20. DOI 10.1186/s13620-018-0132-2.
- FIORE, Filippo, SPISSU, Nicoletta, SECHI, Sara et COCCO, Raffaella, 2019. Evaluation of Oxidative Stress in Dairy Cows with Left Displacement of Abomasum. *Animals : an Open Access Journal from MDPI*. DOI 10.3390/ani9110966. Disponible à l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6912308/>
- FITZPATRICK, C.E., CHAPINAL, N., PETERSSON-WOLFE, C.S., DEVRIES, T.J., KELTON, D.F., DUFFIELD, T.F. et LESLIE, K.E., 2013. The effect of meloxicam on pain sensitivity, rumination time, and clinical signs in dairy cows with endotoxin-induced clinical mastitis. *Journal of Dairy Science*. mai 2013. Vol. 96, n° 5, pp. 2847-2856. DOI 10.3168/jds.2012-5855.
- FÖLDI, J., KULCSÁR, M., PÉCSI, A., HUYGHE, B., DE SA, C., LOHUIS, J. A. C. M., COX, P. et HUSZENICZA, Gy., 2006. Bacterial complications of postpartum uterine involution in cattle. *Animal Reproduction Science*. 1 décembre 2006. Vol. 96, n° 3, pp. 265-281. DOI 10.1016/j.anireprosci.2006.08.006.
- FORTINEAU, Olivier, GUATTEO, Raphaël et HOLOPHERNE, Delphine, 2013. *Vade-mecum de gestion de la douleur bovine*. Editions Med'com.



- FOURICHON, C, SEEGER, H, BAREILLE, N et BEAUDEAU, F, 1999. Effects of disease on milk production in the dairy cow: a review. Preventive Veterinary Medicine. 29 juin 1999. Vol. 41, n° 1, pp. 1-35. DOI 10.1016/S0167-5877(99)00035-5.
- FRANDSON, Rowen D., WILKE, W. Lee et FAILS, Anna Dee, 2009. Anatomy and Physiology of Farm Animals. John Wiley & Sons. ISBN 978-0-8138-1394-3.
- GARGARI, Hossein Khoshnevis et MOSAFERI, S., 2015. COMPARATIVE STUDY OF GENERAL INJECTION AND INTRA UTERINE TRANSFUSION OF MELOXICAM IN THE TREATMENT OF COWS WITH ENDOMETRITIS. Disponible à l'adresse : <https://www.semanticscholar.org/paper/COMPARATIVE-STUDY-OF-GENERAL-INJECTION-AND-INTRA-OF-Gargari-Mosaferi/51d2a9690e1fa8a96119faa8b82bb29e6f6539d7>
- GHANEM, MOHAMED, 2010. A comparative study on traumatic reticuloperitonitis and traumatic pericarditis in Egyptian cattle. Turkish Journal of Veterinary & Animal Sciences. 1 janvier 2010. Vol. 34, n° 2, pp. 143-153. DOI 10.3906/vet-0804-16.
- GINGER, L., AUBÉ, L., LEDOUX, D., BOROT, M., DAVID, C., BOUCHON, M., LEACH, M., DURAND, D. et DE BOYER DES ROCHES, A., 2023. A six-step process to explore facial expressions performances to detect pain in dairy cows with lipopolysaccharide-induced clinical mastitis. Applied Animal Behaviour Science. 1 juillet 2023. Vol. 264, pp. 105951. DOI 10.1016/j.applanim.2023.105951.
- GIULIODORI, M. J., MAGNASCO, R. P., BECU-VILLALOBOS, D., LACAU-MENGIDO, I. M., RISCO, C. A. et SOTA, R. L. de la, 2013. Metritis in dairy cows: Risk factors and reproductive performance. Journal of Dairy Science. 1 juin 2013. Vol. 96, n° 6, pp. 3621-3631. DOI 10.3168/jds.2012-5922.
- GLADDEN, Nicola, ELLIS, Kathryn, MARTIN, Jessica et MCKEEGAN, Dorothy, 2021. Administration of ketoprofen affects post-partum lying behaviours of Holstein dairy cows regardless of whether parturition is assisted. Veterinary Record. 2021. Vol. 189, n° 6, pp. e300. DOI 10.1002/vetr.300.
- GLEERUP, Karina Bech, ANDERSEN, Pia Haubro, MUNKSGAARD, Lene et FORKMAN, Björn, 2015. Pain evaluation in dairy cattle. Applied Animal Behaviour Science. octobre 2015. Vol. 171, pp. 25-32. DOI 10.1016/j.applanim.2015.08.023.
- GOFF, J. P. et HORST, R. L., 1997. Physiological changes at parturition and their relationship to metabolic disorders. Journal of Dairy Science. juillet 1997. Vol. 80, n° 7, pp. 1260-1268. DOI 10.3168/jds.S0022-0302(97)76055-7.
- Graph'Agri, 2022. [en ligne]. [Consulté le 2 mai 2023]. Disponible à l'adresse : <https://agreste.agriculture.gouv.fr/agreste-web/disaron/GraFra2022Integral/detail/>
- GREGORY, Neville G., 2008. Physiology and Behaviour of Animal Suffering. Wiley Blackwell.
- GUATTEO, 2008. Attitudes et pratiques actuelles des vétérinaires praticiens dans la prise en charge de la douleur des bovins. SNGTV. Disponible à l'adresse : <https://www2.sngtv.org/article-bulletin/attitudes-et-pratiques-actuelles-des-veterinaires-praticiens-dans-la-prise-en-charge-de-la-douleur-des-bovins/>
- GUATTEO, R., LEVIONNOIS, O., FOURNIER, D., GUÉMÉNÉ, D., LATOUCHE, K., LETERRIER, C., MORMÈDE, P., PRUNIER, A., SERVIÈRE, J., TERLOUW, C. et LE NEINDRE, P., 2012. Minimising pain in farm animals: the 3S approach – 'Suppress, Substitute, Soothe'. Animal. 1 janvier 2012. Vol. 6, n° 8, pp. 1261-1274. DOI 10.1017/S1751731112000262.
- GUATTEO, Raphaël, LESORT, Caroline et TOUZOT-JOURDE, Gwenola, 2023. Impact of Meloxicam Administration in Cows Prior to Caesarean Section on the Efficacy of Passive Immunity Transfer in Calves. Animals. janvier 2023. Vol. 13, n° 1, pp. 37. DOI 10.3390/ani13010037.
- HANZEN, Christian, 2021. Facteurs de risque et effets sur la reproduction de la vache laitière d'un bilan énergétique négatif. . 2021. N° 103.
- HICKSON, RE, MORRIS, ST, KENYON, PR et LOPEZ-VILLALOBOS, N, 2006. Dystocia in beef heifers: A review of genetic and nutritional influences. New Zealand Veterinary Journal. 1 décembre 2006. Vol. 54, n° 6, pp. 256-264. DOI 10.1080/00480169.2006.36708.
- HOE, F. G. H. et RUEGG, P. L., 2006. Opinions and Practices of Wisconsin Dairy Producers About Biosecurity and Animal Well-Being. Journal of Dairy Science. 1 juin 2006. Vol. 89, n° 6, pp. 2297-2308. DOI 10.3168/jds.S0022-0302(06)72301-3.
- HOUWING, H., HURNIK, J. F. et LEWIS, N. J., 1990. Behavior of periparturient dairy cows and their calves. Canadian Journal of Animal Science. juin 1990. Vol. 70, n° 2, pp. 355-362. DOI 10.4141/cjas90-047.



- HUDSON, Christopher D., BRADLEY, Andrew J., BREEN, James E. et GREEN, Martin J., 2015. Dairy herd mastitis and reproduction: Using simulation to aid interpretation of results from discrete time survival analysis. *The Veterinary Journal*. 1 avril 2015. Vol. 204, n° 1, pp. 47-53. DOI 10.1016/j.tvjl.2015.01.024.
- HUSZENICZA, G, JÁNOSI, S, GÁSPÁRDY, A et KULCSÁR, M, 2004. Endocrine aspects in pathogenesis of mastitis in postpartum dairy cows. *Animal Reproduction Science*. 1 juillet 2004. Vol. 82-83, pp. 389-400. DOI 10.1016/j.anireprosci.2004.04.029.
- HUXLEY, J. N. et WHAY, H. R., 2006. Current attitudes of cattle practitioners to pain and the use of analgesics in cattle. *Veterinary Record*. 2006. Vol. 159, n° 20, pp. 662-668. DOI 10.1136/vr.159.20.662.
- HUZZEY, J. M., VEIRA, D. M., WEARY, D. M. et VON KEYSERLINGK, M. a. G., 2007. Parturition behavior and dry matter intake identify dairy cows at risk for metritis. *Journal of Dairy Science*. juillet 2007. Vol. 90, n° 7, pp. 3220-3233. DOI 10.3168/jds.2006-807.
- KANSAL, Anu et HUGHES, John, 2019. Visceral pain. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*. 1 octobre 2019. Vol. 20, n° 10, pp. 550-554. DOI 10.1016/j.mpaic.2019.07.014.
- KIELLAND, C., SKJERVE, E., OSTERÅS, O. et ZANELLA, A. J., 2010. Dairy farmer attitudes and empathy toward animals are associated with animal welfare indicators. *Journal of Dairy Science*. juillet 2010. Vol. 93, n° 7, pp. 2998-3006. DOI 10.3168/jds.2009-2899.
- KIMURA, K., REINHARDT, T. A. et GOFF, J. P., 2006. Parturition and hypocalcemia blunts calcium signals in immune cells of dairy cattle. *Journal of Dairy Science*. juillet 2006. Vol. 89, n° 7, pp. 2588-2595. DOI 10.3168/jds.S0022-0302(06)72335-9.
- KLAUS-HALLA, Daniela, MAIR, Bettina, SAUTER-LOUIS, Carola et ZERBE, Holm, 2018. [Uterine torsion in cattle: Treatment, risk of injury for the cow and prognosis for the calf]. *Tierärztliche Praxis*. Ausgabe G, Grosstiere/Nutztiere. juin 2018. Vol. 46, n° 3, pp. 143-149. DOI 10.15653/TPG-170680.
- KLEIN, C. et WEHREND, Axel, 2006. Light microscopic examination of uterine tissue from cows with uterine torsion at 360°. *Tierärztliche Praxis Ausgabe G: Grosstiere - Nutztiere*. 1 janvier 2006. Vol. 34, pp. 289-294.
- KOLKMAN, I, AERTS, S, VERVAECKE, H, VICCA, J, VANDELOOK, J, DE KRUIF, A, OPSOMER, G et LIPS, D, 2010. Assessment of Differences in Some Indicators of Pain in Double Muscled Belgian Blue Cows Following Naturally Calving vs Caesarean Section. *Reproduction in Domestic Animals*. 2010. Vol. 45, n° 1, pp. 160-167. DOI 10.1111/j.1439-0531.2008.01295.x.
- KRAUSE, K. Marie et OETZEL, Garrett R., 2006a. Understanding and preventing subacute ruminal acidosis in dairy herds: A review. *Animal Feed Science and Technology*. 9 mars 2006. Vol. 126, n° 3, pp. 215-236. DOI 10.1016/j.anifeedsci.2005.08.004.
- KRAUSE, K. Marie et OETZEL, Garrett R., 2006b. Understanding and preventing subacute ruminal acidosis in dairy herds: A review. *Animal Feed Science and Technology*. mars 2006. Vol. 126, n° 3-4, pp. 215-236. DOI 10.1016/j.anifeedsci.2005.08.004.
- LE BARS, D. et WILLER, J. -C., 2004. *Physiologie de la douleur*. EMC - Anesthésie-Réanimation. 1 octobre 2004. Vol. 1, n° 4, pp. 227-266. DOI 10.1016/j.emcar.2004.08.001.
- LE NEINDRE, Pierre, GUATTEO, Raphaël, GUÉMENE, Daniel, GUICHET, Jean-Luc, LATOUCHE, Karine, LETERRIER, Christine, LEVIONNOIS, Olivier, MORMÈDE, Pierre, PRUNIER, Armelle, SERRIE, Alain et SERVIÈRE, Jacques, 2009. Douleurs animales. Les identifier, les comprendre, les limiter chez les animaux d'élevage. Disponible à l'adresse : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02990906>
- LEES, P., CUNNINGHAM, F. M. et ELLIOTT, J., 2004. Principles of pharmacodynamics and their applications in veterinary pharmacology. *Journal of Veterinary Pharmacology and Therapeutics*. décembre 2004. Vol. 27, n° 6, pp. 397-414. DOI 10.1111/j.1365-2885.2004.00620.x.
- LESORT, Caroline, GUATTÉO, Raphaël, TOUZOT-JOURDE, Gwenola, ONIRIS - ECOLE NATIONALE VÉTÉRINAIRE, agroalimentaire et de l'alimentation et NANTES, Université de, 2014. Évaluation en conditions d'élevage d'une grille d'évaluation de la douleur après césarienne chez la vache de race charolaise et intérêt d'un anti-inflammatoire non stéroïdien avant la césarienne sur la qualité du transfert d'immunité passive chez le veau. Oniris - Ecole Nationale Vétérinaire, Agroalimentaire et de l'Alimentation, Nantes Atlantique.
- LEVIONNOIS, Olivier, MORMÈDE, Pierre, GUATTEO, Raphael, GUÉMÉNÉ, Daniel, LATOUCHE, Karine, LETERRIER, Christine, MOUNIER, Luc, PRUNIER, Armelle, TERLOUW, Claudia et TOUTAIN, Pierre-Louis, 2022. Esco Solutions pour limiter la douleur chez les animaux d'élevage. . 15 septembre 2022.



- LYONS, N. A., KARVOUNTZIS, S. et KNIGHT-JONES, T. J. D., 2013. Aspects of bovine caesarean section associated with calf mortality, dam survival and subsequent fertility. *Veterinary Journal* (London, England: 1997). août 2013. Vol. 197, n° 2, pp. 342-350. DOI 10.1016/j.tvjl.2013.01.010.
- MAINAU, Eva, CUEVAS, Anna, RUIZ-DE-LA-TORRE, José Luis, ABBELOOS, Elke et MANTECA, Xavier, 2014. Effect of meloxicam administration after calving on milk production, acute phase proteins, and behavior in dairy cows. . 1 janvier 2014. Vol. 9, n° 6, pp. 357-363. DOI 10.1016/j.jveb.2014.07.007.
- MARTÍNEZ-BURNES, Julio, MUNS, Ramon, BARRIOS-GARCÍA, Hugo, VILLANUEVA-GARCÍA, Dina, DOMÍNGUEZ-OLIVA, Adriana et MOTA-ROJAS, Daniel, 2021. Parturition in Mammals: Animal Models, Pain and Distress. *Animals: an open access journal from MDPI*. 14 octobre 2021. Vol. 11, n° 10, pp. 2960. DOI 10.3390/ani11102960.
- MAUFFRÉ, Vincent, CARDOT, Thomas, BELBIS, Guillaume, PLASSARD, Vincent, CONSTANT, Fabienne, BERNARD, Sandrine, ROCH, Nicolas, BOHY, Arnaud, NEHLIG, Nicolas, PONTER, Andrew, GRIMARD, Bénédicte et GUILBERT-JULIEN, Laurence, 2021. Meloxicam administration in the management of postoperative pain and inflammation associated with caesarean section in beef heifers: Evaluation of reproductive parameters. *Theriogenology*. 1 novembre 2021. Vol. 175, pp. 148-154. DOI 10.1016/j.theriogenology.2021.09.005.
- MAZZA, Marianna, KOTZALIDIS, Georgios D., AVALLONE, Carla, BALOCCHI, Marta, SESSA, Ilenia, DE LUCA, Ilaria, HIRSCH, Daniele, SIMONETTI, Alessio, JANIRI, Delfina, LOI, Emanuela, MARANO, Giuseppe, ALBANO, Gabriella, FASULO, Vittorio, BORGHI, Stefania, DEL CASTILLO, Angela Gonsalez, SERIO, Anna Maria, MONTI, Laura, CHIEFFO, Daniela, ANGELETTI, Gloria, JANIRI, Luigi et SANI, Gabriele, 2022. Depressive Symptoms in Expecting Fathers: Is Paternal Perinatal Depression a Valid Concept? A Systematic Review of Evidence. *Journal of Personalized Medicine*. 28 septembre 2022. Vol. 12, n° 10, pp. 1598. DOI 10.3390/jpm12101598.
- MCDUGALL, S., ABBELOOS, E., PIEPERS, S., RAO, A. S., ASTIZ, S., VAN WERVEN, T., STATHAM, J. et PÉREZ-VILLALOBOS, N., 2016. Addition of meloxicam to the treatment of clinical mastitis improves subsequent reproductive performance. *Journal of Dairy Science*. mars 2016. Vol. 99, n° 3, pp. 2026-2042. DOI 10.3168/jds.2015-9615.
- MCDUGALL, S. et CASTLE, R., 2021. Cow-level risk factors for clinical mastitis in the dry period in cows treated with an internal teat sealant alone at the end of lactation. *New Zealand Veterinary Journal*. novembre 2021. Vol. 69, n° 6, pp. 327-336. DOI 10.1080/00480169.2021.1938269.
- MCDUGALL, S., RHODES, F. M. et VERKERK, G., 2005. Pregnancy loss in dairy cattle in the Waikato region of New Zealand. *New Zealand Veterinary Journal*. octobre 2005. Vol. 53, n° 5, pp. 279-287. DOI 10.1080/00480169.2005.36561.
- MCMAHON, KOLTZENBURG, 2013. *Textbook of Pain*, 6th Edition. Disponible à l'adresse : <https://www.elsevier-elibrary.com/product/wall-melzacks-textbook-pain-ebook>
- MEE, John F., 2004. Managing the dairy cow at calving time. *Veterinary Clinics: Food Animal Practice*. 1 novembre 2004. Vol. 20, n° 3, pp. 521-546. DOI 10.1016/j.cvfa.2004.06.001.
- MEIJER, Freek de, 2005. Dystocies d'origine foetale chez la vache. *Ecole Nationale Vétérinaire de Lyon*.
- MIJARES, Mijares, L, E, Johnstone, L, Stallones, N, Román-Muñiz, C, Cramer et J, Coetzee, 2022. Frequency of disagreements between producers and veterinarians about pain management in cattle. *JDS Communications*. 22 juillet 2022. Vol. 3, n° 5, pp. 353-356. DOI 10.3168/jdsc.2022-0232.
- MILLAN, Mark J., 2002. Descending control of pain. *Progress in Neurobiology*. 1 avril 2002. Vol. 66, n° 6, pp. 355-474. DOI 10.1016/S0301-0082(02)00009-6.
- MILLMAN, Suzanne T., 2013. Behavioral responses of cattle to pain and implications for diagnosis, management, and animal welfare. *The Veterinary Clinics of North America. Food Animal Practice*. mars 2013. Vol. 29, n° 1, pp. 47-58. DOI 10.1016/j.cvfa.2012.11.007.
- MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE ET DE LA SOUVERAINETÉ ALIMENTAIRE, 2017. *Agriculture biologique : quelle réglementation ?* Ministère de l'Agriculture et de la Souveraineté alimentaire [en ligne]. 2017. [Consulté le 12 mai 2023]. Disponible à l'adresse : <https://agriculture.gouv.fr/agriculture-biologique-quelle-reglementation>
- MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE ET DE LA SOUVERAINETÉ ALIMENTAIRE, 2019. *Plan EcoAntibio 2012-2017 : lutte contre l'antibiorésistance*. Ministère de l'Agriculture et de la Souveraineté alimentaire [en ligne]. 2019. [Consulté le 12 mai 2023]. Disponible à l'adresse : <https://agriculture.gouv.fr/plan-ecoantibio-2012-2017-lutte-contre-lantibioresistance>



- MISCH, L.J., DUFFIELD, T.F., MILLMAN, S.T. et LISSEMORE, K.D., 2007. An investigation into the practices of dairy producers and veterinarians in dehorning dairy calves in Ontario. *Canadian Veterinary Journal*. 2007. Vol. 48, n° 12, pp. 1249-1254. Scopus
- MOCHAL-KING, Cathleen, 2021. Obstetrics: Cesarean Section. In : *Bovine Reproduction* [en ligne]. John Wiley & Sons, Ltd. pp. 619-628. [Consulté le 14 avril 2023]. ISBN 978-1-119-60248-4. Disponible à l'adresse : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781119602484.ch52>
- MONTI, Caroline, 2004. Contribution de la physiothérapie dans la lutte contre la douleur chez le chien et le cheval. Ecole Nationale Vétérinaire de Lyon.
- MRAYAN, Lina, ABUJILBAN, Sanaa, ABUIDHAIL, Jamila, BANI YASSEIN, Muneer et AL-MODALLAL, Hanan, 2019. Couvade Syndrome Among Jordanian Expectant Fathers. *American Journal of Men's Health*. 2019. Vol. 13, n° 1, pp. 1557988318810243. DOI 10.1177/1557988318810243.
- NEWBY, N. C., LESLIE, K. E., DINGWELL, H. D. Putnam, KELTON, D. F., WEARY, D. M., NEUDER, L., MILLMAN, S. T. et DUFFIELD, T. F., 2017. The effects of periparturient administration of flunixin meglumine on the health and production of dairy cattle. *Journal of Dairy Science*. janvier 2017. Vol. 100, n° 1, pp. 582-587. DOI 10.3168/jds.2016-11747.
- NEWBY, Nathalie C., RENAUD, David, TREMBLAY, Robert et DUFFIELD, Todd F., 2014. Evaluation of the effects of treating dairy cows with meloxicam at calving on retained fetal membranes risk. *The Canadian Veterinary Journal = La Revue Veterinaire Canadienne*. décembre 2014. Vol. 55, n° 12, pp. 1196-1199.
- NEWBY, Nathalie, PEARL, David, LEBLANC, Stephen, LESLIE, Ken, KEYSERLINGK, Marina et DUFFIELD, Todd, 2013. Effects of meloxicam on milk production, behavior, and feed intake in dairy cows following assisted calving. *Journal of dairy science*. 5 avril 2013. Vol. 96. DOI 10.3168/jds.2012-6214.
- NOAH, 2023. National Office of Animal Health [en ligne]. [Consulté le 9 avril 2023]. Disponible à l'adresse : <https://www.noahcompendium.co.uk/>
- OHTSUKA, Hiromichi, OHSAWA, Misa, MURAKAMI, Kenji, MURATA, Ryo, KATO, Toshihide et TAJIMA, Motoshi, 2021. Changes in mRNA of immune factors expressed by milk somatic cells of Holstein cows with hypocalcemia after calving. *Canadian Journal of Veterinary Research*. janvier 2021. Vol. 85, n° 1, pp. 72-76.
- PATÉ, Rodolphe, 2011. Etiopathogénie des déplacements de la caillette chez la vache laitière : étude épidémiologique dans la zone « Thiérache ». Ecole Nationale Vétérinaire d'Alfort.
- PETER, Augustine T., 2021. Retained Fetal Membranes. In : *Bovine Reproduction* [en ligne]. John Wiley & Sons, Ltd. pp. 629-638. [Consulté le 14 avril 2023]. ISBN 978-1-119-60248-4. Disponible à l'adresse : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781119602484.ch53>
- PETER, Augustine T. et KING, E. Heath, 2021. Management of Vaginal, Cervico-Vaginal, and Uterine Prolapse. In : *Bovine Reproduction* [en ligne]. John Wiley & Sons, Ltd. pp. 561-578. [Consulté le 14 avril 2023]. ISBN 978-1-119-60248-4. Disponible à l'adresse : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781119602484.ch47>
- PROUDFOOT, K. L., HUZZEY, J. M. et VON KEYSERLINGK, M. a. G., 2009. The effect of dystocia on the dry matter intake and behavior of Holstein cows. *Journal of Dairy Science*. octobre 2009. Vol. 92, n° 10, pp. 4937-4944. DOI 10.3168/jds.2009-2135.
- PRUNIER, A., 2020. Identifying and monitoring pain in farm animals: a review | Elsevier Enhanced Reader. 2020.
- PRUNIER, A., MOUNIER, L., LE NEINDRE, P., LETERRIER, C., MORMÈDE, P., PAULMIER, V., PRUNET, P., TERLOUW, C. et GUATTEO, R., 2013. Identifying and monitoring pain in farm animals: a review. *Animal*. 1 janvier 2013. Vol. 7, n° 6, pp. 998-1010. DOI 10.1017/S1751731112002406.
- REMNANT, John G., TREMLETT, Alex, HUXLEY, Jon N. et HUDSON, Chris D., 2017. Clinician attitudes to pain and use of analgesia in cattle: where are we 10 years on? *The Veterinary Record*. 14 octobre 2017. Vol. 181, n° 15, pp. 400. DOI 10.1136/vr.104428.
- RICHARDS, B. D., BLACK, D. H., CHRISTLEY, R. M., ROYAL, M. D., SMITH, R. F. et DOBSON, H., 2009. Effects of the administration of ketoprofen at parturition on the milk yield and fertility of Holstein-Friesian cattle. *Veterinary Record*. 2009. Vol. 165, n° 4, pp. 102-106. DOI 10.1136/vetrec.165.4.102.
- ROBLES, Ivelisse, ARRUDA, Andreia G., NIXON, Emma, JOHNSTONE, Elizabeth, WAGNER, Brooklyn, EDWARDS-CALLAWAY, Lily, BAYNES, Ronald, COETZEE, Johann et PAIRIS-GARCIA, Monique, 2021. Producer and Veterinarian Perspectives towards Pain Management Practices in the US Cattle



- Industry. Animals : an Open Access Journal from MDPI. 16 janvier 2021. Vol. 11, n° 1, pp. 209. DOI 10.3390/ani11010209.
- ROGER, Oliver, GUATTEO, Raphaël, BAREILLE, Nathalie, Ecole nationale vétérinaire de Nantes, 2008. Enquête sur les attitudes des éleveurs de bovins vis-à-vis de la détection et de la prise en charge de la douleur. École Nationale Vétérinaire de Nantes.
- SCHUENEMANN, G. M., BAS, S., GORDON, E. et WORKMAN, J. D., 2013. Dairy calving management: Description and assessment of a training program for dairy personnel. *Journal of Dairy Science*. 1 avril 2013. Vol. 96, n° 4, pp. 2671-2680. DOI 10.3168/jds.2012-5976.
- SEEGERS, H., BAREILLE, N., GUATTEO, R., JOLY, A., CHAUVIN, A., CHARTIER, C., NUSINOVICI, S., PEROZ, C., ROUSSEL, P., BEAUDEAU, F., RAVINET, N., RELUN, A., TAUREL, A. F. et FOURICHON, C., 2013. Épidémiologie et leviers pour la maîtrise de la santé des troupeaux bovins laitiers : approche monographique pour sept maladies majeures. *INRAE Productions Animales*. Vol. 26, n° 2. DOI 10.20870/productions-animales.2013.26.2.3145. Disponible à l'adresse : <https://productions-animales.org/article/view/3145>
- SÉJOURNÉ, N., DE LA HAMMAIDE, M., MONCASSIN, A., O'REILLY, A. et CHABROL, H., 2018. Étude des relations entre la douleur de l'accouchement et du post-partum, et les symptômes dépressifs et traumatiques. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. 1 septembre 2018. Vol. 46, n° 9, pp. 658-663. DOI 10.1016/j.gofs.2018.06.002.
- SHARMA, A. K., DHALIWAL, P. S. et RANDHAWA, C. S., 2015. Epidemiological studies on forestomach disorders in cattle and buffaloes. *Veterinary World*. septembre 2015. Vol. 8, n° 9, pp. 1063-1067. DOI 10.14202/vetworld.2015.1063-1067.
- SHELDON, I. Martin, 2004. The postpartum uterus. *The Veterinary Clinics of North America. Food Animal Practice*. novembre 2004. Vol. 20, n° 3, pp. 569-591. DOI 10.1016/j.cvfa.2004.06.008.
- SHELDON, I. Martin, CRONIN, James, GOETZE, Leopold, DONOFRIO, Gaetano et SCHUBERTH, Hans-Joachim, 2009. Defining postpartum uterine disease and the mechanisms of infection and immunity in the female reproductive tract in cattle. *Biology of Reproduction*. décembre 2009. Vol. 81, n° 6, pp. 1025-1032. DOI 10.1095/biolreprod.109.077370.
- SHELDON, I. Martin, LEWIS, Gregory S., LEBLANC, Stephen et GILBERT, Robert O., 2006. Defining postpartum uterine disease in cattle. *Theriogenology*. 1 mai 2006. Vol. 65, n° 8, pp. 1516-1530. DOI 10.1016/j.theriogenology.2005.08.021.
- SHI, Ruijia, SHU, Hang, YU, Ruyang, WANG, Yajing, ZHANG, Ziqi, ZHANG, Junjie et GU, Xianhong, 2022. Current Attitudes of Chinese Dairy Practitioners to Pain and Its Management in Intensively Raised Dairy Cattle. *Animals : an Open Access Journal from MDPI*. 14 novembre 2022. Vol. 12, n° 22, pp. 3140. DOI 10.3390/ani12223140.
- SHWARTZ, G., HILL, K.L., VANBAALE, M.J. et BAUMGARD, L.H., 2009. Effects of flunixin meglumine on pyrexia and bioenergetic variables in postparturient dairy cows. *Journal of Dairy Science*. mai 2009. Vol. 92, n° 5, pp. 1963-1970. DOI 10.3168/jds.2008-1581.
- SICKINGER, Marlene, ERTELD, Eva-Maria et WEHREND, Axel, 2020. Fertility following uterine torsion in dairy cows: A cross-sectional study. *Veterinary World*. janvier 2020. Vol. 13, n° 1, pp. 92-95. DOI 10.14202/vetworld.2020.92-95.
- SOEST, Felix J. S. van, ABBELOOS, Elke, MCDOUGALL, Scott et HOGVEEN, Henk, 2018. Addition of meloxicam to the treatment of bovine clinical mastitis results in a net economic benefit to the dairy farmer. *Journal of Dairy Science*. 1 avril 2018. Vol. 101, n° 4, pp. 3387-3397. DOI 10.3168/jds.2017-12869.
- STOJKOV, J., VON KEYSERLINGK, M.A.G., MARCHANT-FORDE, J.N. et WEARY, D.M., 2015. Assessment of visceral pain associated with metritis in dairy cows. *Journal of Dairy Science*. août 2015. Vol. 98, n° 8, pp. 5352-5361. DOI 10.3168/jds.2014-9296.
- THOMSEN, Peter T., ANNEBERG, Inger et HERSKIN, Mette S., 2012. Differences in attitudes of farmers and veterinarians towards pain in dairy cows. *The Veterinary Journal*. 1 octobre 2012. Vol. 194, n° 1, pp. 94-97. DOI 10.1016/j.tvjl.2012.02.025.
- TREBAK, Mohamed et KINET, Jean-Pierre, 2019. Calcium signalling in T cells. *Nature reviews. Immunology*. mars 2019. Vol. 19, n° 3, pp. 154-169. DOI 10.1038/s41577-018-0110-7.
- TSCHONER, Theresa, SAUTER-LOUIS, Carola, PEINHOFER, Verena et FEIST, Melanie, 2021. Exploring the attitudes of Bavarian farmers towards pain in cattle and how they differ from the attitudes of



bovine veterinarians. The Veterinary Record. octobre 2021. Vol. 189, n° 8, pp. e515. DOI 10.1002/vetr.515.

USA, United States Department of Agriculture, USA, Animal and Plant Health Inspection Service, USA, Veterinary Services et USA, National Animal Health Monitoring System, 2010. Dairy 2007. Heifer calf health and management practices on U.S. dairy operations, 2007. Dairy 2007. Heifer calf health and management practices on U.S. dairy operations, 2007 [en ligne]. 2010. [Consulté le 13 avril 2023].

Disponible à l'adresse : <https://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/20103104898>

VAN DYKE, Ria, CONNOR, Melanie et MIELE, Amy, 2021. An Investigation into the Perceptions of Veterinarians towards Perioperative Pain Management in Calves. *Animals: an open access journal from MDPI*. 24 juin 2021. Vol. 11, n° 7, pp. 1882. DOI 10.3390/ani11071882.

VON KEYSERLINGK, Marina A. G., MILLS, Katelyn E. et WEARY, Daniel M., 2023. Attitudes of western Canadian dairy farmers towards technology. *Journal of Dairy Science*. 12 septembre 2023. pp. S0022-0302(23)00646-X. DOI 10.3168/jds.2023-23279.

WALTERS, Kevin, 2021. Obstetrics. In : *Bovine Reproduction* [en ligne]. John Wiley & Sons, Ltd. pp. 608-618. [Consulté le 14 avril 2023]. ISBN 978-1-119-60248-4. Disponible à l'adresse :

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781119602484.ch51>

WEARY, Daniel M., NIEL, Lee, FLOWER, Frances C. et FRASER, David, 2006. Identifying and preventing pain in animals. *Applied Animal Behaviour Science*. 1 octobre 2006. Vol. 100, n° 1, pp. 64-76. DOI 10.1016/j.applanim.2006.04.013.

WILSON, J. P., GREEN, M. J., RANDALL, L. V., RUTLAND, C. S., BELL, N. J., HEMINGWAY-ARNOLD, H., THOMPSON, J. S., BOLLARD, N. J. et HUXLEY, J. N., 2022. Effects of routine treatment with nonsteroidal anti-inflammatory drugs at calving and when lame on the future probability of lameness and culling in dairy cows: A randomized controlled trial. *Journal of Dairy Science*. juillet 2022. Vol. 105, n° 7, pp. 6041-6054. DOI 10.3168/jds.2021-21329.

WITTEK, T., SEN, I. et CONSTABLE, P. D., 2007. Changes in abdominal dimensions during late gestation and early lactation in Holstein-Friesian heifers and cows and their relationship to left displaced abomasum. *The Veterinary Record*. 4 août 2007. Vol. 161, n° 5, pp. 155-161. DOI 10.1136/vr.161.5.155.

WITTEK, Thomas, CONSTABLE, Peter D. et MORIN, Dawn E., 2005. Ultrasonographic assessment of change in abomasal position during the last three months of gestation and first three months of lactation in Holstein-Friesian cows. *Journal of the American Veterinary Medical Association*. 1 novembre 2005. Vol. 227, n° 9, pp. 1469-1475. DOI 10.2460/javma.2005.227.1469.

WITTEK, Thomas et FÜRLI, Manfred, 2003. Abomasal Displacement in Cows – Measurement of Oxygen Saturation of the Abomasal Wall. *Acta Veterinaria Scandinavica*. 1 mars 2003. Vol. 44. DOI 10.1186/1751-0147-44-S1-P88.



PO_47 - Efficacité à trois mois de l'utilisation d'une table de traction vertébrale, dynamique en soins courants chez les patients, atteints de lombalgie chronique commune

V. Ferre 1, D. Riochet 2, P. Abbadie 3, G. Letellier 2

1 Cabinet médical Saint Léger Du Bourg Denis - Rouen (France), 2 Eseau-Apf, Smr Pédiatrique, Nantes, France. - Nantes (France), 3 Cabinet Médical Surgères, France - Surgères (France)

Résumé

Introduction : La lombalgie chronique commune affecte la qualité de vie de 600 millions de personnes dans le monde, engendrant des coûts et une perte de productivité. Cette étude vise à évaluer l'efficacité de la traction vertébrale dynamique dans le traitement de la lombalgie chronique commune en utilisant un dispositif médical appelé DPA Med®. Ce dispositif combine deux techniques thérapeutiques : la traction vertébrale et la dissociation des ceintures.

Population : 18 patients atteints de lombalgies chroniques communes suivis en médecine de ville (10 hommes, 8 femmes, âge moyen de 63,40 ans, évolution des symptômes en moyenne de 46 mois).

Méthode : Étude multicentrique rétrospective sur l'efficacité à court terme du DPA Med®. L'indice d'invalidité d'Oswestry a été utilisé comme critère de jugement principal, renseigné en début et en fin de traitement. Les objectifs secondaires étaient : le suivi de la consommation des traitements médicamenteux, non médicamenteux, et des effets indésirables.

Résultats : Le DPA Med® a significativement amélioré les scores d'ODI de 20,47 % (p = 0,05, écart-type = 11,62) au terme des trois mois de prise en charge. Nous avons également observé une réduction de la consommation médicamenteuse et non médicamenteuse, aucun effet indésirable n'a été signalé.

Discussion/Conclusion : Cette étude confirme l'efficacité de la traction vertébrale dynamique du DPA Med® dans la lombalgie chronique commune. Les résultats suggèrent que ce dispositif peut contribuer à améliorer la qualité de vie des patients tout en réduisant leur dépendance aux médicaments. En tant qu'outil accessible en médecine générale, le DPA Med® offre une option de traitement prometteuse pour les patients confrontés à ce problème de santé courant.

Bibliographie

- [1]. Haute Autorité de Santé HAS. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune [Internet]. Saint-Denis La Plaine; 2019. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune
- [2]. Haute Autorité de Santé HAS. Label de la HAS - Surveillance médico-professionnelle du risque lombaire pour les travailleurs exposés à des manipulations de charges [Internet]. Saint-Denis La Plaine; 2013. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1700724/fr/label-de-la-has-surveillance-medico-professionnelle-du-risque-lombaire-pour-les-travailleurs-exposes-a-des-manipulations-de-charges
- [3]. Organisation Mondiale de la Santé [Internet]. 2023 [cité 8 déc 2023]. Lombalgie. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/low-back-pain#:~:text=La%20lombalgie%20chronique%20est%20une,%C3%A9conomique%20%C3%A9norme%20pour%20les%20soci%C3%A9t%C3%A9s>



- [4]. Rachialgies. In: Collège Français des Enseignants en Rhumatologie [Internet]. 7^{ème} édition. Elsevier Masson; 2020. (Les référentiels de collèges). Disponible sur: <http://www.lecofer.org/item-cours-1-3-0.php>
- [5]. Haute Autorité de Santé HAS. Lombalgie chronique de l'adulte et chirurgie [Internet]. Saint-Denis La Plaine; 2015. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2615316/fr/lombalgie-chronique-de-l-adulte-et-chirurgie
- [6]. INRS SANTE ET SECURITE AU TRAVAIL. INRS. 2018 [cité 24 nov 2023]. Lombalgie. Disponible sur: <https://www.inrs.fr/risques/lombalgies.html>
- [7]. Bombardier C. Outcome assessments in the evaluation of treatment of spinal disorders: summary and general recommendations. *Spine*. 15 déc 2000;25(24):3100-3.
- [8]. Bombardier C, Hayden J, Beaton DE. Minimal clinically important difference. Low back pain: outcome measures. *J Rheumatol*. févr 2001;28(2):431-8.
- [9]. Vogler D, Paillex R, Norberg M, de Goumoëns P, Cabri J. Validation transculturelle de l'Oswestry disability index en français. *Ann Réadapt Médecine Phys*. juin 2008;51(5):379-85.
- [10]. Denis I, Fortin L. Development of a French-Canadian Version of the Oswestry Disability Index: Cross-Cultural Adaptation and Validation. *Spine*. avr 2012;37(7):E439-44.
- [11]. Gauthier N, Thibault P, Adams H, Sullivan MJ. Validation of a French-Canadian Version of the Pain Disability Index. *Pain Res Manag*. 2008;13(4):327-33.
- [12]. Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA, for the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 4 avril 2017;166(7):514.
- [13]. Fairbank JCT, Pynsent PB. The Oswestry Disability Index. *Spine*. nov 2000;25(22):2940-53.
- [14]. Chou R, Huffman LH. Nonpharmacologic Therapies for Acute and Chronic Low Back Pain: A Review of the Evidence for an American Pain Society/American College of Physicians Clinical Practice Guideline. *Ann Intern Med*. 2 oct 2007;147(7):492-504.
- [15]. Société française de médecine générale. Lombalgie commune en soins premiers. mars 2017; Disponible sur: https://www.sfmng.org/data/generateur/generateur_fiche/1366/fichier_lombalgie_commune_en_soins_premiers_c_namtse1dca.pdf
- [16]. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Lond Engl*. 17 oct 2020;396(10258):1204-22.
- [17]. GBD 2021 Low Back Pain Collaborators. Global, regional, and national burden of low back pain, 1990-2020, its attributable risk factors, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Rheumatol*. juin 2023;5(6):e316-29.
- [18]. Fouquet N, Ha C, Bodin J, Leclerc A, Imbernon E, Roquelaure Y. Surveillance des lombalgies et de leurs facteurs de risque professionnels dans les entreprises des Pays de la Loire. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. sept 2010;58:S69.
- [19]. Assurance Maladie - Risques professionnels. Ameli. 2017. Les lombalgies liées au travail : quelles réponses apporter à un enjeu social, économique et de santé publique ? Santé au travail : enjeux & actions. Disponible sur: https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2017-01_lombalgies-travail_enjeux-et-actions_assurance-maladie.pdf
- [20]. BVA. « Connaissances et attitudes vis-à-vis de la lombalgie ». Enquête réalisée par Internet en mai 2018 auprès d'échantillon national représentatif de 2000 Français âgés de 18 ans et plus. 2018.
- [21]. Chazelle E, Fouquet N, Chee CC. O-347 Low back pain occurrence and evolution in different work situations during COVID-19 epidemic lockdown from 17 March to 10 May 2020, in metropolitan France. In: Oral Presentations [Internet]. BMJ Publishing Group Ltd; 2021 [cité 31 mai 2022]. p. A12.1-A12. Disponible sur: <https://oem.bmj.com/lookup/doi/10.1136/OEM-2021-EPI.31>
- [22]. Monzon E, Richard N. Etat des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques [Internet]. Saint-Denis: Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé; 2019 févr. Disponible sur: https://www.omedit-idf.fr/wp-content/uploads/2020/01/Rapport_Antalgiques-Opioides_Fev-2019_3.pdf



- [23]. Chou R, Huffman LH. Medications for Acute and Chronic Low Back Pain: A Review of the Evidence for an American Pain Society/American College of Physicians Clinical Practice Guideline. *Ann Intern Med.* 2 oct 2007;147(7):505.
- [24]. Wegner I, Widyahening IS, van Tulder MW, Blomberg SE, de Vet HC, Brønfort G, et al. Traction for low-back pain with or without sciatica. *Cochrane Back and Neck Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet].* 19 août 2013 [cité 10 sept 2022]; Disponible sur: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003010.pub5>
- [25]. Beurskens AJ, de Vet HC, Köke AJ, Regtop W, van der Heijden GJ, Lindeman E, et al. Efficacy of Traction for Nonspecific Low Back Pain: 12-Week and 6-Month Results of a Randomized Clinical Trial. *Spine.* déc 1997;22(23):2756-62.
- [26]. Guehring T, Omlor GW, Lorenz H, Engelleiter K, Richter W, Carstens C, et al. Disc Distraction Shows Evidence of Regenerative Potential in Degenerated Intervertebral Discs as Evaluated by Protein Expression, Magnetic Resonance Imaging, and Messenger Ribonucleic Acid Expression Analysis: *Spine.* juill 2006;31(15):1658-65.
- [27]. Kroeber M, Unglaub F, Guehring T, Nerlich A, Hadi T, Lotz J, et al. Effects of Controlled Dynamic Disc Distraction on Degenerated Intervertebral Discs: An in Vivo Study on the Rabbit Lumbar Spine Model. *Spine.* janv 2005;30(2):181-7.
- [28]. Lai A, Chow DHK. Effects of Traction on Structural Properties of Degenerated Disc Using an In Vivo Rat-Tail Model: *Spine.* juin 2010;35(14):1339-45.
- [29]. Tadano S, Tanabe H, Arai S, Fujino K, Doi T, Akai M. Lumbar mechanical traction: a biomechanical assessment of change at the lumbar spine. *BMC Musculoskelet Disord.* 9 avr 2019;20(1):155.
- [30]. Vanti C, Panizzolo A, Turone L, Guccione AA, Violante FS, Pillastrini P, et al. Effectiveness of Mechanical Traction for Lumbar Radiculopathy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Phys Ther.* 3 mars 2021;101(3):pzaa231.
- [31]. Saunders JB, Inman VT, Eberhart HD. The major determinants in normal and pathological gait. *J Bone Joint Surg Am.* juill 1953;35-A(3):543-58.
- [32]. Lee RYW, Wong TKT. Relationship between the movements of the lumbar spine and hip. *Hum Mov Sci.* oct 2002;21(4):481-94.
- [33]. Ellison JB, Rose SJ, Sahrman SA. Patterns of hip rotation range of motion: a comparison between healthy subjects and patients with low back pain. *Phys Ther.* sept 1990;70(9):537-41.
- [34]. Wong TKT, Lee RYW. Effects of low back pain on the relationship between the movements of the lumbar spine and hip. *Hum Mov Sci.* juin 2004;23(1):21-34.
- [35]. Park WH, Kim YH, Lee TR, Sung PS. Factors affecting shoulder-pelvic integration during axial trunk rotation in subjects with recurrent low back pain. *Eur Spine J Off Publ Eur Spine Soc Eur Spinal Deform Soc Eur Sect Cerv Spine Res Soc.* juill 2012;21(7):1316-23.
- [36]. Seay JF, Van Emmerik REA, Hamill J. Influence of Low Back Pain Status on Pelvis-Trunk Coordination During Walking and Running: *Spine.* juill 2011;36(16):E1070-9.
- [37]. Mangone M, Scettri P, Paoloni M, Procaccianti R, Spadaro A, Santilli V. Pelvis-shoulder coordination during level walking in patients with ankylosing spondylitis. *Gait Posture.* mai 2011;34(1):1-5.
- [38]. Bensoussan C, Champclou A, Galarraga O, Letellier G, Rahmani A, Riochet D, et al. Assessing the contribution of lower limb mobilization, in the supine position, on shoulder-pelvis girdles dissociation. *Gait Posture.* mars 2021;85:224-31.
- [39]. Brumagne S, Cordo P, Verschueren S. Proprioceptive weighting changes in persons with low back pain and elderly persons during upright standing. *Neurosci Lett.* août 2004;366(1):63-6.
- [40]. Wang W, Long F, Wu X, Li S, Lin J. Clinical Efficacy of Mechanical Traction as Physical Therapy for Lumbar Disc Herniation: A Meta-Analysis. *Comput Math Methods Med.* 2022;2022:5670303.
- [41]. Cheng YH, Hsu CY, Lin YN. The effect of mechanical traction on low back pain in patients with herniated intervertebral disks: a systemic review and meta-analysis. *Clin Rehabil.* janv 2020;34(1):13-22.
- [42]. Prasad KSM, Gregson BA, Hargreaves G, Byrnes T, Winburn P, Mendelow AD. Inversion therapy in patients with pure single level lumbar discogenic disease: a pilot randomized trial. *Disabil Rehabil.* août 2012;34(17):1473-80.
- [43]. Zhang X, Zhang Z, Wen J, Lu J, Sun Y, Sang D. The effectiveness of therapeutic strategies for patients with radiculopathy: A network meta-analysis. *Mol Pain.* 2018;14:1744806918768972.



PO_48 - Facteurs déterminants des peurs et croyances dans la lombalgie commune chronique

M.A. Khezami 1, S. Hazgui 1, E. Bahlouli 1, M. Soltani 1, S. Lebib 1, F.Z. Ben Salah 1, C. Dziri 1

1 Institut Kassab - Manouba (Tunisia)

Résumé

Introduction

Le modèle bio-psycho-social dans l'évaluation et la prise en charge de la lombalgie commune chronique est largement recommandé dans la littérature. Une évaluation objective des déterminants de cette approche est devenue possible grâce au développement de questionnaires.

L'objectif de notre étude était d'évaluer les facteurs qui peuvent influencer les peurs et les croyances chez cette population.

Méthodes

Il s'agit d'une étude descriptive transversale. Une version arabe validée du FABQ était utilisée pour évaluer les croyances de peurs et d'évitement des patients. Deux sous-scores ont été calculés : le FABQ-W (FABQ-travail) et le FABQ-AP (FABQ-activité physique). L'incapacité était évaluée par une version tunisienne validée de l'ODI (Oswestry Disability Index).

Résultats

34 patients ont été inclus avec un Sexe Ratio de 0.25 et un âge moyen de 36.8 +/- 11.78 ans. Une corrélation positive significative était notée entre l'âge et les sous-scores du FABQ ($p < 0.05$). Une corrélation négative significative était objectivée entre le niveau de scolarité et les sous-scores du FABQ ($p < 0.05$). Nous n'avons pas retrouvé de corrélation entre les sous-score FABQ et la durée d'évolution des lombalgies ni entre les sous-scores FABQ et le ODI.

Conclusion

Les résultats de notre étude suggèrent que les croyances de peur et d'évitement chez les lombalgiques sont influencées par l'âge et le niveau scolaire.

De ce fait, en présence de ces facteurs, une attention particulière est nécessaire lors de l'établissement d'un protocole rééducatif.



PO_49 - NeuroStimulation Implantée à visée antalgique (NSI) et douleurs neuropathiques post-chimiothérapie

H. Alipour 1, S. Raoul 1, S. Lecoeur 1, S. Yvenou 1, A. Petriolle 1

1 Médecin - Saint Brieuc (France)

Résumé

INTRODUCTION

La prévalence des douleurs neuropathiques (DN) du cancer varie de 20 à 40%. Ces douleurs sont mal-diagnostiquées et mal-traitées. Or les recommandations en date de 2020 [1] proposent une stratification thérapeutique dont le recours à la NCI.

Nous allons présenter 3 cas cliniques et décrivons leur parcours.

PRÉSENTATION

Madame ER, née en 1949, a un myélome depuis 2015 toujours sous chimiothérapie. Dès 2016, les douleurs neuropathiques chimio induites (DNC) se sont installées. Elle a été prise en charge par notre structure douleurs chroniques (SDC) en 2018. Elle a eu des thérapies antineuropathiques systématiques et de la rTMS. En 2020 la NCI a été posée avec une électrode en T9-T10. Les douleurs ont baissé de plus de 50% et elle a diminué ses traitements.

Madame MFG, née en 1943 a une atteinte neuropathique type antiMAG en lien avec un waldenstrom diagnostiqué en 2007. Les douleurs ont été jugulées et la maladie maîtrisée. En 2016 la récurrence de Waldenstrom a nécessité une nouvelle chimiothérapie. Après 3 semaines, des DN invalidantes en lien avec la nouvelle chimiothérapie ont été observées. Elle n'a été orientée vers notre SDC en 2018. Elle a bénéficié des antineuropathiques orales, de TENStherapie et de rTMS permettant de contenir ses DN pendant 4 ans. La patiente trouvant l'ensemble de ses traitements contraignants, la NCI a été posée avec une électrode en T9-T10. Le soulagement a été rapide et meilleur avec un réel impact sur la qualité de vie et du sommeil. Elle poursuit sa chimiothérapie.

Madame MR, née en 1948, est en rémission de son cancer du sein diagnostiqué en 2020. Dès la fin de sa chimiothérapie, des DNC se sont installées. En 2021, elle est prise en charge par notre SDC. En 2022, le recours à NCI lui a été proposée du fait des échecs des thérapies spécifiques. Une électrode en T9-T10 a été posée. En 2024, elle a diminué puis a arrêté le recours à la NSI sans récurrence douloureuse et n'a aucune thérapie systémique.

DISCUSSIONS - CONCLUSIONS

Ces cas illustrent la place de la NCI dans le traitement des DNC rebelles et/ou contraignants. Les différentes publications plaident en faveur de la NSI dans les DN du cancer [2, 3, 4, 5, 6, 7] et les recommandations françaises ne l'ont pas exclu de leurs préconisations dans ces situations.

Or, le recours à la NSI reste encore trop faible en France dans les DN rebelles et davantage en situation de cancer.

La SFETD mènent un travail quant à la place de la NSI dans les DN du cancer. Nous espérons que les préconisations encourageant l'adressage précoce aux SDC mais aussi le recours à la NSI dans ces situations si complexes et rebelles.



Bibliographie

- 1 : X. Moisset et al. Douleur analg. 2020-0113 : Traitements pharmacologiques et non pharmacologiques de la douleur neuropathique : une synthèse des recommandations françaises. <https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2021/02/synth%C3%A8se-RECOS-DN-langue-fran%C3%A7aise1.pdf>
- 2 : Alexandre E et al. Spinal Cord Stimulation as a Treatment Option for Intractable Neuropathic Cancer Pain. 2008. Clinical Medicine & Research . 2008. Tome 9, N° 3/4 : 103-106
- 3 : Chwistek M. Recent advances in understanding and managing cancer pain [version 1; referees: 3 approved] F1000Research 2017, 6(F1000 Faculty Rev):945 (doi: 10.12688/f1000research.10817.1)
- 4 : Hagedorn JM et al. Current Perspectives on Spinal Cord Stimulation for the Treatment of Cancer Pain. Journal of Pain Research 2020;13 3295–3305
- 5 : Charles L et al. Prevention and Management of Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy in Survivors of Adult Cancers: ASCO Guideline Update. Journal of Clinical Oncology. 2020. Volume 38, Issue 28 3325-3350
- 6 : Breanna L et al. Spinal Cord Stimulation as Treatment for Cancer and Chemotherapy-Induced Pain. Frontiers in Pain Research. 2021. 699993
- 7 : Kirpatrick K et al. Neuromodulation for Adjunctive Treatment in Postmastectomy Pain Syndrome. Cureus. 2023. 15(10): e47827. DOI 10.7759/cureus.47827



PO_50 - Taiji et kinésiophobie en CETD

V. De Visme 1

1 Chic Quimper - Quimper (France)

Résumé

Le taiji, activité physique douce (faite de relaxation, travail postural, amélioration de la mobilité articulaire et de l'équilibre) semble adapté aux patients douloureux chroniques [1] et [2], même avec des difficultés motrices [3].

Quelle est l'adhésion de patients douloureux chroniques suivis dans un CETD à une proposition d'activité physique de Taiji thérapeutique?

101 patients ont eu une prescription de 5 séances de taiji à raison d'une séance hebdomadaire d'une durée de 1h30 entre avril 2018 et avril 2023 par les médecins algologues du service réalisées par un médecin formé au taiji thérapeutique sous forme d'ateliers collectifs (de 5 patients maximum).

Il s'agissait de 80% de femmes, d'âge moyen 52 ans, 85 avaient des pathologies ostéoarticulaires ou rhumatologiques (35 lombalgies chroniques, 12 fibromyalgies, 10 SDRC, 7 SPA, 7 NCB, 5 Ehler Danlos, 5 arthroses polyarticulaires, 2 dorsalgies, 1 polyarthrite rhumatoïde, une dystocie des épaules) et 16 des pathologies neurologiques (4 neuropathies périphériques, 2 SEP, 2 séquelles myélite, 2 neuropathies pudendales, 1 AVC, 1 céphalée rebelle, 1 Névralgie intercostale, 2 névralgies pudendales)

Un relevé informatique des rendez-vous honorés a été réalisé.

Résultats : 11 patients sont venus à une séance, 12 à 2, 23 à 3, 19 à 4 et 36 à 5.

Plus le score s'approche de 5 (nombre de séances proposées) et plus l'objectif de lutter contre la kinésiophobie est atteint.

On peut considérer que 23 patients ont pas ou peu adhéré à la proposition thérapeutique en venant seulement à 1 ou 2 séances.

Plus de 75% des patients sont venus à au moins 3 séances et plus de 50% à 4 dont 35% à 5 et cette première étape initie une remise en mouvement avec des bénéfices pour leur qualité de vie.

Les patients ont été invités à reprendre des activités physiques douces (marche) et à consulter en sport santé pour rechercher une activité physique adaptée qui leur convienne.

Bibliographie

[1] Wang C, Schmid CH, Rones R, Kalish R, Yinh J, Goldenberg DL, Lee Y, McAlindon T. A randomized trial of tai chi for fibromyalgia. *N Engl J Med*. 2010 Aug 19;363(8):743-54. doi: 10.1056/NEJMoa0912611. PMID: 20818876; PMCID: PMC3023168.

[2] Hall AM, Maher CG, Lam P, Ferreira M, Latimer J. Tai chi exercise for treatment of pain and disability in people with persistent low back pain: a randomized controlled trial. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2011 Nov;63(11):1576-83. doi: 10.1002/acr.20594. PMID: 22034119.

[3] Zhao J, Chau JPC, Chan AWK, Meng Q, Choi KC, Xiang X, Zhao Y, He R, Li Q. Tailored Sitting Tai Chi Program for Subacute Stroke Survivors: A Randomized Controlled Trial. *Stroke*. 2022 Jul;53(7):2192-2203. doi: 10.1161/STROKEAHA.121.036578. Epub 2022 Apr 7. PMID: 35387494



PO_51 - Evaluation des groupes thérapeutiques dans le suivi des patients douloureux chroniques

E. Germé-Spillner 1, M.T. Nomel 1, J. Nuissier 1, K. Magdeleine 1

1 Chu Martinique - Fort De France (Martinique)

Résumé

Evaluation des groupes thérapeutiques dans le suivi des patients douloureux chroniques

Approche qualitative avec entretiens semi-structurés

La chronicisation de la douleur est un processus, qui se fait en présence de nombreux facteurs personnels et environnementaux (facteurs d'amplification et d'entretien). Les dispositifs thérapeutiques collectifs animés en équipe pluri professionnelle et multidisciplinaire sont un moyen efficace d'aborder et de traiter ces différentes composantes de façon multimodale et intégrée. La mise en place des évaluations systématiques par des approches qualitatives est important pour aller au-delà des outils de mesure quantitative, trop réduite pour évaluer les effets de cette démarche. L'évaluation pose souvent de nombreuses difficultés vu la complexité des facteurs, le caractère fluctuant et individuel des symptômes et la disparité du "langage" des intervenants pluri professionnels. Pourtant ces évaluations régulières et systématiques sont indispensables, tout autant pour le patient que pour l'équipe, pour objectiver l'évolution et maintenir la motivation.

Dans cette analyse nous vous faisons part des expériences des évaluations du suivi de nos patients en groupe thérapeutique dans le Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur.

Bibliographie

Souche, A, Piguët, V Desmeules, J., & Cedraschi, C (2019). Pourquoi proposer la thérapie cognitivocomportementale dans les douleurs chroniques?. *Rev Med Suisse*, 15, 1272-5.

Coutaux, A., & Collin, E. (2017). Pourquoi et comment vient-on à l'éducation thérapeutique dans une structure douleur?. *Douleur et Analgésie*, 30(3), 141.

Dourlens, C., & Denois, V. R. (2015). Les groupes thérapeutiques dans la prise en charge de la douleur chronique. *Douleurs: Evaluation-Diagnostic-Traitement*, 16(6), 298-305.

Gurny, M., Cedraschi, C., Chassot, P., Piguët, V., & Remund, C. (2009). Thérapie cognitive-comportementale. *Rev Med Suisse*, 5, 1370-4.



PO_52 - Qui sont les patients adressés en structure douleur chronique ? Analyse des 481 demandes de RDV dans notre centre en 2023

M. D'ussel 1, M. El Sayed 1, A. Coutaux 1

1 Centre Douleur Chronique, Hôpital Paris Saint-Joseph - Paris (France)

Résumé

Les structures douleur chronique (SDC) sont destinées à prendre en charge les patients souffrant de douleurs chroniques les plus complexes et n'accueillent malheureusement que 4% des personnes en ayant besoin [1]. Nous souhaitons connaître les caractéristiques des patients sollicitant un suivi en SDC et avons analysé les 481 demandes déposées à notre centre durant une année.

Les résultats principaux sont : 76% de femmes, âgées en moyenne de 47 ans, dont 27,5% vivaient dans notre secteur géographique.

Leur douleur évoluait depuis en moyenne 6 ans (depuis plus de 10 ans pour 23% des demandeurs), elle n'avait pas de cause évidente dans 51,1% des cas, était en lien avec l'endométriose pour 17% des patients, une fibromyalgie pour 4,8%, une douleur neuropathique pour 4,2%. Elle était consécutive à une chirurgie dans 19,9% des cas, à un accident dans 10,9% des cas, et en rapport avec un accident de travail ou une maladie professionnelle pour 6,3% des demandes.

Les douleurs étaient majoritairement localisées au rachis (45,2%), au membre inférieur (44,4%), au pelvis (38,2%), au membre supérieur (31,3%), à la tête (24,1%) ou diffuses (13,3%) et étaient d'intensité moyenne à 7,5/10.

Les patients étaient traités par opioïdes pour 33,4% d'entre eux, paracétamol (26,9%), kiné (24,2%), antidépresseur antalgique (14%) et 15,7% n'avaient aucun traitement.

Ils étaient adressés principalement par leur généraliste (42,2%), ou un chirurgien (11,7%), un gynécologue (9,76%), un rhumatologue (8,1%), un neurologue (4,6%), un autre algologue (4,6%) ou un médecin d'une autre spécialité (10,5%) qui exerçaient dans notre établissement dans 29,9% des cas.

102 personnes (21,79%) avaient déjà consulté un médecin de la douleur, et 157 (33,48%) avaient préalablement rencontré un psychiatre ou psychologue pour leurs douleurs.

Leurs attentes étaient essentiellement de « trouver une solution » (17,54%), « moins ou ne plus souffrir » (10,44%), « mieux vivre avec la douleur » (8,98%), « mieux comprendre » (7,30%), « retrouver une vie normale » (7,30%).

Ces données, certes biaisées par leur caractère monocentrique, nous permettent d'établir le profil-type des patients sollicitant notre SDC : une femme âgée de 47 ans souffrant du rachis depuis 6 ans et recevant finalement peu de traitement compte-tenu de l'intensité douloureuse (7,5/10) ; nous pouvons repérer des pistes d'amélioration de la prévention et de la prise en charge de ces patients souffrant de douleur chronique :

-sensibilisation de la population sur les fonctionnements de la douleur chronique et ses différentes composantes,

-formation des médecins sur la place des antidépresseurs en douleur chronique,

-campagnes d'information sur le rôle des structures douleur chronique et la nécessité de les contacter précocement.



Bibliographie

1. Aubrun F. Structures Douleur Chronique en France (SDC) Guide de Bonnes Pratiques. Medline; 2019. 2016 p. (médecine, pratique médicale).



PO_53 - MUSIPEDOL : Apport de la musicothérapie dans la prise en charge de la douleur en pédiatrie au CHU de Rouen

B. Vantomme 1, O. Durand 1, H. Vantomme 2, A. Petit-Ledo 1

1 Chu De Rouen - Rouen (France), 2 Ch La Pitié Salpêtrière Aphp - Paris (France)

Résumé

La douleur chez l'enfant et l'adolescent représente un enjeu de santé publique majeur, affectant profondément leur bien-être émotionnel et social, ainsi que leur cadre familial et scolaire. La prise en charge optimale de la douleur chronique nécessite une approche globale, intégrant à la fois des traitements médicamenteux et interventions non médicamenteuses basées sur le modèle bio-psycho-social. Parmi ces dernières, la musicothérapie se distingue en raison de sa facilité d'application et son potentiel à réduire la consommation de médicaments antalgiques [1,2,3].

Notre recherche, une étude prospective et descriptive menée au Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur (CETD) Pédiatrique du CHU de Rouen, vise à évaluer l'efficacité de la musicothérapie dans le traitement de la douleur aiguë, chronique ou liée aux soins chez des enfants âgés de 0 à 18 ans, sur une période de douze mois. Cette technique de soin a été réalisée via le programme Music Care et était réservée aux enfants pour lesquels cette approche a été recommandée par les médecins ou infirmiers référents de l'unité douleur.

L'étude a inclus 52 enfants âgés de 3 à 17 ans, avec une majorité de filles (75%). La plupart ont été recrutés suite à une consultation pour douleur (55%), souffrant principalement de douleurs chroniques (94%) de nature abdominale, neuropathique et céphalique. Environ un tiers des patients ont également rapporté de l'anxiété associée à leur douleur.

Les résultats obtenus avec le programme MUSIPEDOL ont révélé une réduction significative des niveaux de douleur et d'anxiété. Les scores de douleur ont diminué en moyenne de 1,47, de 1,6 1,25 pour les premières, secondes et troisièmes séances respectivement. De même, les scores d'anxiété ont baissé de 1,57, 1,74 et 0,67 pour les mêmes séances. Toutefois, le suivi a été difficile, avec seulement 23% des enfants complétant les trois séances prévues. Malgré ces obstacles, l'efficacité observée reste notable et 80% des participants se sont déclarés très satisfaits de cette méthode non médicamenteuse de gestion de la douleur.

Cette étude souligne l'importance et l'efficacité de la musicothérapie comme complément aux approches conventionnelles dans la gestion de la douleur pédiatrique, offrant une option valable pour améliorer la qualité de vie des jeunes patients.

Bibliographie

[1]Feneberg AC et al. 'Efficacy, Treatment Characteristics, and Biopsychological Mechanisms of Music-Listening Interventions in Reducing Pain (MINTREP): Study Protocol of a Three-Armed Pilot Randomized Controlled Trial', *Front Psychiatry* [Internet]. 2020 [cité 4 juin 2021];11. Disponible sur : <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2020.518316/full>



[2]Guétin S et al. 'A patient-controlled, smartphone-based music intervention to reduce pain—A multi-center observational study of patients with chronic pain', Eur J Integr Med. 1 juin 2016;8(3):1827.

[3]Garza-Villarreal EA et al. 'Music-Induced Analgesia in Chronic Pain Conditions: A Systematic Review and Meta-Analysis', Pain Physician. nov 2017;20(7):597610.



PO_54 - DOULEUR NEUROPATHIQUE DIABÉTIQUE INDUITE : ETAT DES LIEUX enquête réalisée à l'unité Douleur EPH ARRIS

T. Azoui 1

1 Eph Arris - Arris (Algeria)

Résumé

INTRODUCTION :

L'incidence des NP est plus difficile à estimer et La neuropathie diabétique douloureuse est une forme très fréquente de la ND dont la présence témoigne d'un diabète chroniquement déséquilibré

Elle devrait être systématiquement recherchée par l'interrogatoire car les patients n'en parlent pas spontanément ou la rattachent à d'autres étiologies.

Les études font état d'une prévalence variant de 10 à 50 %.

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE :

L'objectif principal de notre enquête est d'apprécier la prévalence de la neuropathie douloureuse et de la neuropathie induite chez un groupe de patients diabétiques en se basant sur le score DN4

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude transversale réalisée à l'unité douleur de l'EPH ARRIS , durant l'année 2018 à 2019 partir de fiches et dossiers de malades consultés durant la même période

Population cible :

-Notre enquête a concerné 147 patients diabétiques recrutés à partir de la consultation de l'unité douleur

Ont été inclus tous les patients qui consultent pour douleur et présentant un diabète de type 2 avec ou sans complications dégénératives et quelle que soit la durée du diabète.

-Nous avons exclus les patientes diabétiques type 1 et les femmes qui présentent un diabète gestationnel

Matériel :

l'outil diagnostique utilisé est Le score DN4 ainsi que l' EVA

Résultats

L'âge moyen de nos patients est de 55,46 ans avec des extrêmes allant de 46 à 82 ans.

La population enquêtée se composait de 62,5% de femmes et de 37,5% d'hommes

L'ancienneté de diabète était de 12,5 ans avec un minimum un an et un maximum de 40 ans.

L'incidence de la neuropathie diabétique douloureuse DN4 était de 29,5 %, dans la littérature (10-50%)

63% ont rapporté une apparition ou aggravation de douleur après intensification insulinique rapide

70,5 % des diabétiques ont un score DN4 inférieur à 4/10 et 29,5% ont un score supérieur ou égal à 4/10



37,5% étaient sous antidiabétiques oraux, 37,5% étaient sous insuline, 22,5% étaient sous association antidiabétiques oraux et insuline et seul 2,5% étaient sous mesures hygiéno-diététiques seuls

La plupart de nos patients avaient des complications dégénératives liées au diabète soit 71% et seuls 29% n'avaient pas de complications dégénératives

79,5% ne sont pas aux objectifs dans notre enquête (70% selon le livre blanc de la SFETD)

Conclusions :

La DN est souvent sous traitée Notre enquête trouvera toute son utilité lorsque d'autres études lui succéderont, ce qui permettra de comparer les données et d'apprécier les progrès réalisés en matière de diagnostic et de traitement de la douleur neuropathique souvent sous estimée et sous diagnostiquée et ou les différentes études montrent que même diagnostiquée les médicaments spécifiques des douleurs neuropathiques ne sont pas toujours utilisés au mieux, voire pas utilisés du tout



PO_55 - Etat des lieux des connaissances des patients de rhumatologie sur leur traitement antalgique

L. Chebrek 1, J. Bodet 1, P. Carlier 1, V. Ducoulombier 2, A. Lefebvre 1, E. Floret 1

1 Pui, Hôpital Saint Philibert - Lomme (France), 2 Service De Rhumatologie, Hôpital Saint Philibert - Lomme (France)

Résumé

Dans le cadre de la prise en charge des douleurs chroniques en rhumatologie, de nombreux antalgiques sont prescrits avec un risque majeur de mésusage. Il est donc primordial d'optimiser la connaissance des patients sur ces traitements afin d'éviter tout risque d'iatrogénie. L'objectif de cette étude était d'effectuer un état des lieux des connaissances des patients sur leurs antalgiques afin d'évaluer l'intérêt de la mise en place d'entretiens pharmaceutiques ciblés dans la prévention de leur mésusage.

Les patients inclus étaient admis en consultation et en hôpital de jour de rhumatologie. Ils présentaient des douleurs chroniques et prenaient des antalgiques de palier I (paracétamol, anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), néfopam) et/ou II (tramadol, opium, codéine). Les patients non connus pour prise de médicaments antalgiques étudiés étaient exclus. Une grille d'entretien composée de questions générales (identification des antalgiques, automédication) et spécifiques (posologie, délai de prises,...) par antalgique fut élaborée afin d'établir un scorage. Les patients étaient contactés en amont par téléphone pour leur expliquer l'étude et recueillir leurs consentements. A posteriori, un interne de pharmacie a mené les entretiens.

Le recueil des données s'est effectué de septembre 2023 à février 2024. Sur 103 patients contactés par téléphone, 60 ont répondu à l'appel. Sur ces derniers, 40 patients ont été inclus, 7 patients ont refusé et 13 patients ont été exclus de l'étude. L'âge moyen était de 55 ans avec un sex ratio de 0,54. Les pathologies les plus fréquentes étaient la spondylarthrite ankylosante (30%) et la polyarthrite rhumatoïde (20%). 75% des patients avaient du paracétamol seul ou associé et 35% des AINS seuls ou associés. Il fut donc décidé de se concentrer uniquement sur ces molécules et leurs associations, la population étant trop faible pour les autres molécules. 95% des patients savaient identifier leurs antalgiques sur leur prescription ; 20% déclaraient pratiquer l'automédication (ibuprofène principalement). Le taux de bonne réponse aux questions spécifiques était de 88,7 % pour le paracétamol, 81,2% pour les AINS et 66,8% pour leurs associations. Enfin, 57% des patients aimeraient en savoir plus sur les effets indésirables et les modalités de prises de leurs antalgiques.

L'étude démontre une relative bonne connaissance des antalgiques chez les patients de rhumatologie. Les associations d'antalgiques restent moins bien maîtrisées. Il serait donc pertinent de les aborder lors d'entretiens pharmaceutiques personnalisés selon les patients. La limite principale de l'étude repose sur le faible nombre de patients ne permettant pas d'interpréter les données de certains antalgiques. Il serait intéressant d'élargir cette étude avec une cohorte de patients plus large en incluant d'autres antalgiques. Celle-ci a néanmoins pu confirmer l'intérêt de la mise en place d'entretiens pharmaceutiques ciblés afin de promouvoir le bon usage des antalgiques auprès des patients.



PO_56 - Efficacité antalgique des techniques de neuromodulation non invasives sur les douleurs chroniques liées au cancer : une revue systématique

S. Grenouillet 1, R. Peyron 1, C. Fauchon 2

1 Université Jean Monnet, Chu Saint-Etienne, Inserm Umr-1028, Neuropain, Centre De Recherche En Neurosciences De Lyon - Saint-Etienne (France), 2 Université Clermont-Auvergne, Chu Clermont-Ferrand, Inserm Umr-1107, Neuro-Dol - Clermont-Ferrand (France)

Résumé

Le cancer est devenu un grand pourvoyeur de douleur chronique, par la tumeur elle-même et/ou son/ses traitement(s): chirurgie, radiothérapie, ou chimiothérapie (e.g., neuropathie périphérique chimio-induite (CIPN)) [1]. La prévalence croissante de ces douleurs et les difficultés de traitement constituent un défi majeur pour la santé.

Ces douleurs sont surtout nociceptives, mais chez environ 30% des patients, il y a une composante neuropathique souvent réfractaire aux traitements pharmacologiques [2]. Les recommandations actuelles proposent dorénavant une approche thérapeutique intégrative, incluant l'utilisation des techniques de neuromodulations cérébrales.

La stimulation cérébrale non invasive (NIBS) tel que la stimulation transcrânienne magnétique (TMS) ou à courant direct (tDCS) est de plus en plus utilisée dans le traitement des douleurs neuropathiques réfractaires, mais on ne sait toujours pas si la NIBS est efficace sur les douleurs chroniques associées au cancer. C'est pourquoi cette étude vise à examiner l'efficacité de la NIBS sur ces douleurs par le biais d'une revue systématique (et méta-analyse) des preuves existantes dans la littérature.

Cette revue suit les recommandations PRISMA [3]. Les recherches ont été effectuées en utilisant les mots-clés relatifs au cancer, la douleur et la stimulation cérébrale non invasive (i.e., TMS et tDCS) sur les bases de données : La Cochrane, PubMed, Web of Science et Google scholar.

Le principal critère d'évaluation concerne l'intensité de la douleur. L'effet a été évalué en utilisant la différence des moyennes. Une évaluation méthodologique ainsi que la qualité des preuves ont été examinées selon les critères du GRADE, basés sur ceux de l'ANAES. [4].

Huit articles (154 patients) ont été inclus dans cette revue : trois portaient sur la tDCS et cinq sur la rTMS, dont quatre étaient des études contrôlées randomisées et quatre étaient des études observationnelles. Sept études visaient la stimulation du cortex moteur primaire M1, tandis qu'une ciblait le cortex préfrontal dorsolatéral DLPFC. Les paramètres de stimulation étaient à hautes fréquences pour cinq articles (≥ 10 Hz ou 2 mA), tandis que deux études utilisaient des fréquences basses et une ne spécifiait pas cette donnée. Malgré une variation du nombre de sessions effectuées dans les études, allant de 2 à 35, toutes ont rapporté une diminution de l'intensité de la douleur, avec une légère tendance en faveur de la tDCS.

Les NIBS semblent avoir un effet analgésique dans les douleurs liées au cancer. Cependant, en raison du niveau de preuve faible des études et de la forte hétérogénéité des conditions de douleur, des essais contrôlés randomisés sur de plus larges populations homogènes sont maintenant requis pour valider ces résultats prometteurs.

Bibliographie



- [1] Société Française d'étude et Traitement de la Douleur, V. Martinez, N. Attal, D. Bouhassira, et M. Lantéri-Minet, « Les douleurs neuropathiques chroniques: diagnostic, évaluation, traitement en médecine ambulatoire. Recommandation pour la pratique clinique de la Société Française d'étude et de Traitement de la Douleur », *Douleur analg*, vol. 23, no 1, p. 51-66, mars 2010, doi: 10.1007/s11724-010-0180-1.
- [2] N. Kerckhove, A. Collin, S. Condé, C. Chaletix, D. Pezet, et D. Balayssac, « Long-Term Effects, Pathophysiological Mechanisms, and Risk Factors of Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathies: A Comprehensive Literature Review », *Front Pharmacol*, vol. 8, p. 86, 2017, doi: 10.3389/fphar.2017.00086.
- [3] M. J. Page et al., « PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews », *BMJ*, vol. 372, p. n160, mars 2021, doi: 10.1136/bmj.n160.
- [4] ANAES, « Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations », Haute Autorité de Santé. Consulté le: 6 mai 2024. [En ligne]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_434715/fr/guide-d-analyse-de-la-litterature-et-gradation-des-recommandations



PO_57 - Profils épidémio-clinique, thérapeutique et évolutif des patients suivis au centre d'étude et de traitement de la douleur du service de médecine interne au CHNU Dalal Jamm

A. Salane 1, S. Ndong 1

1 Médecin De Prise En Charge Douleur, Centre D'etude Et De Traitement De La Douleur Du Centre Hospitalier National Dalal Jamm-Dakar-Sénégal - Dakar (Sénégal)

Résumé

Introduction:

La prise en charge de la douleur chronique constitue un véritable enjeu de santé publique. Elle ne peut se faire sans une évaluation approfondie de la douleur dans ses différentes caractéristiques et étiologies. L'objectif de cette étude était d'évaluer cette approche globale de prise en charge de la douleur et de démontrer la nécessité des centres dédiés.

Patients et méthodes :

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive incluant les patients suivis au centre d'étude et de traitement de la douleur du Centre Hospitalier National Dalal Jamm durant la période de Janvier 2021 à Décembre 2022. Les données ont été recueillies et analysées à l'aide du logiciel Epi Info version 7.2.5.0.

Résultats :

Cette étude a été menée auprès de 247 patients lors des 488 consultations effectuées durant 24 mois. Le sexe ratio H/F était de 0,31, avec un âge moyen de 49,6 ans et des extrêmes de 18 et 87 ans. Les ménagères constituaient 29,1% de l'effectif suivis des agents de santé avec 18,7%. Le suivi a été effectué en ambulatoire chez 223 patients contre 12 qui nécessitaient une hospitalisation et 2 suivis à domicile. Les principaux motifs de consultations étaient des lomboradiculalgies dans 52,4%, suivi des arthralgies périphériques avec 13,41% ; les céphalées et les algies diffuses représentaient 5,3%. Comme comorbidité l'HTA a été retrouvé chez 26,5% de patients et le diabète chez 10,8%. Sur le plan caractéristique, les douleurs de type mixte à composante neuropathique et nociceptive ont été retrouvées chez 65,6% des patients contre 12,1% pour celles nociplastiques et 6,8% pour les douleurs neuropathiques simples. L'intensité de la douleur à l'EEN était en moyenne 8/10 avec des extrêmes de 2/10 et 10/10. Les causes identifiées des douleurs étaient liées aux discopathies dégénératives chez 103 patients ; 11 cas de fibromyalgie ont été retrouvés et 5 cas de migraine. L'anxiété était présente chez 80% des patients, la dépression chez 38,8%. Le traitement était dominé par les antiépileptiques dans 21,42% des cas, suivis par les myorelaxants dans 14,7% et les analgésiques morphiniques dans 1,7%. Les thérapies complémentaires ont été utilisées chez 76 patients pour le TENS ; pour la physiothérapie 23 patients et la psychothérapie 6 patients. Sur le plan évolutif l'intensité de la douleur par l'EEN au cours du suivi a montré une moyenne de 1,9/10 avec des extrêmes de 0/10 et 9/10.

Conclusion :

La prise en charge de la douleur constitue un enjeu de santé publique majeur. Dès lors de nouvelles approches deviennent nécessaires pour prendre en compte la douleur



maladie dans ses caractéristiques, ses retentissements et son origine, pour apporter une solution durable aux patients.

Mots clés : Douleur, nociceptive, nociplastique, thérapies complémentaires

Bibliographie

Rapport d'activité du CETD, Service de Médecine Interne, Centre Hospitalier National Dalal Jamm,
Décembre 2022



PO_58 - Réduire les douleurs post-opératoires en réduisant l'anxiété pré-opératoire: efficacité du dispositif médical Music Care© (Dtx/web app) sur la variabilité de la fréquence cardiaque au bloc opératoire

G. Guerrier 1, C. Moubarak 1, G. Giannacare 2, A. Vagge 3, P.R. Rothschild 4, F. Bernabei 5, C. Baillard 1

1 Anaesthetic And Intensive Care Department, Hôpital Cochin, Assistance Publique-Hôpitaux De Paris - Paris (France), 2 Department Of Ophthalmology, University Magna Graecia Of Catanzaro - Catanzaro (Italy), 3 Department Of Ophthalmology, University Of Genoa - Gênes (Italy), 4 Université De Paris, Centre De Recherche Des Cordeliers, Inserm - Paris (France), 5 Department Of Ophthalmology, Hôpital Cochin, Assistance Publique-Hôpitaux De Paris - Paris (France)

Résumé

Problématique : Les patients peuvent éprouver un état d'anxiété susceptible de compromettre certaines procédures chirurgicales, en particulier la chirurgie de la cataracte réalisée sous anesthésie locale [1,2], pouvant avoir de plus un impact sur la perception douloureuse post-opératoire [3]. Les thérapies digitales (DTx) sont de plus en plus utilisées et des publications récentes ont décrit leur impact en utilisant la musique sur la douleur et l'anxiété [4,5]. Par ailleurs, la variabilité de la fréquence cardiaque (VFC) semble être un paramètre objectif pour quantifier le niveau pré-opératoire d'anxiété [6]. Cette étude vise à évaluer les effets de Music Care© (DTx / web app) sur la VFC et l'anxiété préopératoire avant la chirurgie de la cataracte.

Méthode/analyse : Cet essai clinique contrôlé, multicentrique, randomisé, en simple aveugle était composé de 2 bras. Les patients nécessitant une chirurgie de la cataracte ont été affectés de façon aléatoire au bras expérimental (Music Care, application Web selon la technique « U » [7]) ou au bras contrôle (casque antibruit sans musique) pendant 15 minutes avant l'intervention chirurgicale. Le critère principal était LF/HF, et les critères secondaires étaient RMSSD et le niveau d'anxiété (EVA).

Résultats/discussion : Entre juin 2023 et mars 2024, 184 participants ont été inclus dans l'étude, dont 142 ont été randomisés (71 dans chaque bras, âge moyen 68.5 ans, 84 femmes). L'indicateur LF/HF s'est significativement amélioré ($p=0.0216$) dans le groupe musique, passant de 4.0 (± 3.9) à 3.3 (± 5.1) en 5 minutes, correspondant à une baisse de 20% contre une augmentation de 11.2 (± 86.2) dans le groupe contrôle. Le niveau d'anxiété s'est significativement amélioré ($p<0.0001$) dans le groupe musique, passant de 6.9 (± 2.0) à 4.0 (± 1.7) correspondant à une baisse de 42% contre 4% dans le groupe contrôle.

Une corrélation positive entre le tempo descendant de l'intervention musicale et une augmentation de la valeur HF (coefficient de Spearman= -0.15 ; $p=0.025$) a été mise en évidence.

Conclusion : Cette étude suggère qu'une intervention musicale personnalisée via l'application Web Music Care© s'intègre facilement dans le parcours de soins des personnes souffrants d'anxiété avant la chirurgie de la cataracte. Elle pourrait ainsi contribuer à réduire les douleurs post-opératoires. Ces résultats pourraient faciliter l'incorporation de données de biofeedback dans des interventions musicales personnalisées et offrir une intervention potentielle digne d'investigation dans d'autres contextes chirurgicaux.



Bibliographie

- [1] Shafer A, Fish MP, Gregg KM, Seavello J, Kosek P. Preoperative anxiety and fear: a comparison of assessments by patients and anesthesia and surgery residents. *Anesth Analg*. 1996; 83:1285–291.
- [2] Nijkamp MD, Kenens CA, Dijker AJ, Ruiters RA, Hiddema F, Nuijts RM. Determinants of surgery related anxiety in cataract patients. *Br J Ophthalmol*. 2004; 88:1310–14.
- [3] Tadesse M, Ahmed S, Regassa T, Girma T, Hailu S, Mohammed A, Mohammed S. Effect of preoperative anxiety on postoperative pain on patients undergoing elective surgery: Prospective cohort study. *Ann Med Surg (Lond)*. 2021; 73:103190.
- [4] Bradt J, Dileo C, Shim M. Music interventions for preoperative anxiety. *Cochrane Database Syst Rev*. CD006908. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006908.pub2>
- [5] Sibanda A, Carnes D, Visentin D, Cleary M. A systematic review of the use of music interventions to improve outcomes for patients undergoing hip or knee surgery. *J Adv Nurs*. 2019; 75:502-516.
- [6] Guerrier G, Moubarak C, Bernabei F, Baillard C, Rothschild PR. Relationship between heart rate variability and preoperative anxiety assessed by Verbal Analogue Scale and Surgical Fear Questionnaire before cataract surgery. *Br J Anaesth*. 2024; 132(1):188-189.
- [7] Guetin S, Ginies P, Siou DK, Picot MC, Pommie C, Guldner E, Touchon J. The effects of music intervention in the management of chronic pain: a single-blind, randomized, controlled trial. *The Clinical journal of pain*. 2012; 28(4), 329-337.



PO_59 - Evaluation qualitative du programme d'ETP proposé aux patients de la SDC de l'hôpital Paris Saint Joseph à Paris, travail centré sur le vécu du groupe.

I. Sy 1, B. Pierron 2, A. Ple 1, J.C. Pascal 1, L. Desmazière 1, M. D'ussel 1, A. Coutaux 1

1 Ceted, Hôpital Paris St Joseph, Paris - Paris 14ème (France), 2 Interne Médecine Générale - Paris (France)

Résumé

Le programme d'éducation thérapeutique (ETP) du centre de la douleur de l'hôpital Paris Saint Joseph vise à rendre les patients plus autonomes et à améliorer leur qualité de vie en leur permettant d'acquérir de nouveaux savoirs et compétences concernant leur douleur. Il se déroule en groupe de 6 à 12 personnes (4 ateliers hebdomadaires de 2h30).

Ce programme est proposé aux patients « groupe compatible ».

L'évaluation de l'efficacité de ce programme est rendue nécessaire pour justifier sa pérennité et son financement, et promouvoir une réflexion et amélioration continues. Dans cette optique, il nous est apparu opportun de questionner les mécanismes mis en œuvre par les ateliers et leur vécu/appropriation par les patients, au travers d'une étude qualitative. Cette approche centrée sur le patient permet de mieux comprendre/envisager ce qui a fait sens pour lui, à partir de la description par la personne du phénomène vécu, et de voir si cela peut être commun aux autres patients. L'objectif de l'étude était de comprendre comment a été vécue la participation au programme d'ETP et en particulier comment l'organisation en groupe de six à dix personnes a impacté cette expérience.

L'étude a consisté en la réalisation d'entretiens semi-directifs qui explorent les dimensions cognitives, comportementales et émotionnelles du vécu de ces ateliers, auprès des participants à un mois de la fin du programme.

De décembre 2022 à Mars 2023 29 patients ont participé aux ateliers, 22 ont donné leur accord et 19 remplissaient les conditions d'inclusion (répondant à la nécessité d'un échantillon homogène : ont complété les 4 ateliers).

Les entretiens ont été réalisés jusqu'au sixième patient volontaire, avec une suffisance des données recueillies établie après l'analyse des 6 entretiens. Ces 6 participants étaient répartis sur 4 groupes d'ETP différents.

L'analyse des résultats a permis de définir six regroupements thématiques :

- Un parcours similaire menant aux ETPs
- Le vécu d'une expérience enrichissante
- Une épreuve exigeante
- Un groupe constitué de pairs ressources
- Un groupe hétérogène dans leurs approches face à la douleur
- Une étincelle menant au changement de paradigme dans le vécu de la douleur

Au total, cette étude met en avant les avantages du groupe : expérience enrichissante, rencontre de pairs ressources, mais également les difficultés qu'il peut susciter chez certains patients qui ne se reconnaissent pas dans l'expérience des autres, mais qui peut cependant les questionner. Elle nous conforte dans la possibilité de poursuivre ces ateliers d'ETP en groupe.



PO_60 - Les douleurs chroniques pédiatriques avant et après Covid

B. Tourniaire 1, P.E. Truelle 1, J. Malek 1, S. Dugue 1

1 Hôpital Trousseau, Paris - Paris (France)

Résumé

Depuis l'épidémie COVID, les demandes de consultation douleur ont explosé dans notre service et la lourdeur des patients s'est aggravée. Notre équipe avait déjà utilisé dans le passé des outils d'évaluation des éléments émotionnels (échelles d'anxiété et de dépression) et mettait en place depuis 2019 un questionnaire de repérage des éléments psycho-émotionnels et de vie REPERADO (1), ainsi que l'utilisation de l'échelle de retentissement fonctionnel PPST (2), du questionnaire HAD, échelle d'anxiété et de douleur et le score CGI (3). Nous colligeons les durées de consultations, leur organisation (consultation médecin seul, consultation en binôme médecin/psychologue, HDJ douleur plus récemment) et avons questionné systématiquement l'aggravation des douleurs du fait de la situation liée au COVID ainsi que les COVID longs suspectés ou confirmés. Nous avons nommé "aggravé par situation liée au COVID" toutes les douleurs liées ou majorées par les éléments individuels et familiaux suite au COVID.

En 2013, 11,3% des patients avec céphalées chroniques avaient un score d'anxiété élevé et 7% un score de dépression élevé sur l'échelle HAD. Dans l'année qui a suivi l'épidémie COVID, ces chiffres sont passés à 37% et 16% respectivement pour les céphalées chroniques et 30% et 9,6% pour l'ensemble de nos patients. Cette même année, pour un quart de nos patients, les douleurs étaient en lien ou aggravées par la situation COVID. Ce chiffre a augmenté jusqu'à 41% en 2023.

L'aggravation des situations a rendu nécessaire d'augmenter les consultations en binôme. La durée des consultations, déjà plus longues en pédiatrie que chez l'adulte, s'est encore allongée, près de 60% d'entre elles durant 2h ou plus. Le dispositif d'HDJ douleur a permis une meilleure évaluation pluri-professionnelle. Nous avons dû renforcer nos RSP (Réunions de synthèse pluri-professionnelle) et RCP (Réunions de Concertation pluri-professionnelle), et organiser des réunions régulières avec les équipes de protection de l'enfance devant le nombre important de situations de violence. En 2023, près de la moitié de nos patients ont été exposés (témoins ou victimes) à des situations de violence à l'école, verbales, psychologiques, sexuelles ou cyberharcèlement, 27% d'entre eux ont été exposés à des violences intrafamiliales et 26% à la fois en milieu scolaire et dans le cercle familial.

En 2023, le pourcentage d'enfants avec score de dépression élevé a doublé depuis 2020-2021 ; celui d'anxiété a augmenté de 30%. 53 patients ont dû être hospitalisés de manière prolongée principalement dans des centres de la Fondation Santé des Étudiants de France ou des services pour adolescents ou de santé mentale et 25 autres ont refusé.

La santé mentale des enfants et des adolescents est au cœur des préoccupations actuellement (HAS, HCSP, assises de pédiatrie) à juste titre et les effets de ces difficultés ont un retentissement important sur les structures douleur pédiatriques. Des moyens sont nécessaires pour y faire face.



Bibliographie

1. REPERADO Un outil de repérage abstract congrès SFETD 2022. REPERADO www.dolomio.org
2. Simons LA et al: Pediatric Pain Screening Tool: rapid identification of risk in youth with pain complaints. *Pain* 2015 Aug;156(8):1511-1518. doi: 10.1097/j.pain.000000000000199.
3. Busner J et al: The clinical global impressions scale: applying a research tool in clinical practice. *Psychiatry (Edgmont)* 2007 Jul;4(7):28-37.
4. La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes. Rapport du Haut Conseil de Santé Publique 2024.
5. EnCLASS La santé mentale et le bien-être des collégiens et lycéens en France hexagonale. Rappory 2024.



PO_61 - Effets de la web-app Music Care© sur le ressenti douloureux lié au soin suite à l'application du patch Qutenza® chez des patients souffrant de douleurs neuropathiques : étude de faisabilité

L. Brun 1, I. Dumont 2, L. Gracia 2, V. Dalant 2, M. Deniaud 2, T. De Greslan 2

1 Centre Hospitalier De Narbonne - Narbonne (France), 2 Centre Hospitalier De Nouméa - Nouméa (New Caledonia)

Résumé

Introduction : Les neuropathies périphériques représentent une des pathologies les plus fréquentes en neurologie. Certaines d'entre elles peuvent être responsables d'un handicap sévère avec une diminution importante de l'autonomie. Qutenza® est un système transdermique à base de capsaïcine qui est indiqué pour le traitement des douleurs neuropathiques périphériques. Son utilisation est fréquemment associée à des réactions douloureuses au site d'application. Parmi les interventions non médicamenteuses, les interventions basées sur l'écoute musicale ont un intérêt dans la prise en charge de la douleur. Des publications récentes ont décrit l'impact des thérapies digitales (DTx) utilisant la musique sur la douleur [1,2].

Objectif : Démontrer la faisabilité et évaluer l'efficacité de l'utilisation de la web-app Music Care© sur le ressenti douloureux lié au soin lors de l'application du patch Qutenza® chez des patients souffrant de douleurs neuropathiques.

Méthode : Étude de faisabilité. Cette investigation clinique contrôlée, ouverte, était composée de 2 bras et a eu lieu au CHT de Nouméa. Les patients ont été vus en hospitalisation de jour au Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur et devaient souffrir de douleur neuropathique localisée. Au CHT, les poses de patch ont été réalisées avec cryothérapie. De plus, il a été proposé à chaque patient de bénéficier d'une séance d'intervention musicale pendant le soin, associée au traitement standard. Chaque pose de patch a ainsi été assignée dans le groupe intervention (Music Care, application Web selon la technique en « U » [3]) ou le groupe contrôle (pas de musique). Le critère principal de l'étude a été l'évaluation du niveau de douleur, mesuré avant, pendant et après le soin par une échelle visuelle analogique de 0 (aucune douleur) à 10 (douleur maximale).

Résultats : Au total, 224 poses de patch ont été effectuées sur un total de 95 patients entre 2016 et 2022, dont 53 poses (23.7%) ont bénéficié de séances d'intervention musicale d'une durée de 20 minutes. Le nombre de poses a varié de 1 à 8 par patient, avec une moyenne de 2.4. Près de la moitié des patients (43.2%) n'ont eu qu'une seule pose. Sous Music Care, une réduction significativement plus importante du niveau de douleur a été observée pendant le soin par rapport au groupe contrôle (-2.3 ± 2.2 versus -0.6 ± 3.2 , $p=0.0154$, Test de Mann-Whitney-Wilcoxon).

Conclusion : Cette étude pilote a permis de démontrer la faisabilité et d'évaluer l'impact de la web-app Music Care© sur les douleurs liées au soin chez des patients souffrant de douleurs neuropathiques. La prochaine étape consisterait à réaliser une étude contrôlée, randomisée pour confirmer ces résultats à plus grande échelle. Ces résultats préliminaires pourraient permettre d'en calculer le nombre de sujets nécessaires.



Bibliographie

- [1] Bradt J, Dileo C, Shim M. Music interventions for preoperative anxiety. Cochrane Database Syst Rev. CD006908. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006908.pub2>
- [2] Sibanda A, Carnes D, Visentin D, Cleary M. A systematic review of the use of music interventions to improve outcomes for patients undergoing hip or knee surgery. J Adv Nurs. 2019;75:502-516.
- [3] Guetin S, Ginies P, Siou DK, Picot MC, Pommie C, Guldner E, Touchon J. The effects of music intervention in the management of chronic pain: a single-blind, randomized, controlled trial. The Clinical journal of pain. 2012; 28(4), 329-337.



PO_62 - Administration périnerveuse de toxine botulique dans le traitement des douleurs neuropathiques : à propos d'une série rétrospective

T. Belaise 1, D. Timbolschi 2, Y. Bohren 3

1 Service D'anesthésie-Réanimation, Chu Strasbourg Hautepierre - Strasbourg (France), 2 Unité D'analgésie Interventionnelle, Centre D'évaluation Et Traitement De La Douleur, Chu Strasbourg Hautepierre - Strasbourg (France), 3 Centre D'évaluation Et Traitement De La Douleur, Hôpitaux Civils De Colmar. - Colmar (France)

Résumé

Introduction. La douleur neuropathique est définie par L'IASP comme « une douleur consécutive à une lésion ou une maladie affectant le système somatosensoriel ». En France, la prévalence de la douleur chronique est de 31,7 %, dont 6,9 % avec des caractéristiques neuropathiques. Elles restent sous diagnostiquées en général, affectant considérablement la qualité de vie des patients et engendrant des problèmes socio-économiques importants [1]. Les recommandations françaises actuelles préconisent l'utilisation de traitements antidépresseur ou anticonvulsivant en première intention, avec cependant des réponses thérapeutiques souvent faibles et des effets indésirables notables. D'autres alternatives thérapeutiques semblent émerger et notamment la toxine botulique de type A (TBA). L'injection sous cutanée de TBA dans la zone douloureuse permet d'améliorer certains symptômes neuropathiques, faisant de la toxine un traitement recommandé de seconde intention des douleurs neuropathiques localisées [2]. Parmi les autres voies d'administration possible, l'administration périnerveuse de TBA autour des troncs ou plexus nerveux impliqués dans la symptomatologie douloureuse chronique a été proposée [3]. En effet, même si le mécanisme d'action de la TBA dans la neuromodulation périphérique reste non élucidé, appliquer directement la toxine sur la structure nerveuse impliquée topographiquement dans la douleur neuropathique périphérique apparaît comme une stratégie intéressante.

Matériel et méthode. Nous présentons une étude de cas rétrospective monocentrique sur une série de 21 patients avec un diagnostic de douleur neuropathique périphérique d'origine post traumatique ou post chirurgicale. Nous avons réalisé au préalable pour chaque patient un bloc test anesthésique échoguidé à visée diagnostique et topographique. Après avoir donné l'information aux patients et recueilli leur consentement, nous leur avons proposé une injection périnerveuse de toxine botulique dans le cadre de leur douleur neuropathique. Les doses utilisées allaient de 50 à 150 unités en une seule injection selon la taille du nerf. Nous avons évalué à partir de 3 semaines post injection l'intensité de la douleur (Échelle Numérique) comme critère principal. Les caractéristiques neuropathiques (questionnaire NPSI) ainsi que la qualité de vie (questionnaires EQ5D3L et PGIC) ont été les critères secondaires.

Résultats. Nous rapportons une différence significative avec une diminution de l'intensité de la douleur neuropathique post injection de toxine botulique (médiane moyenne à -3 points), associée aussi à une différence significative sur le score NPSI et le score EQ5D3L. De plus, plus de la moitié des patients rapportent une amélioration globale notable (PGIC). A noter qu'aucun effet indésirable grave n'a été observé.

Conclusion. La toxine botulique administrée en périnerveux semble pouvoir soulager durablement les douleurs neuropathiques périphériques, laissant entrevoir une



possibilité thérapeutique supplémentaire chez des patients douloureux chroniques dont l'arsenal thérapeutique actuel reste modeste. Toutefois, d'autres études cliniques comparatives seront nécessaires pour définir et valider cette approche thérapeutique.

Bibliographie

- [1] Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain* 2008;136:380–7.
- [2] Moisset X, Bouhassira D, Avez Couturier J, Alchaar H, Conradi S, Delmotte MH, et al. Pharmacological and non-pharmacological treatments for neuropathic pain: Systematic review and French recommendations. *Rev Neurol (Paris)* 2020;176:325–52.
- [3] Belaise T, Kremer M, Poulain B, Yalcin I, Bohren Y. Perineural administration of botulinum toxin, a promising approach for the treatment of chronic pain: a narrative review. (soumission en cours).
- [4] Matak I, Bölcskei K, Bach-Rojecky L, Helyes Z. Mechanisms of Botulinum Toxin Type A Action on Pain. *Toxins (Basel)*. 2019 Aug 5;11(8):459.



PO_63 - Remplissage des pompes intrathécales chez les patients en fin de vie à domicile

D. Hayon Sonsino 1, A. Poulain 1, E. Muanaska 1

1 Centre Douleur Lille Métropole - Roncq (France)

Résumé

En 2020 la Haute Autorité de Santé (HAS) (1) a édité une recommandation sur la prise en charge des patients souffrant de douleurs rebelles du cancer par l'implantation de pompe intrathécale (PIT). Le remplissage des pompes chez les malades en fin de vie à domicile ou en unités d'hospitalisation ne pratiquant l'analgésie intrathécale constitue l'un des nombreux freins à la diffusion de cette technique.

De 2019 à 2024 notre équipe a procédé à l'implantation de 120 pompes intrathécales pour des patients souffrant de douleurs rebelles du cancer ; parmi ces 120 malades, 11 malades ont nécessité un remplissage en dehors de notre centre, dont 5 à domicile et 6 dans une autre structure hospitalière ne pratiquant pas le remplissage (unités de soins palliatifs ou de soins de support).

Nous avons mis en place une procédure stricte de suivi des remplissages avec un appel téléphonique hebdomadaire des patients par notre équipe d'infirmières référentes douleur. La seringue de remplissage était préparée sous hotte à flux laminaire après contrôle sur notre logiciel de prescription. La seringue était emballée stérilement dans un container réfrigéré juste avant le départ pour le remplissage. Le praticien partait avec le container réfrigéré, la console de programmation et un Kit de remplissage Medtronic®. Le remplissage se faisait à domicile ou dans l'unité d'hospitalisation au lit malade selon les conditions d'asepsie habituelle.

Au cours de cette période nous avons pratiqué pour ces 11 malades, 244 remplissages, dont 44 en dehors de notre centre (HC), ce qui représente en moyenne 20 remplissages par patient dont 4 hors centre, avec une distance moyenne parcourue allée de 45 km

Dans le tableau suivant son résumés les différents chiffres clés caractéristiques patients, remplissages et kilomètres parcourus

Nombre de patients n=11	Moyenne	Ecart-type
Age (année)	65	14,5
Durée PIT (mois)	10,6	16
Distance allée (Km)	45	41,6
nombre de remplissage	20,3	22,1
Nombre de remplissage HC	3,7	3,1

Nous n'avons observé aucun cas d'infection en cours des remplissages à domicile ou hors centre.



Pour rappel le codage CCAM (2) (QZMP004) stipule, concernant l'acte de remplissage ou de reprogrammation, que lorsque celui-ci est effectué au domicile du patient il autorise un remboursement des frais kilométriques engagés.

Cette petite étude montre la faisabilité au quotidien de cette pratique et surtout la nécessité de formation et d'accompagnement des centres de soins palliatifs et de soins de support, ainsi que l'implication de l'hospitalisation à domicile (HAD) à une large échelle afin de garantir l'accessibilité des patients souffrant de douleur rebelle du cancer sur l'ensemble du territoire des Hauts de France telle que recommandée par l'HAS.

Bibliographie

- 1). Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu'en fin de vie Méthode Recommandations pour la pratique clinique TEXTE DES RECOMMANDATIONS Janvier 2020
- 2). CCAM Classification Commune des Actes Médicaux



PO_64 - La muséothérapie en cancérologie: un apaisement pour les patients en soins palliatifs

A. Parot-Monpetit 1, J. Blond 1

1 Hopital Prive Oceane - Vannes (France)

Résumé

Le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé du 11 novembre 2019 énonce que l'art peut être bénéfique pour la santé tant physique que mentale [1]. L'art-thérapie apparaît comme un soin complémentaire de la prise en charge globale des patientes atteintes d'un cancer. Cette discipline paramédicale se définit comme « l'exploitation du potentiel artistique dans une visée thérapeutique et/ou humanitaire » [2]. Son objectif est d'aménager un espace d'accompagnement « hors des mots » pour permettre aux patientes de retrouver l'envie, la force et les moyens de contrer les difficultés liées à la maladie et aux traitements, et de redonner un sens à leur vie en prenant en compte ce qui leur arrive.

La muséothérapie approche paramédicale récente est une constituante de l'art-thérapie. « C'est l'exploitation de l'environnement muséal et de ses collections à des fins de bien-être, mieux-être ou d'amélioration de l'état de santé des participants » [3]. Depuis la crise sanitaire, le rôle important des musées dans le développement de la santé et du bien-être est reconnu, appuyé par les neurosciences qui révèlent comment l'art sculpte et caresse notre cerveau. La muséothérapie apparaît comme un complément aux soins habituels dont elle améliore l'efficacité [4-5].

Notre étude menée depuis 3 mois dans un service de cancérologie doté de lits identifiés de soins palliatifs (Hôpital Privé Océane, Vannes) révèle au travers de ses premiers résultats ce que la muséothérapie peut apporter aux patients en phase palliative précoce ou avancée. Dans un premier temps, nous définirons les spécificités des soins palliatifs dans l'accompagnement de la douleur totale (physique, psychologique, sociale et spirituelle), et comment la muséothérapie peut contribuer au soulagement des patients dans une approche globale, pluridisciplinaire et personnalisée. Dans un second temps, nous présenterons notre méthode de travail et d'investigation, le choix des échelles scientifiques pour les évaluations et en particulier l'approche de la douleur totale et de l'estime de soi. Dans un troisième temps, nous exposerons les résultats les plus significatifs de l'étude. Enfin nous présenterons nos conclusions pour souligner l'importance de la muséothérapie comme espace thérapeutique mais aussi comme lieu de thérapie sociale.

MOTS CLÉS : Muséothérapie ; Soins palliatifs ; Douleur totale ; Bien-être

Bibliographie

[1] Rapport de l'OMS 2019 : <http://www.emro.who.int/fr/annual-report/2019/index.html>

[2] FORESTIER Richard, Le métier d'art-thérapeute, Paris : Editions Favre, 2014

[3] HOGAN Susan. Healing Arts: The History of Art Therapy. London: Jessica Kingsley Publishers, 2001

[4] LEMARQUIS Pierre, L'art qui guérit, Paris : Editions Hazan, 2020



[5] LABBE Leslie, Mémoire La Muséothérapie, Analyse des potentiels thérapeutiques du musée, Ocim, octobre 2021



PO_65 - La place du paracétamol dans la gestion de la douleur chez l'enfant : Que savons-nous aujourd'hui ?

H. Haas 1, S. Moniotte 2, R. Pegahi 3

1 Hôpital Princesse Grace - Monaco (Monaco), 2 Cliniques Universitaires Saint-Luc - Bruxelles (Belgium), 3 Ursa - Rueil-Malmaison (France)

Résumé

LA PLACE DU PARACÉTAMOL DANS LA GESTION DE LA DOULEUR CHEZ L'ENFANT : QUE SAVONS-NOUS AUJOURD'HUI ?

Contexte : Le choix d'un traitement approprié dans la prise en charge de la douleur chez les enfants dès la naissance reste un sujet de discussion.

Objectif : Ce travail a été réalisé pour fournir des informations actualisées concernant l'utilisation du paracétamol chez l'enfant.

Méthodes :

Une recherche bibliographique exhaustive sur l'utilisation du paracétamol chez les enfants dès la naissance a été effectuée. Son efficacité et sa tolérance ont été analysées à travers les différentes études, méta-analyse et recommandations des sociétés savantes.

Résultats : L'efficacité analgésique du paracétamol avec une dose de 15mg/kg/jour a été démontrée dans les céphalées/migraines, les douleurs traumatiques, les pathologies ORL comme la pharyngo-amygdalite, les otites moyennes aiguës, les maux de gorge ou amygdalectomie et les douleurs post-opératoires après extraction dentaire. Étant donné son action antinociceptive centrale indépendante de la COX, le paracétamol est une bonne alternative aux anti-inflammatoires non stéroïdiens pour les douleurs aiguës d'intensité légères à modérées. Globalement, le paracétamol est bien toléré chez l'enfant et les effets indésirables aux doses thérapeutiques sont rares.

Conclusion :

Le paracétamol a démontré un bon profil efficacité/innocuité dès la naissance pour le traitement de la douleur. Il est recommandé comme antalgique de première intention par les différentes sociétés savantes pour des douleurs légères à modérées.

Bibliographie

- [1] Jozwiak-Bebenista M, Nowak JZ. Paracetamol: mechanism of action, applications and safety concern. Acta Pol Pharm 2014; 71 (1): 11-23.
- [2] Mallet C, Desmeules J, Pegahi R, Eschalier A. An Updated Review on the Metabolite (AM404)-Mediated Central Mechanism of Action of Paracetamol (Acetaminophen): Experimental Evidence and Potential Clinical impact Journal of Pain Research, 2023 Apr, (16): 1081-1094.
- [3] Van den Anker J. N. Optimising the management of fever and pain in children. Int J Clin Pract Suppl. 2013 Jan (178): 26-32.
- [4] Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation de santé (ANAES). Evaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans. March 2000. Accessed on January 10th, 2023 at <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/doulenf4.pdf>.
- [5] Royal College of Emergency Medicine Best practice guideline. Management of pain in children. July 2017. Accessed on January, 9th 2023 at <https://static1.squarespace.com/static/546e1217e4b093626abfbae>



7/t/59f874d3652dea56c3c32a79/1509455060658/Management+of+Pain+in+Children+%28REV+Jul+2017%29.pdf.

[6] HAS. Prise en charge médicamenteuse de la douleur chez l'enfant : alternatives à la codéine.

Février 2016. Accessed on April 4th, 2023 at

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2010340/fr/prise-en-charge-medicamenteuse-de-la-douleur-chez-l-enfant-alternatives-a-la-codeine#:~:text=Le%20tramadol%2C%20 antalgique%20de%20palier,parac%3%A9tamol%20et%20de%20l'ibuprof%C3%A8ne.

[7] ANSM. Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et complications infectieuses graves – Point d'information. Actualisation May 2020. Accessed on January, 9th 2023 at

<https://ansm.sante.fr/actualites/anti-inflammatoires-non-steroidiens-ains-et-complications-infectieuses-graves#:~:text=L'ANSM%20rappelle%20que%20les,%C3%AAtre%20%C3%A9vit%C3%A9s%20dans%20ce%20cas.>

[8] Gupta H, Shah D, Gupta P, Sharma KK. Role of paracetamol in treatment of childhood Fever: a double-blind randomized placebo controlled trial. *Indian Pediatr* 2007; 44 (12): 903-11.

[9] Figueras Nadal C, Garcia de Miguel MJ, Gomez Campdera A, Pou Fernandez J, Alvarez Calatayud G, Sanchez Bayle M. Effectiveness and tolerability of ibuprofen-arginine versus paracetamol in children with fever of likely infectious origin. *Acta Paediatr* 2002; 91 (4): 383-90.

[10] Kuo N, Su NY, Hou SK, Kang YN. Effects of acetaminophen and ibuprofen monotherapy in febrile children: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Med Sci*. 2021 Aug 22;18(4):965-981.

[11] Sullivan JE, Farrar HC. Fever and antipyretic use in children. *Pediatrics* 2011; 127 (3): 580-7.

[12] Davis T. NICE guideline: feverish illness in children--assessment and initial management in children younger than 5 years. *Arch Dis Child Educ Pract Ed* 2013; 98 (6): 232-55.

[13] HAS Haute Autorité de Santé. Prise en charge de la fièvre chez l'enfant. Octobre 2016. Accessed on April, 4th 2023 at

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10/rapport_delaboration_-_prise_en_charge_de_la_fievre_chez_lenfant.pdf.](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10/rapport_delaboration_-_prise_en_charge_de_la_fievre_chez_lenfant.pdf)

[14] ANSM. Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et complications infectieuses graves – Point d'information.



PO_66 - Place de l'analgésie locorégionale chez les enfants atteint de sarcome d'Ewing

N. Hamma 1

1 Faculté De Medecine - Constantine (Algeria)

Résumé

Le sarcome d'Ewing est une forme rare mais agressive de cancer des os qui affecte principalement les enfants et les jeunes adultes. Ce type de cancer se développe à partir des cellules osseuses ou des tissus mous entourant les os à l'origine de douleurs persistantes et très intenses. En raison de sa rareté, de sa complexité, l'emplacement de la tumeur et son stade, une approche multimodale est souvent utilisée. Le traitement du sarcome d'Ewing nécessite une approche multidisciplinaire impliquant des pédiatres, des oncologues, des chirurgiens orthopédiques, des radiothérapeutes, des anesthésistes et d'autres spécialistes pour offrir les meilleurs résultats possibles aux patients. La gestion de la douleur en périopératoire est particulièrement importante en raison de la nature souvent agressive de cette maladie, des interventions chirurgicales et des traitements associés. Les techniques d'analgésie locorégionale, telles que les blocs nerveux périphériques, l'analgésie péridurale ou rachidienne, peuvent être utilisées pour fournir un soulagement plus efficace de cette douleur. Nous partageons notre expérience du service d'orthopédie du CHU de Constantine dans la prise d'enfants atteints de sarcome d'Ewing. Les patients étaient entrepris au bloc opératoire sous anesthésie générale et ont reçu que du paracétamol en fin d'intervention. A la sortie en SSPI, un bloc fémoral échoguidé est réalisé, une évaluation de la douleur postopératoire immédiate a été effectuée SSPI grâce à l'échelle verbale après réveil complet des patients, puis à l'échelle numérique à H1, H4, H6, H8, H12. La réduction de la douleur était très significative sur toute la durée d'hospitalisation sans avoir recours à l'administration de morphinique. Les blocs périphériques ont un bénéfice analgésique prouvé, ils s'intègrent dans une prise en charge multimodale de la douleur postopératoire. Ce sont des techniques analgésiques d'utilisation simple. En plus de la réduction de la douleur, ils permettent également une réduction de la consommation de morphine et ses effets indésirables permettant ainsi l'accélération de la réhabilitation des patients.



PO_67 - Prise en charge de la douleur neuropathique du patient blessé médullaire en filière pluridisciplinaire en MPR Neurologique – CHU de Nantes.

L. Lepoittevin 1, J. Nizard 2, M. Le Fort 1, E. Bougouin-Kuhn 2

1 Service Universitaire De Medecine Physique Et Réadaptation, Chu De Nantes, Hôpital Saint-Jacques, 85 Rue Saint-Jacques, 44093 Nantes Cedex 1, France - Nantes (France), 2 Service Interdisciplinaire Douleur, Soins Palliatifs Et De Support, Médecine Intégrative, Sidssmi, Chu De Nantes, Hôpital Nord Laennec, Boulevard Jacques-Monod, 44093 Nantes Cedex 1, France - Nantes (France)

Résumé

La douleur neuropathique du patient blessé médullaire est le premier problème de santé secondaire à la lésion rapporté par les patients, et ce, devant la spasticité et les troubles sexuels [1]. Elle impacte fortement la qualité de vie du patient blessé médullaire mais aussi sa réinsertion socio-professionnelle et familiale [2]. Son diagnostic nécessite une évaluation, anamnétique et clinique, rigoureuse liée à la complexité des déficiences multi-systémiques liées à la lésion médullaire. Le diagnostic est réalisé à partir d'évaluations cliniques standards, ISNCSCI et ISCIP, classifications et questionnaires spécifiques, récents et validés dont le DN4, SCIPI, ISCIPBDS et NPSI. La prise en charge pluridisciplinaire de la douleur neuropathique est complexe. Elle requiert une évaluation médicale à la recherche d'épines irritatives possibles et d'une évaluation globale et fonctionnelle du patient. Elle est limitée sur le plan thérapeutique par des recommandations basées principalement sur la prise en charge de la douleur neuropathique périphérique, ainsi que par le manque de preuve d'efficacité des thérapeutiques pharmacologiques et non pharmacologiques de la douleur neuropathique centrale au sein de cette population [3]. Afin d'optimiser la prise en charge du patient blessé médullaire, il a été créé une filière de prise en charge pluridisciplinaire de la douleur neuropathique au sein du service universitaire de MPR Neurologique, CHU de Nantes, Centre de Référence régional et interrégional de la lésion médullaire.

Bibliographie

- [1] Strøm V, Månrum G, Arora M, Joseph C, Kyriakides A, Le Fort M, et al. Physical Health Conditions in Persons with Spinal Cord Injury Across 21 Countries Worldwide. *J Rehabil Med.* 29 juin 2022.
- [2] Burke D, Lennon O, Fullen BM. Quality of life after spinal cord injury: The impact of pain. *Eur J Pain Lond Engl.* oct 2018.
- [3] Moisset X, Bouhassira D, Couturier JA, Alchaar H, Conradi S, Delmotte MH, et al. Traitements pharmacologiques et non pharmacologiques de la douleur neuropathique: une synthèse des recommandations françaises. *Douleur Analgésie.* juin 2020.



PO_68 - Douleurs pelviennes et Syndrome de la Jonction Thoraco- Lombar : Une revue exploratoire

J. Labarre 1, J. Nizard 1, M. Yunsan 1

1 Service Douleur, Soins Palliatifs Et De Support, Chu De Nantes - Nantes (France)

Résumé

Contexte

Les douleurs pelvi-périnéales chroniques sont fréquemment rencontrées en population générale et sont souvent difficiles à diagnostiquer et à traiter en raison de leur nature multifactorielle impliquant plusieurs systèmes anatomiques [1]. Le syndrome de la jonction thoraco-lombaire (SJTL) est une cause potentielle de ces douleurs, mais sa reconnaissance est souvent négligée. Ce syndrome se caractérise par des douleurs référées dans les régions pelviennes et périnéales sans lésion apparente, compliquant ainsi le diagnostic clinique [2]. L'étude vise à explorer la prévalence, les symptômes, les traitements et les résultats associés aux douleurs pelviennes liées au SJTL à travers une revue systématique exploratoire.

Méthode

Pour cette revue exploratoire, les recommandations du PRISMA extension for scoping review ont été suivies. Les critères d'inclusion comprenaient toutes les publications traitant des douleurs pelvi-périnéales d'origine thoraco-lombaire, excluant celles dues à des origines médullaires ou par conflit disco-radicaire. Les bases de données consultées incluaient Cochrane Central Register of Controlled Trials, PubMed et Google Scholar, et la recherche a été effectuée en avril 2023. La sélection des études, l'extraction des données et la synthèse des résultats ont été réalisées de manière systématique pour garantir une évaluation rigoureuse des informations disponibles.

Résultats

Les résultats montrent que la prévalence du SJTL dans les douleurs pelvi-périnéales varie entre 2,5 % et 66,1 %, avec une présence notable dans environ 30 % des consultations pour douleurs pelvi-périnéales et 66 % des douleurs testiculaires chroniques. Les symptômes cliniques des douleurs pelviennes étaient variés, incluant des douleurs aiguës, profondes, neuropathiques et pulsatiles, déclenchées par des mouvements spécifiques. Les traitements physiques tels que la manipulation vertébrale, la mobilisation passive et les exercices auto-administrés ont montré une amélioration significative des symptômes dans la majorité des cas étudiés. La durée de l'efficacité des traitements variait de 5 mois à 3 ans.

Conclusion

Le SJTL est une cause significative de douleurs pelvi-périnéales chroniques qui mérite une attention accrue dans le diagnostic et la prise en charge clinique. La reconnaissance et le traitement adéquat du SJTL peuvent conduire à une amélioration substantielle des symptômes pour les patients souffrant de ces douleurs complexes. Cette revue souligne l'importance de poursuivre les recherches pour affiner les stratégies diagnostiques et thérapeutiques, ainsi que pour sensibiliser les cliniciens à ce syndrome sous-diagnostiqué mais pouvant bénéficier d'une prise en charge efficace.



Bibliographie

1. Sibert L, Rigaud J, Delavierre D, Labat JJ. Épidémiologie et aspects économiques des douleurs pelvipérinéales chroniques. Prog En Urol. nov 2010;20(12):872-85.
2. Maigne R. Douleurs d'origine vertébrale: Comprendre, diagnostiquer et traiter. Issy-les- Moulineaux: Elsevier-Masson; 2006.



PO_69 - Prévalence et caractéristiques de la douleur chronique en médecine générale en Aquitaine. Étude quantitative transversale descriptive menée par observations des médecins maîtres de stage en situation réelle de soins par les internes de phase socle en 2023.

A. Barriet 1, M. Bocel 1, R. Kempler 1, Y.M. Vincent 1

1 Université Bordeaux - Bordeaux (France)

Résumé

Introduction :

La douleur est un symptôme omniprésent dans les consultations de médecine générale [1][2].

En France, la prévalence de la douleur en consultation de médecine générale, est estimée entre 36 et 43% [3][4]. Parmi ces douleurs, la douleur chronique est peu étudiée dans la littérature, sa prévalence en France est décrite entre 21 et 31,7%[4][5].

La douleur chronique représente un problème de santé publique non négligeable avec un coût important concernant sa prise en charge et ses retentissements.

Méthode :

Nous avons réalisé une étude transversale quantitative descriptive en temps réel. Les données ont été recueillies par les internes de médecine générale en stage de niveau 1 chez le praticien, via un questionnaire. Ce questionnaire réalisé au cours des consultations nous a permis de déterminer la présence d'une douleur et de la douleur chronique chez les patients en consultation et de caractériser celle-ci.

Résultats :

Un total de 688 questionnaires ont pu être analysés.

Le motif douloureux aigu ou chronique représente 49,2% des consultations de médecine générale. La douleur chronique, quant à elle, a une prévalence de 23,7% dans les consultations de médecine générale.

Les douleurs chroniques concernent les femmes à 60,74 %. Sa prévalence est croissante jusqu'à l'âge de 74 ans. Elle touche la sphère rhumatologique dans 93,3% des cas, avec des douleurs articulaires dans 53,4 % et des rachialgies pour 39,9 % des patients.

Concernant l'étiologie, les douleurs musculosquelettiques représentent 69,7% des douleurs chroniques. Cependant, on observe une absence d'étiologie pour 17,2 % des patients.

Seulement 3 % des patients sont adressés en centre de la douleur.

Discussion :

Cela nous confirme l'importance des douleurs chroniques en consultation de médecine générale et une stabilité de leur prévalence depuis 20ans.

Conclusion:

La douleur chronique est très fréquente en soins primaires. Des améliorations dans sa prise en charge en lien avec la communication de la ville et de l'hôpital sont à prévoir. La formation des professionnels de santé est également à étudier.

Bibliographie



- [1] SFETD. Livre blanc de la douleur. Med-Line. 2017
- [2] Scemama A, Mick G, Druel V. Un nouveau parcours de santé pour la personne présentant une douleur chronique. Haute Autorité de Santé. [3]
- [4] Tajfel R, S.Gerche, D.Huas. La douleur en médecine générale. Douleur Analgésie. 2002;(1):9
- [5] Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. Pain. juin 2008;136(3):380- 7.



PO_70 - Quelle stratégie de prise en charge des dorsolombosciatalgies chez la femme enceinte ?

J. Leclerc 1, K. Roussel 2, L. Bouillet 2, E. Serra 1, A. Foulon 3, J. Gondry 3

1 Cetd - Amiens (France), 2 Iade - Pontoise (France), 3 Gynécologie - Amiens (France)

Résumé

Introduction :

Des modifications physiologiques gênantes peuvent être la conséquence directe de ces dorso-lombosciatalgies chez la femme enceinte.

Des facteurs de risque viennent intensifier ces douleurs : stress, prise de poids, sédentarité... Elles entraînent un impact direct sur la qualité de vie : le moral, les activités quotidiennes, les activités professionnelles, le sommeil, l'activité sexuelle. Ces douleurs perdurent parfois après l'accouchement. Leur prise en charge ne doit pas être négligée.

But et objectifs :

Qu'est-il proposé ou conseillé pour prévenir ou traiter les dorsolombosciatalgies de la femme enceinte ?

Nous avons réalisé une enquête multicentrique et prospective, à l'aide d'un questionnaire à réponses fermées ou ouvertes, l'un destiné aux femmes enceintes et l'autre aux professionnels de santé.

Résultats :

En ce qui concerne les femmes enceintes : nous avons obtenu 77 réponses. 67,5% présentent des douleurs de dorsolombosciatalgies pendant leur grossesse. Dans 76,6%, il n'y a pas d'automédication. Elles ont consulté dans 44,4% leur sage-femme et dans 28,6 leur gynécologue. Elles ont bénéficié dans 60,8% d'ostéopathie, dans 21,7% d'acupuncture, 17,4% de massages et dans 4% de la kinésithérapie. 85,7% des femmes sont soulagées par des thérapeutiques non médicamenteuses (TNM). Aucune des femmes enceintes interrogées n'a reçu une information pour les conseiller ou les orienter.

Nous avons obtenu 27 réponses de professionnels de santé. 36% prise en charge par des TNM et 44% Paracétamol associé aux TNM. Les TNM : 34% ostéopathie, 24 % ceinture lombaire, 10 % kinésithérapie...

Discussion:

On constate que les TNM sont la première thérapie chez la femme enceinte. Dans notre échantillon, 60% d'entre elles pratiquaient une activité physique avant la grossesse.

75,8% poursuivent leur activité sportive pendant la grossesse.

Les professionnels de santé semblent convaincus de l'intérêt des TNM. Il est conseillé de limiter la prise de poids et de poursuivre les activités physiques de manière adaptée pendant la grossesse.

Conclusion :

La prise en charge des dorsolombosciatalgies chez la femme enceinte nécessite une orientation vers des professionnels formés aux thérapeutiques non médicamenteuses pour une prise en charge adaptée et sécuritaire. Il est recommandé de poursuivre les activités physiques sportives de manière adaptée.



PO_71 - Création d'un parcours pimenté à base de Capsaïcine QUTENZA® : de la théorie à la pratique.

A. Viallet 1, C. Damoy 2, J. Lagarde 1, M. De Freitas 1, P. Soule 1, M. Binard 3

1 Pharmacienne Hospitalière - Brest (France), 2 Infirmière Référente Douleur - Brest (France), 3 Médecin Spécialiste De La Douleur - Brest (France)

Résumé

Introduction

Les patchs cutanés de Capsaïcine sont une option thérapeutique intéressante auprès des patients atteints de douleurs neuropathiques périphériques localisées résistantes aux antalgiques seuls. Après une évaluation du bénéfice/risque et au vu d'un besoin avéré au sein de notre établissement, un parcours « QUTENZA » a été mis en œuvre par une équipe pluridisciplinaire pilotée par la médecin algologue. L'objectif de ce travail est de réaliser un retour d'expérience du développement de cette filière au sein de notre établissement.

Méthode

Après une revue de la littérature et la réalisation de réunions entre l'équipe douleur, le service d'hôpital médical de jour (HMJ) et la pharmacie à usage intérieur (PUI), le circuit d'approvisionnement et le parcours du patient ont été définis. Chaque professionnel de santé a reçu la formation obligatoire imposée par le plan de gestion des risques dont fait l'objet la Capsaïcine. Des procédures ont été rédigées décrivant les étapes du parcours du patient et le rôle de chacun. Y ont été associés une check-list du matériel nécessaire pour la pose ainsi qu'un mode opératoire listant les étapes de pose/de retrait et de surveillance des constantes. Un flyer informatif destiné aux patients a été conçu afin de sécuriser la prise en charge.

Résultats

Débutés en janvier 2024, 8 professionnels de santé sont formés à la pose du patch au sein de notre établissement. Le parcours du patient comporte 4 étapes principales : 1/la consultation médicale initiale avec l'algologue, 2/la pose du patch et son retrait en HMJ, 3/un appel téléphonique du patient par l'infirmière référente douleur (IRD) 10 à 15 jours après la pose et 4/une consultation médicale un mois et demi après la pose pour réévaluation de la douleur. A ce jour, 8 patients ont bénéficié de cette thérapeutique, à raison d'une à deux poses au sein de notre établissement. Ainsi 12 patchs ont été posés avec des localisations diverses (thorax, dos, sein, genou et pied). Les premiers retours des patients sont très satisfaisants. Sur une échelle numérique, la douleur moyenne pendant la pose est évaluée à 6/10.

Les premières poses ont d'ores et déjà permis d'identifier des actions d'amélioration : application de pain de glace congelé plus efficace sur la douleur que ceux seulement réfrigérés, ajout du port de blouse à usage unique complétant les gants et le masque suite à l'apparition de rush cutané et sensation de picotements chez les infirmières ayant réalisées la pose.

Discussion conclusion

La création de cette filière « QUTENZA® » répond à un réel besoin de nos patients atteints de douleurs neuropathiques chroniques. Sa mise en place a nécessité une



coordination pluridisciplinaire permettant une sécurisation optimale des risques liées à la Capsaïcine tant pour les patients que pour les professionnels de santé.



PO_72 - Le syndrome douloureux post-mastectomie réfractaire : à propos de deux cas traités par stimulation médullaire

M. Werner 1, Y. Bohren 2, F. Bomeisl 1, L. Joganah 1, E. Salvat 1, D. Timbolschi 1

1 Ceted-Chu - Strasbourg (France), 2 Ceted-Ch - Colmar (France)

Résumé

Introduction

Les cancers mammaires représentent la pathologie maligne féminine la plus répandue au monde. La chirurgie et la chimiothérapie adjuvante sont leurs principaux traitements curatifs mais 25-60% de ces femmes souffraient de douleurs chroniques post-chirurgicales [1].

Le syndrome douloureux post-mastectomie (SDPM) comprend des douleurs neuropathiques d'évolution chroniques, localisées à la région axillaire, la face interne du bras et la face antérolatérale de la paroi thoracique. Le SDPM est fréquemment réfractaire aux analgésiques systémiques et topiques. Les blocs par injections périnerveuses d'AL et corticoïde retard [2], voire de toxine botulique ou d'agents neurolytiques (phénol), représentent une alternative efficace mais généralement de courte durée.

La neurostimulation médullaire (NSM) est une technique de neuromodulation réversible et peu invasive dont l'efficacité est reconnue pour le traitement des douleurs neuropathiques localisées. Ses indications les plus courantes sont les douleurs d'origine radiculaire, l'algodystrophie et les neuropathies périphériques [3]. Le traitement du SDPM par NSM n'a pas encore fait l'objet de recommandations. Toutefois, elle pourrait occuper une place centrale selon un algorithme de prise en charge interventionnelle proposé par une équipe américaine [2].

Matériel et méthodes

Nous présentons deux cas de SDPM réfractaire aux antalgiques et aux blocs anesthésiques. Les deux patientes souffraient de douleurs neuropathiques localisées dans les territoires sensitifs de cinq premiers nerfs intercostaux et des nerfs cutanés latéraux du bras. Une allodynie mécanique dynamique invalidante était présente.

Nous avons proposé l'implantation d'électrodes de stimulation médullaire pour la réalisation de tests. Après avoir dûment informé les patientes, répondu aux questions et recueilli leur consentement, nous avons implanté par voie percutanée, sous anesthésie locale et sédation vigile, des électrodes 8 plots (Boston Scientific) qui ont été positionnés dans l'espace épidurale cervico-thoracique.

Les tests ont été réalisés avec un programme (FAST-TM Therapy) combinant simultanément une stimulation tonique et une stimulation "silencieuse", sous le seuil de perception de paresthésies.

Nous avons évalué avant, pendant et après la période test, l'intensité de la douleur (EVA), les caractéristiques neuropathiques (NPSI) ainsi que la qualité de vie (EQ5D5L).

Résultats

Les tests de neurostimulation ont été positifs, conduisant à l'implantation des générateurs à J7. La programmation FAST-TM Therapy a été mise en route. Nous rapportons une disparition durable de l'allodynie dès les tests péropératoires avec une



amélioration significative des scores de la douleur et de la qualité de vie à 1, 3, 6 et 12 mois de traitement. Aucun effet indésirable n'a été observé.

Conclusions

La NSM semble avoir une bonne efficacité antalgique dans le SDPM avec une amélioration significative et durable de la qualité de vie. La FAST-TM Therapy apparaît très efficace sur l'allodynie. Cependant, des études comparatives puissantes seront nécessaires afin de confirmer cette hypothèse et de définir la place exacte de la NSM et du type de programmation.

Bibliographie

1. Rune Gartner R. , Jensen M.B., Nielsen J., Ewertz M., Kroman N., Kehlet H. Prevalence of and factors associated with persistent pain following breast cancer surgery. JAMA 2009; 302:1985-1992.
2. Yang A., Nadav D., Legler A., Chen G.H., Hingula L., Puttanniah V., Gulati A. An Interventional Pain Algorithm for the Treatment of Postmastectomy Pain Syndrome: A Single-Center Retrospective Review. Pain Medicine 2021; 22(3): 677-686.
3. Fontaine D. Spinal cord stimulation for neuropathic pain. Rev. Neurol 2021; 177(7): 838-842.



PO_73 - Faudrait-il proposer une régime cétogène dans le COVID long ?

F. Arndt-Vankemmel 1, B. Charbitt 1, G. Lenears 2

1 Chu De Reims - Reims (France), 2 Inserm U1083 - Angers (France)

Résumé

Introduction

Le COVID long est une entité nosologique qui s'apparente dans sa présentation clinique à la Fibromyalgie. Des travaux récents semblent indiquer que l'interaction entre SarsCov2 et la mitochondrie serait un élément clé de la physiopathologie du COVID 19 (1). L'objectif de ce travail est de caractériser le profil métabolique des patients se présentant avec COVID long.

Matériel et Méthodes

Nous présentons une étude rétrospective de patients qui ont consulté au centre de la Douleur entre 1er avril 2022 et le 31 mars 2024 pour fatigue et douleur chronique qui ont débuté dans les suites immédiates d'une infection par Sars-Cov2 ou d'une vaccination Covid. Un interrogatoire complet, un examen clinique, un bilan inflammatoire et un bilan métabolique (Ionogramme, Hyperglycémie provoquée par voie orale, bilan lipidique, profil des acides gras membranaires, dosage des catécholamines urinaires) a été réalisé. Un questionnaire de qualité de vie a été soumis à tous les patients.

Résultats

Sur la période concernée, parmi les 21 patients qui correspondaient aux critères d'inclusion, 14 patients ont consulté au centre de la douleur pour la première fois, 7 patients étaient déjà connus du centre de la douleur. Il y a trois enfants (11 ans et deux de 17 ans), 15 femmes et 2 hommes. L'IMC varie entre 17 et 46 (médiane 24).

Sur les 13 patients non diabétiques dont le bilan métabolique est complet, 7 ont un Homa test élevé (57%), 1 seul test est bas. Sur les 5 patients qui ont un Homa test normal, 3 ont une courbe d'HPGO pathologique.

Le bilan lipidique standard réalisé chez 11 patients était pathologique dans 5 cas (HDL bas n=4). Chez 6 patients qui ont réalisé un profil d'acide gras membranaires, 4 avaient un taux très bas d'acide eicosapentaénoïque (EPA).

Quant aux catécholamines urinaires, l'adrénaline était indosable chez 8 patients parmi les 10 qui ont réalisé ce bilan.

La CRP était normale (< 5) chez 12 patients sur 13, mais la CRP US n'est normale que chez 3 patients sur 13.

Discussion

La majorité des patients non diabétiques, 10 patients sur 13 ont donc des signes de dysrégulation du métabolisme glucidique soit de résistance à l'insuline révélée par un Homa test élevé soit par une épreuve d'HGPO perturbée.

L'atteinte du métabolisme glucidique et la baisse de sécrétion d'adrénaline sont deux facteurs pouvant expliquer la fatigue chronique présentée par ces patients.

La dysfonction mitochondriale peut expliquer l'ensemble de ce tableau. De plus, la carence en acides gras ne permet pas à ces patients de compenser le métabolisme glucidique défaillant pour la production d'énergie.



Il est possible que la diminution de la consommation glucidique et l'augmentation de l'apport en acides gras permettent à la mitochondrie de mieux fonctionner.

Bibliographie

(1) Guarnieri et al. SARS-CoV-2 mitochondrial metabolic and epigenomic reprogramming in COVID-19
Pharmacological Research Volume 204, June 2024, 107.



PO_74 - Music Care® et lombalgie du sujet âgé : étude pilote aux Etats-Unis

S.K. Sorkpor 1, L. Brun 2, P. Poisbeau 3

1 Florida State University, College Of Nursing - Tallahassee (United States), 2 Ch De Narbonne, Clinique De La Douleur - Narbonne (France), 3 Centre National De La Recherche Scientifique, Université De Strasbourg - Strasbourg (France)

Résumé

Contexte : La lombalgie est une affection fréquente chez les sujets âgés, responsable de handicap fonctionnel et d'une altération de la qualité de vie. Les interventions non médicamenteuses (INM) sont recommandées en première intention mais leur évaluation en pratique est souvent limitée, tant sur le plan clinique que physiopathologique.

Music Care® est une application numérique dédiée au soulagement de la douleur et de l'anxiété par l'écoute musicale qui s'inscrit dans la classe des INM. Les séquences musicales, spécialement composées pour Music Care® et basées sur la technique de la séquence en « U » [1], répondent à des algorithmes dont les paramètres évoluent dans le temps pour amener l'auditeur à un état de relaxation et de détente, comme le ferait l'hypnose, mais avec une induction musicale et non par la voix.

Méthode : Étude pilote monocentrique en ouvert menée dans la région de Houston chez des patients lombalgiques, noirs, de plus de 65 ans pour évaluer l'acceptabilité et l'impact de Music Care® sur la douleur, au plan clinique et neurophysiologique.

Résultats : 20 patients lombalgiques, dont 13 femmes, d'âge moyen 71.6 ans ont été exposés à 2 séances Music Care® de 20 minutes par jour pendant 4 jours, à leur domicile, via leur tablette numérique ou leur téléphone [2].

L'acceptabilité de l'intervention musicale, mesurée sur l'échelle TAP (Treatment Acceptability and Preference) de 0 à 4, a été élevée et supérieure ou égale à 3 chez 80% des participants. Le niveau de douleur a été mesuré sur une échelle numérique de 0 à 100 pendant les 4 jours de l'étude. Les scores moyens de douleur ont significativement diminué ($p=0,002$) entre la première évaluation à J1 et la dernière à J4, passant de 46.90 (écart-type=21.47) à 35.70 (écart-type=16.57).

En parallèle, l'activité corticale par spectroscopie proche infrarouge fonctionnelle (fNIRS) a été évaluée 2 fois chez chaque patient, après une pression sur le bas du dos pour induire une douleur : avant la première séance Music Care®, la seconde fois après la dernière séance d'écoute 4 jours plus tard [3]. Une réduction significative de l'activité hémodynamique des aires motrices primaires et des zones somato-sensorielles du cerveau dans les 2 hémisphères a été observée ($n=12$), suggérant que des séances d'écoute musicale pourraient agir sur l'activité cérébrale et moduler les mécanismes de perception des stimuli douloureux.

Conclusion : Dans cette étude pilote menée chez des patients lombalgiques de plus de 65 ans, l'intervention musicale Music Care® pendant 4 jours a été bien acceptée et a significativement réduit la sensation de douleur. L'évaluation de l'activité corticale par fNIRS suggère par ailleurs qu'elle pourrait moduler la perception des stimuli douloureux au niveau du système nerveux central.



Bibliographie

- [1] Guetin S, Ginies P, Siou DK, Picot MC, Pommie C, Guldner E, Touchon J. The effects of music intervention in the management of chronic pain: a single-blind, randomized, controlled trial. *The Clinical journal of pain*. 2012; 28(4), 329-337.
- [2] S.K. Sorkpor et al. *Pain Manag Nurs*. 2023 Oct;24(5):e102-e108.
- [3] S.K. Sorkpor et al. *Geriatric Nursing* 54 (2023): 135-143.



PO_75 - Douleur de la Neurofibromatose place du bloc sciatique poplitée échoguidé

N. Hamma 1

1 Faculté De Medecine - Constantine (Algeria)

Résumé

La neurofibromatose est une maladie génétique complexe souvent accompagnée de douleurs chroniques et sévères dues à la présence de neurofibromes sur les nerfs. La gestion de la douleur dans cette condition représente un défi majeur, nécessitant des approches thérapeutiques variées. L'anesthésie locorégionale (ALR) émerge comme une option potentielle pour le contrôle efficace de la douleur chez ces patients. Nous partageons notre expérience concernant deux enfants de 12 et 10 ans chez qui une exérèse de neurofibrome a été effectuée au niveau de la jambe. Les deux patients avaient présenté une douleur très intense en post opératoire (EN À 8 ET 10) ne cédant pas aux antalgiques habituel (paracétamol et AINS) un bloc sciatique poplitée échoguidée a été réalisé chez eux à base de bupivacaine l'évaluation de la douleur s'est faite grâce à l'EN chaque deux heures et a permis une réduction significative sur les premières 24h pour les deux patients. L'analgésie a été alors assurée que par l'association de paracétamol et AINS. L'ALR représente une option thérapeutique prometteuse pour la gestion de la douleur chez les patients atteints de neurofibromatose, offrant des avantages en termes de réduction de la douleur et d'amélioration de la qualité de vie. Cependant, une évaluation soigneuse des risques et des bénéfices est nécessaire, et cette approche doit être intégrée dans un cadre pluridisciplinaire pour une gestion optimale de la douleur.



PO_76 - Music Care®, une intervention musicale digitale pour soulager la douleur et l'anxiété : revue systématique et méta-analyse

M. Savary 1, P. Bassan 1, H. Bénichou 2, P. Poisbeau 3, P. Rainville 4

1 Chu Bordeaux - Bordeaux (France), 2 Polyclinique Pau Pyrénées - Pau (France), 3 Centre National De La Recherche Scientifique, Université De Strasbourg - Strasbourg (France), 4 Faculty Of Dentistry, Université De Montréal, C.p. 6128, Succursale Centre-Ville - Montréal (Canada)

Résumé

Contexte : Les technologies digitales et autres innovations émergentes occupent une place croissante dans l'arsenal de soins de nos systèmes de santé [1,2]. Conçue sur la base de recherches scientifiques et de recommandations cliniques, Music Care® est une application numérique d'intervention musicale personnalisée offrant un catalogue de séquences musicales originales d'inspirations culturelles variées spécialement composées et arrangées selon des spécifications standardisées (la séquence en U) [3]. L'application Music Care® est proposée dans différentes situations cliniques afin de réduire l'anxiété et la douleur de personnes souffrant de pathologies variées [3,4].

Objectif : Recenser les études évaluant l'efficacité de Music Care® dans la prise en charge de la douleur et de l'anxiété dans divers contextes cliniques et réaliser une méta-analyse.

Méthode : Les publications originales, en français ou en anglais, des essais contrôlés randomisés (RCTs) évaluant l'application Music Care® ont été incluses et analysées pour évaluer l'efficacité d'un programme d'intervention musicale en médecine. Les essais en cours ont aussi été répertoriés.

Résultats : Au total, 14 RCTs ont été inclus. La majorité des études portait sur des états de douleur aiguë ou chronique et sur de l'anxiété aiguë. Comparativement au bras contrôle, Music Care® a été efficace sur la réduction de la douleur et de l'anxiété dans la plupart des contextes médicaux étudiés, notamment en contexte chirurgical et chez des personnes souffrant de douleur chronique ou de la maladie d'Alzheimer. Des améliorations significatives ont également été rapportées sur la fonction cardio-respiratoire, les symptômes dépressifs, ou les niveaux de stress et d'épuisement professionnel.

Conclusion : Les études disponibles sont méthodologiquement hétérogènes, mais elles soutiennent généralement l'efficacité de l'application Music Care® pour réduire la douleur, l'anxiété, les symptômes dépressifs et le stress et les symptômes d'épuisement professionnel dans diverses conditions médicales et procédures. La standardisation de l'intervention simplifie son application clinique et facilite son évaluation rigoureuse mais les conditions contrôles utilisées dans les études sont variées. Music Care® pourrait être un outil utile, abordable, mobile et facile à mettre en place comme thérapie adjuvante dans un large éventail de situations cliniques.

Bibliographie

[1] Bradt J, Dileo C, Shim M. Music interventions for preoperative anxiety. Cochrane Database Syst Rev. CD006908. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006908.pub2>



- [2] Sibanda A, Carnes D, Visentin D, Cleary M. A systematic review of the use of music interventions to improve outcomes for patients undergoing hip or knee surgery. *J Adv Nurs*. 2019;75:502-516.
- [3] Guétin S, Giniès P, Siou DKA, Picot M-C, Pommié C, Guldner E et al. The Effects of music intervention in the management of chronic pain: a single-blind, randomized, controlled trial. *The Clinical Journal of Pain*; 2012 May; 28(4): 329-337.
- [4] Guerrier G, Abdoul H, Jilet L, Rothschild P-R, Baillard C. Efficacy of a web app-based music intervention during cataract surgery: a randomized controlled clinical trial. *JAMA Ophthalmology*; 2021 Sep 1;139(9):1007-1013.