



**15<sup>e</sup>**  
**CONGRÈS**  
**NATIONAL DE LA**  
**SFETD**

**SOCIÉTÉ FRANÇAISE  
D'ÉTUDE ET DE TRAITEMENT  
DE LA DOULEUR**



**RECUEIL DES RÉSUMÉS**  
**12-14 NOVEMBRE 2015**  
**NANTES CITÉ DES CONGRÈS**  
[congres-sfetd.fr](http://congres-sfetd.fr)





## Sommaire

<b>Résumés des interventions</b>	<b>p003</b>
<b>Résumés des posters sélectionnés pour la présentation orale</b>	<b>p095</b>
<b>Résumés des communications affichées :</b>	
<b>1- Expériences et actions de formation     d'évaluation ou de création de structure</b>	<b>p103</b>
<b>2- Recherche Clinique</b>	<b>p173</b>
<b>3- Recherche Fondamentale</b>	<b>p255</b>



## RÉSUMÉS DES INTERVENTIONS

## Plénière 1

### PL1-1 : Douleur et traumatisme psychique

N. Dumet<sup>(1)</sup>

(1) Université Lyon 2, Bron, France

Quels liens entre douleur(s) et traumatisme(s) ? Si la question n'est pas novatrice, la clinique complexe des patients douloureux justifie de poursuivre la réflexion métapsychologique. Les recherches psychologiques et psychanalytiques ont mis en évidence de nombreux traumatismes psychiques dans la clinique des sujets douloureux, tant en amont de leurs troubles [18 ; 17 ; 11 ; 10 ; 8 ; 7] qu'en aval de leur prise en charge et de ses résultats. Bioy [6] signale aussi le traumatisme que peut constituer pour le patient l'impuissance médicale face à ses symptômes persistants. La douleur chronique peut aussi raviver ou renforcer des traumatismes antérieurs [2] et ceux-ci peuvent constituer un arrière-fond compliquant la prise en charge de la douleur [13]. D'autres études soulignent la fréquence de troubles douloureux chez les patients traumatisés et la forte prévalence d'un état de stress post-traumatique chez des sujets douloureux chroniques [4]. Ainsi, nombreuses et variées sont les interactions entre douleur et traumatisme, la première pouvant aussi bien s'avérer cause que conséquence du second. Dans cette clinique plurielle, la douleur physique peut tout autant précéder, juxter la souffrance psychique et subjective que lui succéder, comme elle peut aussi l'occulter, la remplacer et, inversement, la révéler, lui offrir un contenant, une voie d'expression et de frayage [9 ; 18 ; 1]. Parfois, la douleur constitue même la rémanence de vécus traumatiques [14], tous vécus subjectifs douloureux a-mnésiques [5], impensables ou amentiaux [12] subsistant à l'état brut dans le psychosoma (unité corps-psyché indifférenciée). La douleur est donc un éprouvé estompant les frontières entre psyché et soma [3] voire révélant la complexité de leurs liens. Force est alors de reconnaître la paradoxalité caractéristique de l'éprouvé de douleur. Paradoxalité, en effet, car la douleur manifeste cache autant qu'elle présente, fait entendre ce qui habite le sujet, à savoir le(s) multiples traumatisme(s) dont il souffre. Ceux-ci s'étendent des plus manifestes, ou traumatismes-écrans, à des « traumatismes invisibles ou par défaut de réalité » [15], mais le plus fondamental est sans doute, selon l'hypothèse ici proposée, la douleur de la perte, voire la douleur de l'absence, soit un traumatisme par défaut de réalité de présence objectale secourable. A ce titre, la douleur constitue une forme de « maladie-langage post-traumatique » [16], où l'omniprésence douloureuse du corps du sujet sign(ifi)e l'impensable absence voire la défaillance d'objet secourable.

#### **Bibliographie**

[1] ALLAZ A.F., 2003, *Le messager boiteux*, Paris, Médecine et hygiène [2] ALLAZ A.F., 2004, *Douleurs rebelles et ébranlements traumatiques*, *Douleurs et Analgésie*, 2, 67-69 [3] AUBERT A., 1997, *La douleur : Originalité d'une théorie freudienne*, Paris, PUF [4] AUXEMERY Y., HOUBRE B., CARNIO C., FIDELLE G., 2010, *Douleur chronique et traumatisme psychique. Données épidémiologiques, discussion clinique et psychopathologie*, *Revue francophone du stress et du trauma*, 10, 2, 91-99 [5] BERGERET J., HOUSER M., 2004, *Le fœtus dans notre inconscient*, Paris, Dunod [6] BIOY A., 2011, *Les traumatismes psychiques réactionnels en douleur chronique : repérage et désamorçage*, *Communication Institut Français d'Hypnose*, Paris, 22/01/2011 [7] BIOY A., DEFONTAINE-CATTEAU M-C., 2014, *Importance du traumatisme psychique en*



*clinique de la douleur, Douleur et Analgésie, 27(2) : 27-67 [8] BURLoux G.,2004, Le corps et sa douleur, Paris, Dunod [9] CARELS N., 1986, « Du corps et de l'agir sur les chemins de la mentalisation », Revue Belge de Psychanalyse, 8, 59-73 [10] DEFONTAINE-CATTEAU M-C., 2003, Douleurs : aspects liés aux traumatismes, in A.F. Allaz, Aspects psychologiques de la douleur chronique, Institut UPSA de la douleur, 79-89 [11] BIOY A., DEFONTAINE-CATTEAU M-C., 2014, Place du traumatisme psychique en clinique de la douleur, Douleur et Analgésie, 27(2) : 68-74 [12] DEJOURS C., 2001, Le corps, d'abord, Paris, Payot [13] DELLI NOCI C., BERMA C., 2015, Traumatisme et douleur chronique : échos et amplifications des souffrances physiques et psychiques, Revue de médecine suisse, 480, 1395-1399 [14] DUMET N., 2008, Le trouble psychosomatique : poids du passé, trace traumatique en attente de subjectivation, Psychologia : Teoria e Pesquisa (Brésil), 24, 1, 87-94 [15] DUPARC F., 2013, Des traumatismes invisibles ou par manque de réalité, site internet de la SPP [16] FERNANDEZ-ZOÏLA A., 1979, Ruptures et de vie et névroses. La maladie-langage post-traumatique, Toulouse, Privat [17] FERRAGUT E., COLSON P. (sous dir. de), 1999, Douleurs et psychopathologies liées aux traumatismes, Paris, Masson [18] MCDougALL J., 1989, Théâtres du corps, Paris, Gallimard [19] PEDINIELLI J-L., ROUAM G., 1997, Douleur et traumatisme : lecture psychanalytique, Douleur et Analgésie, 3, 95-100.*

## Plénière 1

### PL1-2 : La lombalgie : regards croisés neuro-rhumatologiques

S. Perrot<sup>(1)</sup>

(1) Hôpital Cochin, Paris, France

La lombalgie est une des douleurs les plus fréquentes mais sa physiopathologie et sa prise en charge restent encore mal définies. Si le médecin généraliste est le médecin le plus souvent consulté, la question du recours au spécialiste est discutée, en lien avec une physiopathologie précise. Dans la littérature et la pratique, on rencontre deux approches parallèles mais pas toujours convergentes: - l'approche rhumatologique, qui évalue la douleur et la fonction, qui centre l'évaluation sur l'imagerie du rachis, les troubles posturaux et mécaniques. La physiopathologie considère le disque intervertébral, les muscles paravertébraux et le retentissement sur la fonction. - l'approche neuro-algologique, qui évalue la douleur, dans ses composantes nociceptives mais aussi ses composantes neuropathiques et mixtes. La physiopathologie considère ici les mécanismes neuropathiques, l'atteinte sensorielle et affective et des questionnaires spécifiques. Dans les deux approches, les données récentes insistent sur l'importance du stress au travail, les croyances, la peur du mouvement. Les approches rhumatologiques et neuro-algologiques sont bien sûr complémentaires, mais souvent exclusives, selon les pratiques, les pays et les médecins impliqués dans la prise en charge des douleurs. Nous verrons ainsi que la solution vient probablement de la convergence des pratiques, et de l'évaluation plus exhaustive des patients autant en terme de fonction, d'analyse du mouvement, mais aussi du caractère neuropathie et sensori-émotionnel.

#### **Bibliographie**

Attal N, Perrot S, Fermanian J, Bouhassira D. The neuropathic components of chronic low back pain: a prospective multicenter study using the DN4 Questionnaire. *J Pain*. 2011; 12: 1080-7. -Perrot S, Marty M, Legout V, Moysé D, Henrotin Y, Rozenberg S. Ecological or recalled assessments in chronic musculoskeletal pain? A comparative study of prospective and recalled pain assessments in low back pain and lower limb painful osteoarthritis. *Pain Med*. 2011;12:427-36. -Perrot S, Allaert FA, Concas V, Laroche F. "When will I recover?" A national survey on patients' and physicians' expectations concerning the recovery time for acute back pain. *Eur Spine J*. 2009; 18(3):419-29.

## Plénière 2

### PL2-1 : Troubles fonctionnels intestinaux - Syndrome de l'intestin irritable

J. Sabate<sup>(1)</sup>

(1) Hôpital Louis Mourier, AP-HP, Colombes, France

Les troubles fonctionnels digestifs sont à l'origine de symptômes chroniques et récurrents dont l'origine est attribuée au tube digestif mais pour lesquels aucune anomalie (biologique, morphologique) ne peut être mise en évidence lors des examens usuels. Ils sont souvent source d'incompréhension entre le patient et son médecin. Le patient disant « Docteur, j'ai mal » et le médecin lui répondant « Vous n'avez rien, les examens sont normaux ». Nous allons prendre comme exemple de trouble fonctionnel pour cette conférence le syndrome de l'intestin irritable (SII). Il touche 5% de la population [1] et est le plus fréquent des troubles fonctionnels pour lequel les patients consultent des médecins généralistes ou gastroentérologues. Cette maladie chronique associe des douleurs abdominales et/ou un inconfort et des troubles du transit variables selon les sous-types de SII (avec diarrhée prédominante SII-D, constipation prédominante SII-C, ou avec alternance de diarrhée et de constipation SII-A)[2]. Le SII peut être responsable d'une altération de la qualité de vie dans toutes ses dimensions (travail, relation avec les autres, sexualité,...). Celle-ci peut être aussi importante que celle de maladies chroniques telles que le diabète, l'insuffisance rénale terminale et/ou la maladie de Crohn [3] et générer des coûts indirects liés à des arrêts de travail ou à une baisse de productivité. Aux USA, le poids économique global du SII pour la société est considéré comme quasi-équivalent à celui de l'hypertension artérielle [4]. Les traitements actuels sont souvent considérés comme peu efficaces [5] et les patients ont de nombreuses attentes qui sont souvent insatisfaites tant par rapport à la maladie que par rapport aux professionnels de santé [6]. Des progrès importants ont été faits dans la compréhension des mécanismes physiopathologiques des symptômes et notamment des douleurs abdominales. Ces mécanismes sont multiples [7]. Il existe des mécanismes périphériques tel que des troubles de la motricité digestive, une micro-inflammation intestinale et des troubles de la perméabilité intestinale, un rôle du microbiote des anomalies du métabolisme des acides biliaires. Il existe aussi des anomalies centrales avec une hypersensibilité viscérale, des anomalies dans les contrôles centraux (médullaires et corticaux) de la douleur et un rôle des facteurs psychologiques et du stress. Un rôle de l'alimentation est également suggéré. Nous allons voir ces différents mécanismes et voir dans quelle mesure ils donnent lieu à des traitements déjà disponibles ou à des pistes thérapeutiques.

#### **Bibliographie**

- [1] Dapoigny M. [Irritable bowel syndrome: epidemiology/economic burden]. *Gastroenterol Clin Biol* 2009;33 Suppl 1:S3-S8.  
[2] Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006;130:1480-91. [3] Gralnek IM, Hays RD, Kilbourne A, Naliboff B, Mayer EA. The impact of irritable bowel syndrome on health-related quality of life. *Gastroenterology* 2000;119:654-60. [4] Cash B, Sullivan S, Barghout V. Total costs of IBS: employer and managed care perspective. *Am J Manag Care* 2005;11:S7-16. [5] Spiller R, Aziz Q, Creed F, Emmanuel A, Houghton L, Hungin P, Jones R, Kumar D, Rubin G, Trudgill N, Whorwell P. Guidelines on the irritable bowel syndrome: mechanisms and practical management. *Gut* 2007;56:1770-98. [6] Halpert A, Dalton CB, Palsson O, Morris C, Hu Y, Bangdiwala S, Hankins J, Norton N, Drossman DA. Irritable bowel syndrome patients' ideal expectations and recent



*experiences with healthcare providers: a national survey. Dig Dis Sci 2010;55:375-83. 7. Chey WD, Kurlander J, Eswaran S. Irritable bowel syndrome: a clinical review. JAMA 2015;313:949-58.*

## Plénière 2

### PL2-2 : Microbiote intestinal et hypersensibilité colique

*D. Ardid*<sup>(1)</sup>

(1) UMR 1107 INSERM/UdA NEURO-DOL, Clermont-Ferrand, France

Le microbiote représente l'ensemble des micro-organismes (bactérie, virus, levures, champignons, protozoaires...), que l'on résume souvent aux seules bactéries, constituant un ensemble symbiotique au niveau des muqueuses ou épithélia en contact avec l'extérieur de l'organisme (tube digestif, muqueuses génitales et ORL, peau, vessie...). Le nombre de ces micro-organismes est très important et ils constituent des organes à part entière dotés d'une activité métaboliques très importante. Longtemps négligé, le rôle de ce microbiote est loin d'être insignifiant et de nombreuses études mettent en évidence des effets délétères des ses perturbations ou dysbioses. C'est notamment le cas pour le microbiote le plus étudié, le microbiote intestinal. La littérature scientifique souligne le rôle délétère de ses dysbioses dans les pathologies du tube digestif (troubles fonctionnelles, maladies inflammatoires, cancers...), les maladies métaboliques (obésité, diabète) et dans les réactions allergiques et inflammatoires. Les conséquences de ces dysbioses impacteraient également le SNC avec des pathologies telles que l'anxiété et l'autisme. Certaines pathologies douloureuses chroniques pourraient donc être dépendantes de dysbioses intestinales. Elles toucheraient tout d'abord le tube digestif. De nombreux travaux ont pu montrer que des patients atteints du syndrome de l'intestin irritable présentaient des modifications phylogénique de leur microbiote colique et que des traitements modifiant ce microbiote peuvent être efficaces. De telles modifications sont également retrouvées dans d'autres pathologies digestives douloureuses, les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). Cependant nous ne savons pas si ces dysbioses sont à l'origine de la pathologie ou si elles participent à son entretien et/ou son aggravation. Leur impact ne semble pas se limiter au niveau intestinal. En effet, de plus en plus d'arguments sont en faveur de leur intervention dans des pathologies douloureuses extra-digestives comme l'arthrite. Les mécanismes délétères impliqués sont encore mal connus même si l'axe cerveau/intestin semble en être un acteur majeur. Ils dépendraient de phénomènes nerveux, hormonaux, immunitaires et de la production de molécules libérées par les bactéries elles-mêmes ou par la muqueuse colique. L'intérêt de l'étude du microbiote augmente dans la communauté scientifique comme en témoigne de nombre d'articles publiés ces dernières années. Les techniques récentes de séquençage rapides facilitent grandement son identification et les analyses métabolomiques pourront en préciser les fonctionnalités. De nombreuses interrogations subsistent auxquelles les futures recherches tenteront de répondre.

## Plénière 2

### PL2-3 : Axe cerveau intestin : stress et interactions neuro-digestives

B. Bonaz<sup>(1)</sup>

(1) INSERM U836, Grenoble, France

Le tube digestif possède une autonomie propre, grâce au système nerveux intrinsèque ou système nerveux entérique, encore appelé « deuxième cerveau ». Cependant, notre cerveau et notre tube digestif communiquent de façon bidirectionnelle par l'intermédiaire du système nerveux autonome et les organes circumventriculaires. Cette communication assure un fonctionnement intégré pour assurer le contrôle des fonctions digestives telles que la motricité, la sensibilité, l'immunité, la satiété; ces fonctions pouvant devenir, dans certaines conditions, pathologiques. La réaction de stress est définie comme l'ensemble des réponses de l'organisme à une sollicitation de l'environnement correspondant au "syndrome général d'adaptation" défini par Hans Selye dès 1936. La réaction de stress normale est physiologique, elle est dite d'adaptation. Cependant, lorsqu'il y a une rupture d'équilibre entre les capacités d'adaptation et les exigences du milieu, la réaction de stress devient pathologique, conduisant à l'apparition de troubles fonctionnels, métaboliques, voir lésionnels. Les effets du stress sur la fonction digestive sont maintenant très bien connus tant chez l'Homme que chez l'animal. Le stress entraîne des modifications de la sensibilité viscérale mais aussi de la réponse inflammatoire locale et de la motricité digestive. Le stress baisse le seuil de sensibilité viscérale, augmente la perméabilité intestinale, modifie l'immunité intestinale, ralentit la vidange gastrique et le transit de l'intestin grêle alors qu'il accélère le transit colique et stimule la sécrétion colique donnant typiquement de la diarrhée. Le stress modifie la flore intestinale. En augmentant la perméabilité intestinale, le stress favorise la diffusion intra-digestive d'antigènes, notamment bactériens, capables d'activer le système immunitaire intestinal. Le stress est impliqué dans la physiopathologie du syndrome de l'intestin irritable et des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. Les mécanismes de défense impliqués dans la réponse de l'organisme au stress conduisent à l'activation de systèmes neuroendocriniens et neuro-humoraux complexes qui mettent en jeu : i) l'axe hypothalamo-hypophysaire-surrénalien (axe corticotrope), ii) l'axe sympathique (balance sympatho-vagale) : le stress inhibe le parasympathique, notamment le nerf vague, et stimule le sympathique et le parasympathique sacré. Le nerf vague a un effet anti-inflammatoire par ses afférences au cerveau (stimulation de l'axe corticotrope) et par ses efférences périphériques, la voie cholinergique anti-inflammatoire (l'acétylcholine libérée par les efférences vagale se fixe sur les récepteurs alpha7 nicotiques des macrophages et inhibe la libération de TNF $\alpha$ ) et iii) le système immunitaire. Ces différents systèmes participent de façon combinée à la mise en place d'une réponse adaptée visant à rétablir l'homéostasie du milieu intérieur.

#### **Bibliographie**

Bonaz BL, Bernstein CN. Brain-gut interactions in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology*. 2013 Jan;144(1):36-49.  
Bonaz B. Brain-gut interactions. *Rev Med Interne*. 2010 Aug;31(8):581-5. Bonaz B, Sabate JM. Brain-gut axis dysfunction. *Gastroenterol Clin Biol*. 2009 Feb;33 Suppl 1:S48-58. Taché Y, Bonaz B. Corticotropin-releasing factor receptors and stress-related alterations of gut motor function. *J Clin Invest*. 2007 Jan;117(1):33-40.

## Séances parallèles - Questionnements en douleurs pelvi-périnéales

### SP1-1 : Quand suspecter une lésion organique en présence de troubles fonctionnels pelvi-périnéaux (les drapeaux rouges) ?

T. Riant<sup>(1)</sup>

(1) CETD M Bensignor Confluent et CHU de Nantes, Nantes, France

Les douloureux chroniques dysfonctionnels (« anorganique ») du pelvis et du périnée ont souvent une présentation clinique extrêmement riche, variée, confusionnante et pluriviscérale dans leur expression (1). En outre leur symptomatologie peut parfois varier. La tentation est alors grande de faire/ refaire des examens complémentaires, voire de proposer des gestes invasifs (y compris des touchers intracavitaires). Comme le souligne Roth(2) à propos de la médecine invasive de la douleur, cette attitude pseudo sécuritaire présente néanmoins quelques inconvénients. Outre son coût qui rapidement devient prohibitif, elle engendre le risque d'entretenir des buts et objectifs thérapeutiques illusoire pour le patient et les soignants, mais aussi le risque de majorer la symptomatologie par des « agressions » régulières d'une zone « hypersensible ». Ainsi répéter les touchers, coloscopies, les défécographies, les manométries, les EMG, IRM, échoendo... peut être néfaste en soi en mettant en évidence des anomalies peu utiles à la compréhension et au traitement de ces patients (par exemple kystes de Tarlov radiculaires S3, ou allongement de la latence distal du pudendal chez des patientes ayant accouchées par voie basse). Pour autant il faudra savoir repérer les patients chez qui, au contraire, la juste attitude sera d'insister, de rechercher une pathologie organique éventuellement curable. Nous excluons de notre propos l'ensemble des symptomatologies imposant par elle-même des investigations telles que définit par les sociétés savantes respectives de chaque organe. Dans le cadre des névralgies périnéales « pures », répondant complètement aux critères de Nantes (3) (la situation est souvent parfaitement claire et permet de limiter au maximum le recours à ces examens. En pratique les patients ont d'ailleurs souvent eu IRM pelvienne et rachidienne. Notre propos est de mettre en exergue les quelques situations où il faudra savoir demander, redemander des bilans. On peut résumer ces drapeaux rouges sous le vocable « trop ». Les douleurs trop neuropathiques : déficitaires : hypoesthésie systématisée, incontinence non expliquée et donc non « bilantée » par ailleurs ; perte de la différenciation selles /gaz ; perte de la sensation d'uriner sont autant de signes imposant au minimum une imagerie voire un bilan neurologique et/ou un bilan de spécialiste d'organe (colo proctologue, urologue).. Les douleurs avec un contingent de « décharges électriques », ou avec trigger zone, ou trop focales évoquent une pathologie lésionnelle sous jacente type névrome, neurofibrome, tumeurs glomique (pour les tumeurs nerveuses) ou cicatricielle. Cette trigger zone est parfois profonde comme dans certaines dyspareunies (imposant un bilan gynécologique pour éliminer entre autre une endométriose), ou comme certaines douleurs per défécatoires (a bien différencier des douleurs post défécatoires fréquentes et communes dans ce contexte) qui imposent bien sur un bilan colo proctologique Les douleurs avec un contingent de démangeaisons évoquent surtout des pathologies dermatologiques et imposent donc un bilan spécifique. En particulier la recherche d'un lichen scléroatrophique fréquent et souvent méconnu. Les douleurs trop constantes, non positionnelles, les douleurs insomniantes habituellement, imposent au minimum un



bilan d'imagerie (IRM pelvienne et thoraco lombo sacrée) . Dans le même esprit chez les patients présentant un « syndrome douloureux de la vessie » (qui auraient du avoir au minimum une cystoscopie sous AG) la constance des volumes de chaque miction, l'absence de diminution franche des mictions nocturnes doit faire évoquer une cystopathie type cystite interstitielle et donc de vérifier la normalité de la cystoscopie réalisée sous anesthésie avec hydrodistention courte. Le même raisonnement s'applique au niveau digestif à propos de signes fonctionnels d'apparition relativement récente, stables et constant. Enfin les douleurs trop étendues, s'accompagnant de nombreux phénomènes d'hypersensibilisation associées (vésicale, sexuelle, digestive, centrale) font craindre un syndrome de stress post traumatique, voire un antécédent d'abus et imposent une rigueur et une parcimonie calculée dans les examens physiques. Savoir trouver le juste équilibre entre examens para cliniques multiples et proposition de traitements symptomatiques non miraculeux est en fait la gageure de la prise en charge des douloureux chroniques du pelvis et du périnée.

### **Bibliographie**

[1] *New concepts on functional chronic pelvic and perineal pain: pathophysiology and multidisciplinary management.* Ploteau S, Labat JJ, Riant T, Levesque A, Robert R, Nizard J. *Discov Med.* 2015 Mar;19(104):185-92 [2] *Interventional pain medicine: retreat from the biopsychosocial model of pain.* Roth RS, Geisser ME, Williams DA. *Transl Behav Med.* 2012 Mar;2(1):106-16. [3] *Diagnostic criteria for pudendal neuralgia by pudendal nerve entrapment (Nantes criteria).* Labat JJ, Riant T, Robert R, Amarenco G, Lefaucheur JP, Rigaud J. *Neurourol Urodyn.* 2008;27(4):306-10.

## Séances parallèles - Questionnements en douleurs pelvi-périnéales

### SP1-2 : Syndrome douloureux de la vessie : quels patients pour l'urologue ? Quels patients pour l'algologue ?

JJ. Labat<sup>(1)</sup>

(1) Nantes, France

Le terme de syndrome douloureux de la vessie est celui actuellement admis pour l'ensemble des douleurs fonctionnelles de la vessie. Il s'agit d'une définition large (ESSIC 2008) : douleur pelvienne chronique (évoluant depuis plus de 6 mois) à type de sensation de pression ou d'inconfort, perçue en relation avec la vessie et accompagnée d'une envie persistante et forte d'uriner et / ou d'une pollakiurie. Cela amène plusieurs remarques : -c'est le patient lui même qui rattache la sensation à sa vessie -cette sensation n'est pas forcément douloureuse -sa topographie n'est pas précisée - l'envie persistante et forte d'uriner est une sensation différente de l'urgenterie (impériosité mictionnelle du syndrome d'hyperactivité vésicale) qui a une connotation de soudaineté -la pollakiurie est une notion fréquente mais pas obligatoire car certains sujets ne sont pas soulagés par la miction , d'autres diminuent considérablement leurs apports hydriques -on intègre dans ce contexte des symptomatologies antérieurement dénommées sous le terme de cystalgie à urines claires, de cystite interstitielle, de syndrome de vessie douloureuse . -on en différencie deux sous types les syndromes douloureux de la vessie avec ou sans anomalie cystoscopique. Cette terminologie recouvre donc des pathologies très variées et probablement d'origine et de mécanismes physiopathologiques très différents (hypothèses immuno allergiques, hypothèses post infectieuses, altération de la couche de glycosaminoglycane de l'urothélium, altération de la perméabilité pariétale, théories neuronales, douleurs projetées...). Les co morbidités sont fréquentes (syndrome de l'intestin irritable, vulvodynies provoquées, fibromyalgies et autres douleurs dysfonctionnelles, allergies, sarcoïdose, maladies auto immunes...). Il existe manifestement deux types de pathologies parfois intriquées : d'une part celles qui concernent la paroi vésicale avec des lésions endoscopiques marquées, des altérations de la compliance vésicale, une diminution évolutive de la capacité anatomique de la vessie et celles qui sont des formes d'hypersensibilité vésicale et qui peuvent s'intégrer dans un contexte de sensibilisation régionale ou générale. Dans la pratique 3 éléments sont indispensables à cette différenciation de ce qui peut revenir à l'urologue ou au médecin de la douleur : le dessin par le patient des douleurs sur un schéma anatomique, le carnet mictionnel et des douleurs sur 3 jours (heure et volume des mictions , intensité des douleurs avant et juste après la miction) et la cystoscopie (dès que ce carnet retrouve une capacité vésicale fonctionnelle faible) qui doit alors être réalisée sous anesthésie générale.

#### **Bibliographie**

Rigaud J, Delavierre D, Sibert L, Labat JJ. Approche symptomatique des douleurs vésicales chroniques. *Prog Urol.* 2010;20:930-9.

## Séances parallèles - Questionnements en douleurs pelvi-périnéales

### SP1-3 : Thérapies manuelles en douleurs pelvi-périnéales : qui, pourquoi et comment traiter ?

D. Bonneau<sup>(1)</sup>

(1) Institut Supérieur de Thérapeutique Manuelle, Avignon, France

Dans la prise en charge thérapeutique des algies pelvipérinéales (APP), telle la névralgie pudendale, les techniques réflexes manuelles ne sont qu'une modalité complémentaire dans l'arsenal de l'équipe médicale. En opposition avec son homologue somatique, l'absence de systématisation précise de l'innervation végétative et le caractère nébuleux des manifestations de son dysfonctionnement s'expriment dans la complexité de l'expression des plaintes des patientes et de leur compréhension par le médecin. Cette particularité anatomique permet de comprendre l'intérêt de considérer ces algies comme un embrasement pelvipérinéal neurovégétatif. Cet emballement est une réponse à une agression qui peut être une inflammation, une infection bactérienne ou mycosique de l'appareil urinaire ou gynécologique, un traumatisme dans la sphère anale, telle une chirurgie hémorroïdaire ou une pathologie secondaire à une constipation chronique. Mais la notion de terrain favorisant doit être prise en compte tant sur le plan physique, morphotype statique lombopelvifémoral, que psychique, terrain de l'hypersensibilisation. La prise en charge manuelle découle de cette analyse préalable. Elle bénéficie des modes d'action réflexe à point de départ cutané, musculaire et articulaire pelvien ou rachidien de ces manoeuvres. Elle a pour objectif de réinitialiser ces capteurs. L'innervation somatique est assurée à la face ventrale par des nerfs qui trouvent leur origine dans la région lombaire haute et la jonction thoracolombaire. La face dorsale et la région périnéale sont sous la dépendance du plexus lombosacré. Il en est de même pour le neurovégétatif. Les afférences du plexus hypogastrique sont sympathiques, provenant du contingent thoracolombaire, et parasympathique d'origine sacrale. Cette analyse anatomique permet de comprendre l'importance des stimulations manuelles réflexes de ces deux zones, thoracolombaire et lombosacrée. Sur le plan cutané, la peau est dotée de capteurs mécaniques et thermiques dont la stimulation agit aussi non seulement par le biais d'un réflexe d'axone sur la vasodilatation locale, mais aussi sur l'histaminosécrétion. Cette double composante neurologique et humorale explique l'action immédiate et retardée de ces techniques. L'effet parasympathicomimétique supposé du massage réflexe est indispensable pour contrecarrer l'hypersympathicotonie de cette pathologie souvent chronique. Le geste musculaire s'applique à relâcher les zones de contractures musculaires en agissant soit directement sur l'agoniste, soit sur l'antagoniste pour profiter du réflexe d'inhibition réciproque. Les manipulations articulaires ne sont pas obligatoirement avec impulsion. La stabilité du résultat impose la participation de la patiente par l'autorééducation qui implique la patiente dans son processus thérapeutique. Bain cryogénique, cohérence cardiaque, proprioception lombo-pelvifémorale et travail respiratoire abdomino-pelvien sont en première ligne.

#### **Bibliographie**

Bonneau D., Vautravers P., Herisson C. *Médecine du sport et thérapies manuelles : l'anneau pelvien Sauramps Médical, Montpellier, 2014. 210 p.* Bonneau D. *Le muscle obturateur interne : de l'ouverture à la copulation. Sexualités humaines.*



2013; 17 : 10-17. *Bonneau D. « Algies pelvi-périnéales et thérapies manuelles ». Lett. Méd. Phys. Réadapt. 2011 ; 27:167-178* Bonneau D., Marès P., Vautravers P., Herisson C. *Algies pelvi-périnéales et thérapies manuelles. Sauramps Médical, Montpellier, 2011. 216p.*

## Séances parallèles - Questionnements en douleurs pelvi-périnéales

### SP1-4 : Douleurs après chirurgie pelvienne : qui réopérer ? Qui ne pas réopérer ?

J. Rigaud<sup>(1)</sup>

(1) Nantes, France

La chirurgie pelvi-périnéale entraîne des risques de douleur chronique qui sont loin d'être exceptionnels et souvent méconnus. Cette méconnaissance vient du fait qu'il est souvent difficile d'identifier ces complications qui échappent à l'imagerie pelvienne. Il peut s'agir de véritable atteinte nerveuse somatique. Parfois, il peut s'agir de douleur musculaire ou pelvi-périnéale diffuse induite en particulier par la mise en place de plaque prothétique créant une fibrose rétractile et douloureuse. Enfin le tableau peut être plus trompeur en cas d'atteinte du système nerveux végétatif. En 1999, l'IASP a proposé 4 critères pour définir la douleur chronique post-opératoire: douleur développée dans les suites d'une intervention chirurgicale, évolution depuis au moins 2 mois, exclusion d'une cause telle qu'une évolution carcinologique ou une infection chronique, exploration et exclusion de l'éventualité que la douleur soit en rapport avec un problème préexistant. Une analyse clinique basée sur les connaissances anatomiques est souvent la clef du diagnostic. Ce démantèlement des douleurs pelviennes permet de mieux comprendre, expliquer et traiter les symptômes sans attribuer à tort certains symptômes à la chirurgie réalisée. Ces douleurs post-opératoires posent également un problème médico-légal important avec un risque de plainte des patients et un problème de responsabilité du chirurgien. Il est donc important d'établir une relation de causalité entre l'acte chirurgical et le tableau clinique. Le point le plus important est l'apparition de la symptomatologie dans les jours qui suivent la chirurgie sans amélioration. A l'inverse des douleurs qui apparaissent des mois ou des années après la chirurgie sont difficilement attribuables à l'acte opératoire. Une fois la relation faite entre les douleurs et la chirurgie, il se pose la question de la prise en charge thérapeutique. S'il s'agit de douleurs apparues après une chirurgie d'exérèse large par exemple sans complication post-opératoire, il n'y a pas d'indication à une reprise chirurgicale qui ne changera rien et il faut dans ce cas faire une prise en charge algologique adaptée. A l'inverse en cas de douleurs apparues après la pose de matériel prothétique en particulier (cure de hernie, bandelette sous-urétrale pour une incontinence, bandelette pour une cure de prolapsus,...), si la symptomatologie est en lien avec le matériel, il faut proposer une reprise chirurgicale pour une ablation de celui-ci et une libération nerveuse plus ou moins associée. Cette reprise chirurgicale entraîne les meilleurs résultats sur la prise algologique avec en moyenne 2/3 des patients qui sont améliorés par cette ré-intervention.



## Séances parallèles - Le livre blanc 2015 des structures douleur

### Le livre blanc 2015 des structures douleur

*M. Le moal<sup>(1)</sup>, V.Barféty-servignat<sup>(2)</sup>, C.Berlemont<sup>(3)</sup>, C.Creac'h<sup>(4)</sup>, JM.Gautier<sup>(5)</sup>, J.Avez-couturier<sup>(6)</sup>, V.Piano<sup>(7)</sup>, M.Lanteri-minet<sup>(8)</sup>, D.Bouhassira<sup>(9)</sup>, S.Perrot<sup>(10)</sup>, Manuela Ortiz<sup>(11)</sup>*

(1) DGOS (2) Lille, France (3) CHG Meaux, Meaux, France (4) CHU de Saint-Etienne, Saint Etienne, France (5) Montpellier, France (6) CHRU Lille, Lille, France (7) Draguignan, France (8) CHU - Hôpital de Cimiez - Pavillon Mossa, Nice, France (9) Hôpital Ambroise Paré, Boulogne Billancourt, France (10) Hôpital Cochin, Paris, France (11) Paris, France.

"Le saviez-vous ? Il existe en France 252 structures de prise en charge de la douleur, dont 98 centres et 154 consultations. Ces structures, labellisées par les ARS, ont des organisations et des fonctionnements très divers. En 2014, la SFETD a réalisé plusieurs enquêtes et des recherches approfondies sur toutes les structures référencées, pour publier le "livre blanc des structures douleur 2015". Grâce à ce livre blanc, pour la première fois en France il est maintenant permis de connaître les différents types d'activité des structures de douleur chronique, les personnes qui y travaillent, leurs organisations interne, ainsi que diverses informations très utiles aux médecins et aux patients qui peuvent y avoir recours. Ce livre blanc recense aussi les difficultés des structures, leur précarité et leurs inquiétudes. Un ouvrage indispensable, à compléter et améliorer tous les ans, que tout membre de la SFETD devrait connaître.

## Séances parallèles - Forum infirmier

### SP3-1 : Prix de recherche SFETD-Fondation CNP Assurances 2011/PHRIP 2013 :Un PHRIP dans son contexte en néo-natologie

A. Perroteau<sup>(1)</sup>

(1) Hôpital A Trousseau, Paris, France

Dans un contexte de prévention et de prise en charge de la douleur, depuis les années 80, les services de néonatalogie repensent et modifient la prise en soins. Les théories actuelles tentent d'organiser les soins en fonction de la maturité et de l'évolution de l'enfant prématuré dans le but de préserver ses capacités de développement. Deux écoles sont d'actualité : - Les soins développement selon H. Als (1) et son programme d'implantation dans les services : le NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) (2). - Les soins de soutien au développement sensori-moteur selon A. Bullinger. Le projet de soins du pôle périnatalité de l'hôpital Armand-Trousseau / La Roche Guyon s'est basé sur l'école de Bullinger pour former les équipes et réorganiser les soins afin de réduire les dystimulations délétères au développement ainsi que le stress et la douleur induits entre autres. Un premier travail environnemental a été effectué : création de chambres individuelles en réanimation, matériel neuf (moins bruyant), chambres accompagnants. Un programme de formation conséquent pour tout le personnel (Médecins, cadres, infirmiers, aides-soignants), a été mis en place, des groupes de travail et séances d'analyse des pratiques nous ont permis de développer des axes des compétences sur les thèmes de la prise en charge de la douleur, l'oralité et l'allaitement maternel, la gestion de l'environnement sonore et visuel, les postures, le binôme, le bain ou la pesée enveloppée, le respect du sommeil afin de favoriser l'instauration du lien mère enfant. La mise en place d'un PHRIP (programme hospitalier de Recherche en soins infirmiers et paramédicaux) mesurant l'impact de la manœuvre de regroupement fœtal lors d'un soin douloureux (3) contribue également à la diffusion des bonnes pratiques. Les bénéfices secondaires attendus et inattendus sont à ce jour déjà visibles. Nous constatons une meilleure intégration du travail en binôme lors des soins, une plus large diffusion de la manœuvre de regroupement fœtal au près des parents et de l'équipe. Plus largement la mise en place de l'étude a contribué à l'intégration de la démarche de recherche et l'implantation des soins de développement. Chaque professionnel s'interroge au quotidien sur sa pratique afin de limiter tous les actes dystimulants néfastes sur le développement de l'enfant. Le besoin des enfants et des parents est recherché pour développer la parentalité.

#### **Bibliographie**

[1] ALS, H. et L.GILKERSON (1995). « *Developmentally supportive care in the Neonatal Care Unit* » [2]ASHBAUGH, J.B, LEICK-RUDE, M.K et H.W KILBRIDE.(1999). « *Developmental care teams in the neonatal Intensive care Unit : survey on current status* » [3]Evaluation de l'efficacité du regroupement fœtal en association avec la succion d'une tétine stérile sur la douleur lors d'un prélèvement capillaire chez le grand prématuré.

## Séances parallèles - Forum infirmier

### SP3-2 : PHRIP 2011 : Le vécu douloureux de l'enfant de moins de trois ans lors du retrait de la poche collectrice d'urines aux urgences pédiatriques : quelle stratégie de prise en charge ?

M. Dugas<sup>(1)</sup>, C.Fluteau<sup>(1)</sup>

(1) Limoges, France

Considérée comme méthode moins invasive que le sondage urinaire [1,2] ou la ponction sus-pubienne [3], la poche collectrice d'urines est, en France, souvent préférée [4-6] pour recueillir les urines des nourrissons, et ce malgré les limites de cette méthode sur le plan cyto bactériologique [2,7,8]. A l'occasion d'une étude médicale sur le sondage urinaire, les équipes des urgences pédiatriques du CHU de Limoges et du CHI de Poissy, se sont rendus compte en 2009 que le retrait de la poche pouvait occasionner des douleurs égales (17%) et supérieures (22%) à celles observées lors d'un sondage urinaire [J. Guinaud, SNP 2012]. Dans ce contexte en 2012, les équipes paramédicales des urgences pédiatriques du CHU de Limoges et du CHI de Poissy ont décidé de réaliser une étude (« Linipoche »), financée dans le cadre du PHRIP 2011. L'objectif principal de cet essai randomisé mené en simple aveugle, était d'évaluer la douleur réellement vécue par 135 nourrissons de moins de trois ans et de déterminer si l'utilisation d'une crème de liniment oléo-calcaire permettait de diminuer la douleur lors de l'ablation de la poche. Ainsi, 135 nourrissons âgés 0 et 36 mois (inclus) admis aux urgences pédiatriques avec une indication clinique pour un recueil urinaire par poche collectrice (suspicion d'IU, recherche d'hématurie, corps cétoniques, etc.) et avec l'accord des parents, ont été inclus au protocole Linipoche. Les critères de non inclusion étaient : refus parental, âge supérieur à 36 mois, expérience (récente ou ancienne) d'un retrait de poche, allergie connue à l'adhésif de la poche, érythème fessier, diarrhée, et terme de naissance < 37 semaines d'aménorrhées. Si les équipes n'ont pu valider l'effet antalgique de la crème liniment oléo-calcaire et répondre à l'hypothèse principale, l'étude a permis cependant d'objectiver la douleur réelle vécue par l'enfant lors du retrait de la poche, jusqu'à remettre en question son emploi en pratique courante chez le jeune enfant.

#### Bibliographie

[1] Gilljam BM, Svensson ML. In-out catheterization of young children with suspected urinary tract infection: a retrospective journal study. *Pediatr Nurs* 2008;34:241-5. [2] Etoubleau C, Guignon V, Badier I, Bahans C, Blanc P, Brosset P, Brouet D, et al. Moving from bag to catheter for urine collection in non-toilet-trained-children of having urinary tract infection : a paired comparison of urines cultures. *The Journal of Pediatrics*. 2009 June ;154:803-6 [3] B. J. Austin, C. Bollard, and T. R. Gunn, "Is urethral catheter-ization a successful alternative to suprapubic aspiration in neonates?" *Journal of Paediatrics and Child Health*, vol. 35, no. 1, pp. 34–36, 1999. [4] Fournier Charrière E. 15ième journée : la douleur de l'enfant – Quelles réponses ? *Livre des communications Unesco Paris*. 2008; Octobre: 98-9 [5] Dommergues JP, Fournier-Charrière E. Douleur et urgences chez l'enfant. Paris: Arnette Blackwell;1995. [6] Lynster C, T Liaw, Deepa M, Nayar, Stephen J Pedler, Malcolm G Coulthard. Home collection of urine for culture from infants by three methods: survey of parents' preferences and bacterial contamination rates. *BMJ*, 2000. Vol 320 ; 1312 ;1313. [7] Bag urine specimens still not appropriate in diagnosing urinary tract infections in infants. *Can J Infect Dis Med Microbiol*. 2004 Jul;15(4):210–1. [8] Al-Orifi F, McGillivray D, Tange S, Kramer MS. Urine culture from bag specimens in young children : are the risks too high ? *J Pediatr*. 2000 Aug;137(2):221-6.

## Séances parallèles - Forum infirmier

### SP3-3 : Collaboration professionnels de santé/infirmiers dans le parcours de soin du patient douloureux chronique en secteur libéral (Pyrénées Orientales)

Y. Arlen<sup>(1)</sup>, P. Gibergues<sup>(1)</sup>

(1) Canet en Roussillon, France

La douleur chronique touche 31.7% de la population adulte française et représente le premier motif de consultation médicale. Sa présence multiplie par deux la fréquence des comorbidités associées. Non soulagée, la douleur chronique a un impact économique majeur et constitue un problème de santé publique. Dans le département des Pyrénées Orientales, il existe une consultation antidouleur sur le CHG de Perpignan, dont le délai d'attente pour le premier rendez-vous est d'environ 3 mois. Infirmières libérales, membres de l'A.C.I.C.C. (association catalane d'infirmières cliniciennes et de consultation), nous avons fait le constat de la difficulté de la prise en charge de la douleur à domicile et de ses conséquences délétères : ☒ Patients médicalement chronophages ☒ Nomadisme médical ☒ Auto-médication ☒ Défaut d'observance ☒ Répercussions anxio-dépressives ☒ Isolement social Centré sur les besoins du patient, le projet réunit une équipe pluridisciplinaire et émet un parcours de soin coordonné, dont le pivot est l'infirmière clinicienne. Celle-ci propose un suivi personnalisé au travers de la démarche clinique infirmière<sup>2</sup>. Ce suivi est réalisé au travers de consultation infirmière comprenant : analyse clinique infirmière, utilisation d'outils d'évaluation, soins relationnels, éducation thérapeutique et utilisation de méthodes psychocorporelles. Bénéfices pour le patient et l'entourage : ☒ Réduction de la douleur et de ses conséquences ☒ Plan de soins personnalisé et coordonné ☒ Autonomisation du patient dans la gestion de la douleur et de la thérapeutique<sup>3</sup> Bénéfices pour la profession infirmière : Valorisation des compétences infirmières en matière de consultation et de démarche clinique.<sup>4</sup> Bénéfices pour la société : Une prise en charge personnalisée, coordonnée et pluridisciplinaire du patient douloureux chronique, va permettre de diminuer le coût pour la société.<sup>5</sup> Financement : Projet financé par l'URPS LR collège infirmier pour l'année 2015. Evaluations : Réalisées à l'aide des grilles validées par l'HAS. Perspectives : Pérennisation du projet par un financement ARS. Me ARLEN Yseult infirmière clinicienne libérale, Présidente A.C.I.C.C.

#### Bibliographie

[1] ETUDE STOP NET 2004 étude postale sur la prévalence de la douleur chronique JOUTEAU-NEVES C., LECOINTRE B., MALAQUIN-PAVAN E., [3] LA CONSULTATION INFIRMIERE ed Lamarre -[4] THERAPIE A MEDIATION CORPORELLE & DOULEUR 2013 – INSTITUT UPSA de la douleur [5] BOESCH G, GINIERS P, KONGASIOU D, EDUCATION THERAPEUTIQUE AUTOUR DU PATIENT DOULEUREUX CHRONIQUE université de formation de l'art médical.



## Séances parallèles - Forum infirmier

### SP3-4 : Présentation du référentiel de l'infirmière consultante douleur

*D. Gillet<sup>(1)</sup>*

(1) UETD CENTRE HOSPITALIER DE VOIRON, Voiron, France

Au sein des structures douleur, la consultation infirmière est devenue au fil de ces dernières années une activité à part entière inscrite dans le processus de prise en charge des patients douloureux chroniques. Un état des lieux mené en 2014 par le biais d'un questionnaire, initié par la Commission Professionnelle Infirmière (CPI) de la SFETD relate une importante variabilité des missions et activités confiées à ces praticiennes confirmant le manque de cadre et de référence. Un groupe de travail a été mandaté par la CPI pour mener un travail de réflexion et d'élaboration sur les activités de l'infirmière en consultation douleur. Ce travail propose de définir l'Infirmier Ressource Douleur ainsi que ses activités, ses missions, sa formation et d'élaborer un référentiel d'activités et de compétences attendues dans les différents types de consultation infirmière (consultation externe ou transversale). Ce référentiel a pour objectif de remédier à la disparité des pratiques et de rendre plus lisible cette fonction au sein des structures douleur et des établissements de santé.



**Séances parallèles - Médicaments de la douleur, bénéfice/risque et personne âgée**

**SP4-1 : Les médicaments peuvent aussi entraîner des douleurs ! Approche de pharmacovigilance**

*J. Montastruc<sup>(1)</sup>*

(1) CHU et faculté de Médecine de Toulouse, Toulouse, France

Prescrire un médicament, c'est évaluer et prendre en compte tous leurs effets. En effets, les effets des médicaments ne se limitent pas aux seules actions bénéfiques ou favorables. Les médicaments peuvent également déterminer des effets fâcheux. Ces effets, appelés indésirables résultent, soit de l'exacerbation des propriétés pharmacodynamiques des médicaments (on parle d'effets de type A pour « Augmented » ou encore d'effets secondaires), soit de mécanismes idiosyncrasiques, au premier rang desquels on trouve les effets d'origine immunoallergique (on les qualifie alors de type B pour « Bizarre »). Les effets indésirables médicamenteux altèrent profondément la qualité de vie des patients, compliquent la relation médecin – malade, font errer et retardent le diagnostic, s'avèrent onéreux pour la société puisqu'à l'origine d'examens complémentaires inutiles et coûteux. Il est donc nécessaire de penser médicament devant tout patient. C'est le réflexe iatrogénique qui consiste à se demander devant tout symptôme « Et si c'était le médicament ? ». Il convient d'apprendre et d'intégrer dans notre pratique les pathologies d'origine médicamenteuse. Cette pratique reste assurément méconnue car insuffisamment enseignée. Dans notre expérience, elle est cependant source de vrai soulagement pour certains malades désespérés naviguant sans cesse de médecins en médecins, de généralistes en spécialistes, de cliniques en hôpitaux. Si on connaît assez bien les médicaments à l'origine d'hyperkaliémie, hypertension artérielle... ou autre grande pathologie, les douleurs d'origine médicamenteuse restent un sujet méconnu, non étudié et absent des livres de référence tant en algologie qu'en pharmacologie clinique. Nous présentons les résultats d'une étude réalisée sur la Base Nationale de Pharmacovigilance entre 2011 et 2014. Les principaux médicaments responsables d'effets indésirables notifiés à type de douleurs seront présentés et discutés de façon à établir une référence de pathologie iatrogène en algologie.



**Séances parallèles - Médicaments de la douleur, bénéfice/risque et personne âgée**

**SP4-2 : Non opioïdes / AINS et personne âgée**

*R. Javier<sup>(1)</sup>*

(1) CHU de Strasbourg, Strasbourg, France

En attente

## Séances parallèles - Médicaments de la douleur, bénéfice/risque et personne âgée

### SP4-3 : Opiacés et douleur / stratégie thérapeutique chez la personne âgée

M. Navez<sup>(1)</sup>

(1) Saint-Etienne, France

La prévalence de la douleur augmente avec l'âge. Son étiologie est diverse (appareil locomoteur, cancer, neuropathique..), la déterminer est le préalable avant tout traitement. Les opioïdes sont indiqués dans la douleur, modérée à sévère, parce qu'elle compromet très vite l'autonomie fonctionnelle et la qualité de vie de la personne âgée. Les données d'efficacité existent sur le court terme, peu d'études sur le long terme, 25% des patients environ arrêtent le traitement pour effets indésirables(EI) ou insuffisance d'effets[1,2]. La prescription des opioïdes tient compte des modifications pharmacologiques liées à l'âge : volume de distribution, ralentissement de l'absorption intestinale, défaut d'oxydation hépatique, réduction de la filtration glomérulaire, le tout aboutissant à une augmentation de la demi-vie des opioïdes avec prolongement de l'effet analgésique, plus d'EI, accumulation de leurs métabolites[3]. Tous les métabolites ne sont pas équivalents, certains sont actifs et responsables de surdosage ( morphine 6G).Le sujet âgé est donc plus sensible et plus réactif aux opioïdes en particulier, d'où une stratégie de prescription privilégiant une initiation à petites doses , une titration des opioïdes, des intervalles de prises plus longs, un suivi et une réévaluation des adaptations régulières. Certains opioïdes ont donc un profil plus adapté aux sujets âgés : ceux dont les métabolites sont inactifs ( fentanyl) ou avec un % de métabolites actifs minorés ( oxycodone, hydromorphone) , ou ceux offrant t une meilleure tolérance digestive (fentanyl) . Certains font l'objet de précautions comme le tramadol en raison du risque épileptique, la méthadone du fait de son adaptation difficile et du risque de QT long à l'ECG. La galénique orale de l'opioïde est préférée, la voie transcutanée réservée à la douleur stable offre une tolérance digestive et une compliance thérapeutique meilleures. Chez les sujets âgés, en situation de douleur continue les guidelines préconisent les formes LP mais les cliniciens préfèrent souvent les formes LI, et dans la douleur cancéreuse, traitée par opioïdes LP, le fentanyl transmuqueux lors des accès douloureux peut être proposé. Sur ces deux points, il y a peu de données de la littérature, la titration et le suivi prévalent. Les effets indésirables des opioïdes doivent être anticipés (constipation nausées vertiges) , avec une altération minimale sur le plan cognitif et un plus grand nombre de fractures rapportés (AINS) . Il y a peu ou pas d'abus et de mésusage[2]. Les associations avec des thérapies complémentaires (médicaments de mécanisme d'action différent, techniques non médicamenteuses) sont recommandées pour réduire les doses et les EI au prix d'une efficacité équivalente. Cependant la vigilance s'impose sur certaines associations ( opioïdes-benzodiazépine, tramadol- IRSNA..)[3]. Au total les spécificités du sujet âgé impose pour les opioïdes: dose réduite, intervalle de prise plus long, titration initiale, suivi et adaptation régulière, anticipation des EI dont les troubles cognitifs, privilégier les associations non délétères, tenir compte des co-morbidités et de la polymédication.



### **Bibliographie**

- [1] Pergolizzi and al . Opioids and the management of chronic severe pain in the elderly: consensus statement of an International Expert Panel with focus on the six clinically most often used World Health Organization Step III opioids (buprenorphine, fentanyl, hydromorphone, methadone, morphine, oxycodone). *Pain Pract.* 2008 Jul-Aug;8(4):287-313.
- [2] Papaleontiou M and al Outcomes associated with opioid use in the treatment of chronic noncancer pain in older adults: a systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc.* 2010 Jul;58(7):1353-69
- [3] American Geriatrics Society Panel on the pharmacological management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2009.57:1331-1346.

## Séances parallèles - Médicaments de la douleur, bénéfice/risque et personne âgée

### SP4-4 : Bénéfice / Risque des traitements médicamenteux de la douleur neuropathique

F. Capriz<sup>(1)</sup>

(1) CHU de Nice, Nice, France

Bénéfice / Risque des traitements médicamenteux de la douleur neuropathique Françoise CAPRIZ (CHU Nice) La prévalence de la douleur neuropathique est plus marquée dans la population vieillissante, et fait l'objet d'une prise en charge s'appuyant sur les recommandations nationales de la SFETD datant de 2010 [1] ou des recommandations canadiennes plus récentes [2]. Le choix des traitements antalgiques se fait essentiellement en Gériatrie sur des principes de sécurité clinique et a quelque peu bouleversé les habitudes de prescription antérieures, même si des études récentes nous font évoluer et prendre parfois quelques risques [3]. Il nous faut rester prudent et toujours marquer nos prescriptions initiales d'un temps de réflexion puis d'un suivi attentif afin de nous assurer de la bonne tolérance de ses molécules psychotropes à risque, notamment sur le plan cognitif. Pour nous aider, le guide P.A.P.A. [4] édité par la SFGG en 2015 regroupe 42 fiches de « bonne prescription médicamenteuse » adaptées aux personnes âgées de plus de 75 ans et destinées au corps médical. Il contient entre autre une fiche douleur, dont la douleur neuropathique, avec des recommandations générales et des exemples de prescription adaptés. Un focus est donné sur les traitements topiques à privilégier, et la titration possible du Tramadol [5], sans oublier la prise en charge des douleurs mixtes dans des situations spécifiques [6]. Nous avons interrogé par ailleurs la base de données du centre de Pharmacovigilance de Nice sur les effets indésirables signalés dans la population âgée de plus de 65 ans. Les effets secondaires les plus fréquents sont d'une banalité affligeante mais toujours aussi dangereux, amenant souvent à des hospitalisations à risque à cet âge. Un algorithme de prise en charge de la douleur neuropathique (pour la prescription et le suivi des traitements) est proposé [7], afin d'optimiser la balance bénéfice /risque chez la personne âgée. Enfin quand le cadre thérapeutique a été fixé, encore faut-il que le traitement soit pris correctement [8]; l'observance thérapeutique reste souvent médiocre à cet âge et pourrait bénéficier entre autre d'une éducation thérapeutique. Cette approche réfléchie dans le grand âge nous aide à affiner nos traitements. Une bonne connaissance du vieillissement physiologique et des comorbidités, une observation attentive des patients, et des propositions thérapeutiques réfléchies restent nos meilleurs alliés pour une prise en charge sécurisée.

#### Bibliographie

[1] SFETD - *Recommandations pour la pratique clinique. Les douleurs neuropathiques chroniques : diagnostic, évaluation et traitement en médecine ambulatoire. Douleurs Évaluation - Diagnostic - Traitement 2010; 11: 3-21* [2] De Moulin et al. *Pharmacological management of chronic neuropathic pain: Revised consensus statement from the Canadian Pain, Pain Res Manag, 2014; 10 (6): 328-335* [3] S. Tesfaye et al. *Duloxetine and pregabalin: High-dose monotherapy or their combination? The "COMBO-DN study" – a multinational, randomized, double-blind, parallel-group study in patients with diabetic peripheral neuropathic pain. PAIN 2013; 154: 2616–2625* [4] SFGG – CNP de Gériatrie. *Guide P.A.P.A. Edition Frison-Roche, Novembre 2014, 150 pages* [5] C Guillaumé, G Loggia, R Morello, J Bourguine, A Coquerel, P Lescure. *Efficiency and tolerability of titration with an oral solution of tramadol in elderly people: preliminary results of the TRAMAGE study. Fundamental and Clinical Pharmacology. Abstracts of the 19th Annual Meeting of French Society of Pharmacology and*



*Therapeutics, 36th Pharmacovigilance Meeting, 16th APNET Seminar, 13th CHU CIC Meeting. 23-25 April 2015. Vol 29 Supp 1 [6] Y. Passadori, Y. Groc, X. Sirlin, M. Serafin-Ferrer. La prise en charge de la douleur dans les plaies chroniques. Rev Geriatr 2014 ; 39(3) : 175-86 [7] S Chapiro, L David, M Michel, P Rat, B Wary, N Macian, D Roux, V Morel, G Pickering. Douleur neuropathique: la suspecter, l'évaluer, la traiter. Congrès de la SFETD, Paris, nov 2013. [8] G. Berrut. L'observance médicamenteuse chez la personne âgée : une ambition collective. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Viel, 2014 ; 12(2) : 121-122.*



## Séances parallèles - Médicaments de la douleur, bénéfice/risque et personne âgée

### SP4-5 : Troubles psychocomportementaux d'origine médicamenteuse et douleur chez le sujet âgé

A. Coquerel<sup>(1)</sup>

(1) Caen, France

Quels mécanismes et quelles circonstances peuvent amener les personnes âgées et douloureuses à présenter des effets iatrogènes médicamenteux à polarité neuropsychique ou comportementale ? Ces risques psychocomportementaux vont dépendre (i) de la classe thérapeutique (ii) de la dose administrée (iii) d'éventuelles interactions médicamenteuses (pharmacocinétiques et/ou pharmacodynamiques) et aussi (iv) du terrain : enfin vont se surajouter des éléments particuliers qui tiennent à la personne âgée : métabolisme et l'élimination des principes actifs, associés éventuellement à des facteurs pharmacogénétiques (PGX). Pour la population âgée, on retrouve une notion de facteurs de risques personnels tels l'âge lui-même mais aussi à des baisses de clairances, une sensibilité accrue aux sédatifs, ou des difficultés d'adaptation posturale qui facilitent les chutes, etc... Que l'on se réfère à la littérature, abondante, ou que l'on se focalise sur le raisonnement pharmacologique de base on aborde la personne âgée et ses soins avec beaucoup d'inquiétude et de restrictions : quel est le degré de compréhension du patient ? Comment lui expliquer honnêtement et de manière compréhensible les objectifs d'une prescription en n'omettant pas les effets indésirables potentiels et prévisibles de celle-ci ? Comment organiser le suivi thérapeutique dont les ajustements de posologie – et avec quelles méthodes et quels personnels ? Enfin, se surajoute la complexité des interactions liées à des traitements multiples, eux-mêmes souvent justifiés, qui entraînent une multitude d'inductions enzymatiques ou au contraire de blocages de certains cytochromes ou transporteurs.... Devrait-on doser les médicaments ? Sans doute oui pour certains, surtout si on pense être devant un risque PGX, mais il faut savoir avec quelle technique (automate d'immunoanalyse ? ou chromatographie avec spectrométrie de masse et analyse des métabolites ?), quels obstacles (horaires ? multiplicité des prélèvements ?) Quelles normes ?... Tout cela est encore bien flou. Nous prendrons divers exemples sur les opiacés, les antiparkinsoniens, les médicaments cholinergiques (éviter les atropiniques!!!), les benzodiazépines, les neuroleptiques, les antidépresseurs. Nous illustrerons aussi des troubles neurocomportementaux graves induits par des médicaments non psychotropes. Quelques recommandations – déjà connues - pourront être rappelées et, point important, une vision dynamique de la prescription permettra de conclure que nous tendons à mieux soigner grâce à nombre de réévaluations des médicaments (dont X retirés de psychotropes depuis 2011 !) et si nous appliquons des règles simples avec une certaine modération.



**Séances parallèles - Forum psychologie psychopathologie : "Douleur et Pathomimie"**

**SP5-1 : Réalité de maladie organique ou pathomimie ? De l'énigme au secret**

*A. Bera-louville<sup>(1)</sup>*

(1) Lille, France

En attente



**Séances parallèles - Forum psychologie psychopathologie : "Douleur et Pathomimie"**

**SP5-2 : Du secret au sacrifice du corps, une histoire à montrer ?**

*V. Barféty-servignat<sup>(1)</sup>*

(1) Lille, France

En attente



## Séances parallèles - Construction identitaire et douleur chez l'adolescent

### SP6-1 : Douleurs chroniques dans l'après-cancer à l'adolescence : « Etre guéri n'est pas se sentir guéri »

A. Tonelli<sup>(1)</sup>, J. Bufnoir<sup>(2)</sup>

(1) Clinique Edouard Rist, Paris, France (2) Paris, France

Alexandre a 17 ans quand le diagnostic de LAL est posé devant des céphalées invalidantes. Durant le traitement lourd de sa maladie, les céphalées ont disparu. Lors du passage au traitement d'entretien, celles-ci reviennent très intenses et invalidantes et l'empêchent de reprendre le cours de sa vie, avec un retentissement sur sa socialisation et sa scolarisation. Le bilan somatique est rassurant. À la demande de son médecin référent, Alexandre bénéficie alors d'une hospitalisation dans le service de médecine interne pour adolescents de la Clinique Édouard Rist dans le cadre d'un projet soins/études axé sur le traitement de ses douleurs et la reprise de la scolarité. Cette hospitalisation permettra de montrer à Alexandre que l'on croit à sa douleur, qu'on peut la prendre en charge et lui permettre d'aller mieux. Le point de vue du médecin de la douleur et celui du psychiatre vont être croisés pour mieux comprendre les enjeux de cette douleur. Comment s'inscrit-elle à la fois dans la dimension traumatique de l'évènement et dans les problématiques existentielles de ce sujet ? Le service de médecine interne pour adolescents de la Clinique Édouard Rist accueille des adolescents douloureux chroniques déscolarisés, en échec de suivi ambulatoire, dans le cadre d'un projet soins/études axé surtout sur les thérapeutiques non médicamenteuses et la reprise de la scolarité. Ces hospitalisations permettent à ces adolescents de «faire avec et malgré» la douleur, de se resocialiser et de se rescolariser. Elles s'appuient, au-delà de la mobilisation adolescente, sur l'effet cadrant et rassurant du service, le contact avec les pairs, douloureux ou non, la mise à distance de la problématique familiale et le travail avec la famille. Plus d'une centaine d'adolescents ont déjà bénéficié de ce type d'hospitalisation. Parmi ceux-ci, 10 % environ présentent une histoire de la douleur singulière en lien avec la découverte d'une pathologie cancéreuse. Alexandre en est un exemple.

## Séances parallèles - Construction identitaire et douleur chez l'adolescent

### SP6-2 : La construction identitaire à l'adolescence : modèles empiriques contemporains

G. Zimmermann<sup>(1)</sup>

(1) Institut de Psychologie, Université de Lausanne, Lausanne, Suisse

Cet exposé a pour objectif de présenter les nouveaux modèles de développement de l'identité à l'adolescence ainsi que leurs applications. A la suite des travaux séminaux de Erik H. Erikson (1950, 1968), il est largement admis que la construction identitaire constitue une tâche développementale fondamentale de l'être humain qui serait particulièrement centrale à l'adolescence et au cours de l'âge adulte en émergence (« emerging adulthood »). Après une brève présentation du paradigme de Marcia (1966, 1989), qui fut le premier à opérationnaliser la conception théorique d'Erikson, nous examinerons la contribution de modèles néo-eriksonniens récents du développement de l'identité (e.g., Luyckx, et al., 2006, 2008; pour une revue voir Crocetti & Meeus, 2015) en nous arrêtant sur les processus en jeu et les statuts identitaires évalués empiriquement. Enfin, des premiers résultats de l'application de ces modèles avec des patients souffrant de maladies chroniques seront évoqués.

#### **Bibliographie**

Claes, M., & Lannegrand-Willems, L. (Eds.) (2014). *La psychologie de l'adolescence*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal. Crocetti, E., & Meeus, W. (2015). *The identity statuses: Strengths of a person-centered approach*. In K. C. McLean & M. Syed (Eds.), *The Oxford Handbook of Identity Development* (pp. 97-114). New York: Oxford University Press. Erikson, E. H. (1968). *Identity, youth and crisis*. New York: Norton. Erikson, E.H. (1980). *Growth and crises of the healthy personality*. In E.H. Erikson (Ed.), *Identity and the life cycle* (pp. 51-107). New York: Norton (Reprinted from *Symposium on the healthy personality*, pp. 91-146, by M. J. E. Senn, Ed., 1950, Oxford, England: Josiah Macy, Jr. Foundation). Luyckx, K., Goossens, L., Soenens, B., & Beyers, W. (2006). *Unpacking commitment and exploration: Preliminary validation of an integrative model of late adolescent identity formation*. *Journal of Adolescence*, 29, 361-378. doi:10.1016/j.adolescence.2005.03.008 Luyckx, K., Schwartz, S. J., Berzonsky, M. D., Soenens, B., Vansteenkiste, M., Smits, I., et al. (2008). *Capturing ruminative exploration: Extending the four-dimensional model of identity formation in late adolescence*. *Journal of Research in Personality*, 42, 58-82. doi:10.1016/j.jrp.2007.04.004 Marcia, J. E. (1966). *Development and validation of ego-identity status*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, 551-558. doi:10.1037/h0023281 Marcia, J. E. (1989). *Identity and intervention*. *Journal of Adolescence*, 12, 401-410. doi:10.1016/0140-1971(89)90063-8 Zimmermann, G., Lannegrand-Willems, L., Safont-Mottay, C., & Cannard, C. (2015). *Testing New Identity Models and Processes in French-speaking Adolescents and Emerging Adults Students*. *Journal of Youth and Adolescence*, 44, 127-141. doi: 10.1007/s10964-013-0005-7



## Plénière 3

### PL3-1 : Pharmacogénétique, polymorphisme et opioïdes

*J. Desmeules<sup>(1)</sup>*

(1) HUG Genève, Genève, Suisse

En attente

## Plénière 3

### PL3-2 : Opioides, Analgésie loco-régionale et récurrence néoplasique

P. Forget<sup>(1)</sup>

(1) Cliniques universitaires Saint-Luc, Université catholique de Louvain, Bruxelles, Belgique

Depuis que l'anesthésie existe, un effet délétère sur les capacités de défense de l'individu exposé, en particulier contre le cancer, est suspecté. Plus récemment, des données chez l'animal et dans des études rétrospectives chez l'homme suggèrent un risque plus important de récurrence lors d'utilisation d'opioïdes, en particulier à hautes doses, plutôt qu'une anesthésie loco-régionale (ALR) lors d'une chirurgie oncologique. D'autres techniques, comme l'utilisation d'anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS), sont proposées comme « protectrices », renforcées par le constat que les paramètres inflammatoires sont des facteurs pronostiques majeurs dans le cancer. Ceci n'est pas surprenant si on se souvient que l'acte chirurgical est associé à un risque d'accélération de croissance tumorale, suite à la réaction inflammatoire péri-opératoire. Un texte de consensus insiste sur la nécessité de pousser plus loin les investigations concernant l'influence de l'ALR, des anesthésiques locaux et des AINS, soutenant l'existence d'un rationnel suffisamment solide pour justifier la mise en route de grands essais cliniques.(1) La mise en route de ces essais cliniques est cependant difficile, complexe et mal financée, alors que l'interprétation de leurs résultats risque de l'être tout autant. Les protocoles associent parfois différentes techniques, différentes molécules, parfois même de façon non-contrôlée. A ce stade, si l'on veut progresser de façon efficace, il faudra identifier des biomarqueurs pertinents, en particulier des marqueurs inflammatoires comme le ratio neutrophiles/lymphocytes, et les incorporer dans des essais cliniques, pour se concentrer sur de plus petits sous-groupes de patients, à plus haut risque. En parallèle, la constitution de registres et l'analyse de grandes bases de données, issues de notre pratique de routine, est une condition sine qua non pour ce type de recherche translationnelle et de processus d'amélioration de la qualité visant à remettre en question nos pratiques pour améliorer le devenir oncologique de nos patients.

#### **Bibliographie**

[1] Buggy DJ, Borgeat A, Cata J, Doherty DG, Doornebal CW, Forget P, Gottumukkala V, Gottschalk A, Gupta A, Gupta K, Hales TG, Hemmings HC, Hollmann MW, Kurz A, Ma D, Parat MO, Sessler DI, Shorten G, Singleton P. Consensus statement from the BJA Workshop on Cancer and Anaesthesia. *Br J Anaesth.* 2015;114(1):2-3.

## Plénière 3

### PL3-3 : Algoneurodystrophie : stratégie thérapeutique fondée sur les preuves

N. O'connell<sup>(1)</sup>

(1) Brunel University, Uxbridge, Royaume-Uni

Complex regional pain syndrome (CRPS) is an umbrella term for a variety of clinical presentations characterised by chronic persistent pain that is disproportionate to any preceding injury and that is not restricted anatomically to the distribution of a specific peripheral nerve (Bruehl et al. 2010; Marinus et al. 2011). CRPS presents with some or all of the following symptoms in the affected body parts: sensory disturbances, temperature changes, abnormal patterns of sweating, swelling and oedema, reduced joint range of motion, movement abnormalities such as weakness, tremor or dystonia, trophic changes such as skin atrophy or altered hair and nail growth, and localised osteoporotic changes (Bruehl et al. 2010; de Mos et al. 2009; Shipton et al. 2009) and alterations in body perception or schema (Lewis et al. 2007; Lotze et al. 2007; Moseley et al. 2006). This talk will summarise the existing evidence from randomised clinical trials that have tested the effectiveness of contemporary pharmacological, invasive and rehabilitation based interventions for CRPS, drawing on our recent and ongoing systematic review work with the Cochrane Collaboration's Pain, Palliative and Supportive Care group. This evidence will be discussed in light of recent international clinical guidelines for the management of CRPS (Goebel et al. 2011; Harden et al. 2013). The limitations of the existing evidence, key areas of remaining uncertainty regarding best practice in CRPS and priorities for future clinical effectiveness research will be considered.

#### **Bibliographie**

Bruehl S. An update on the pathophysiology of complex regional pain syndrome. *Anesthesiology* 2010;113(3): 713–25 de Mos, Sturkenboom MCJM, Huygen FJPM. Current understandings on complex regional pain syndrome. *Pain Practice* 2009;9(2):86–99 Goebel A, Barker CH, Turner-Stokes L, et al. Complex regional pain syndrome in adults: UK guidelines for diagnosis, referral and management in primary and secondary care. Royal College of Physicians. London 2011 Harden RN, Oaklander AL, Burton AW, Perez RS, Richardson K, Swan M, Barthel J, Costa B, Graciosa JR, Bruehl S, Reflex Sympathetic Dystrophy Syndrome A. Complex regional pain syndrome: practical diagnostic and treatment guidelines, 4th edition. *Pain Med* 2013;14:180–229 Lewis JS, Kersten P, McCabe CS, McPherson KM, Blake DR. Body perception disturbance: a contribution to pain in complex regional pain syndrome (CRPS). *Pain* 2007;133 (1-3):111–9 Lotze M, Moseley GL. Role of distorted body image in pain. *Current Rheumatology Reports* 2007;9(6):488–96 Marinus J, Moseley GL, Birklein F, Baron R, Maihöfner C, Kingery WS, et al. Clinical features and pathophysiology of complex regional pain syndrome. *Lancet Neurology* 2011; 10(7):637–48 Moseley GL. Graded motor imagery for pathologic pain: A randomized controlled trial. *Neurology* 2006;67(12): 2129–34 Shipton EA. Complex regional pain syndrome: mechanisms, diagnosis, and management. *Current Anaesthesia and Critical Care* 2009;20:209–14.



## Conférence Jean-Marie Besson

### CB-2: The Biology of Neuropathic Pain and a Novel Approach to Therapy

A. Basbaum<sup>(1)</sup>

(1) San Francisco, Etats-unis

Jean-Marie Besson had a life-long interest in mechanisms that underlie the generation and control of pain and his work had an enormous influence on the course of my own research. Indeed, our analyses of the descending control systems engaged by opiates and the circuits in the spinal cord through which pain messages are transmitted, built directly upon Jean-Marie's pioneering studies. This presentation is dedicated to him. Neuropathic pain arises from injury to the nervous system and is characterized by ongoing pain and mechanical and thermal hypersensitivity (allodynia and hyperalgesia). Our focus is on the contribution of central sensitization of spinal cord pain processing circuits, one that is based significantly on engagement of the NMDA subtype of glutamate receptor. NMDA-mediated central sensitization is manifest as increased ongoing activity of dorsal horn pain transmission circuits and their responsiveness to normally innocuous stimulation. Unfortunately, the very widespread expression of the NMDA receptor has limited the development of selective antagonists, because of adverse side effects. In our laboratory, we take the view that neuropathic pain is an epileptic-like condition resulting from reduced GABAergic inhibition, a topic of great interest to Jean-Marie. Indeed, many studies have established that nerve injury leads to reduced GABAergic inhibitory controls in the dorsal horn. Consistent with this hypothesis, of course, is the fact that anticonvulsants are among the most effective, or at least the most common, pharmacological agents used to treat neuropathic pain. An alternative approach to reducing these pathophysiological consequences of injury is to re-establish the inhibitory tone lost in the setting of nerve injury. We have demonstrated that it is possible to restore inhibitory tone by transplanting GABAergic precursor neurons derived from the embryonic cortex into the spinal cord of nerve-injured mice. These precursor neurons develop in the spinal cord, differentiate into GABAergic interneurons and integrate into the host circuitry. Most importantly, peripheral nerve injury-induced mechanical hypersensitivity in a peripheral nerve injury or a chemotherapy-induced model of neuropathic pain can be completely normalized, within weeks of the transplantation. With a view to translating these preclinical findings to patients, we have now initiated studies using human pluripotent stem cells modified to assume the properties of GABAergic neurons. Taken together these studies suggest that a therapy targeted at treating the "disease" of neuropathic pain, namely the pathophysiological alterations in CNS function that are characteristic of this condition, is a viable and novel approach to the management of neuropathic pain.



**Actualités Douleur** - Présentation d'un article de référence publié dans l'année concernant les thématiques:

*D. Bouhassira<sup>(1)</sup>, M. Lantéri-minet<sup>(2)</sup>, B. Lionet, S<sup>(3)</sup>. Perrot<sup>(4)</sup>*

(1) Hôpital Ambroise Paré, Boulogne Billancourt (2) CHU - Hôpital de Cimiez - Pavillon Mossa, Nice, France (3) Centre hospitalier de Dunkerque, Dunkerque, France (4) Hôpital Cochin, Paris, France

Lors de la session "Actualités douleur", sera présentée la publication "importante" parue dans l'année pour quatre thématiques : Douleurs neuropathiques Migraines céphalées Psychologie Rhumatologie et/ou thérapeutique.

**Séances parallèles** - Recherche translationnelle: sur la voie tracée par Jean-Marie Besson

**SP7-1 : Prix de recherche SFETD-IUD 2014 : Evaluation des bénéfices thérapeutiques des inhibiteurs d'histones désacétylases pour le traitement de la neuropathie périphérique induite par l'oxaliplatine et du cancer colorectal métastatique**

*D. Barrière<sup>(1)</sup>*

(1) INSERM, Clermont-Ferrand, France

L'oxaliplatine, un sel de platine de dernière génération utilisé en première intention dans le traitement du cancer colorectal, a permis de réduire les risques de rechute après une opération chirurgicale visant à retirer la tumeur. Cependant l'oxaliplatine provoque, dès la première cure, des atteintes des nerfs sensitifs qui favorisent l'apparition des hypersensibilités au froid ainsi que des formes sévères de paresthésies au niveau des extrémités et du visage contraignant les oncologues à diminuer voir à stopper le traitement. L'intensité des symptômes douloureux à la première administration est corrélée avec le risque de chronicisation de la neuropathie. Par ailleurs aucun traitement curatif de la neuropathie chronique n'est actuellement efficace. Nous avons démontré chez l'animal, que la neuropathie aiguë induite par l'oxaliplatine est en lien avec des modifications de l'empreinte épigénétique sur les promoteurs de gènes codants pour des canaux ioniques hyperpolarisants de type K2P (TREK1, TREK2, TRAAK) au niveau des neurones périphériques. Ces modifications sont corrélées à une diminution de l'expression de ces canaux et au développement de la neuropathie douloureuse induite par l'oxaliplatine. Des données préliminaires montraient un effet bénéfique de l'administration locale (voie i.t.) d'un inhibiteur des histones désacétylases (HDAC) de la classe I, le MS-275, permettant de limiter le développement de la neuropathie aiguë induite par l'oxaliplatine. Dans cette étude nous avons démontré que l'injection systémique du MS-275 permet de prévenir les symptômes douloureux induits par des administrations répétées d'oxaliplatine dans un modèle murin de cancer colorectal, la souris APC/Min. En outre, le MS-275 ayant surtout été décrit pour ses propriétés anti-tumorales, nous montrons un effet anticancéreux potentialisé de l'oxaliplatine en présence de ce composé dans le modèle APCMin/. En parallèle nous avons débuté la caractérisation d'un modèle murin de cancer colorectal syngénique induit par l'injection intrapéritonéale de cellules CT26 que nous avons transfectées avec le gène codant la Luciférase. Cette lignée cellulaire permettra, dans le futur, le suivi longitudinal en imagerie par bioluminescence in vivo de la croissance et de la dissémination tumorale. Ce modèle nous permettra d'une part de tester les effets antiprolifératifs et la tolérance de l'oxaliplatine, du MS-275 et de leur combinaison in vivo dans un modèle cliniquement pertinent. En conclusion, la combinaison oxaliplatine/MS275 présenterait le double bénéfice d'augmenter l'efficacité et la tolérance de l'oxaliplatine chez les patients atteints d'un cancer colorectal.

Prix de recherche SFETD-IUD 2014 : Evaluation des bénéfices thérapeutiques des inhibiteurs d'histones désacétylases pour le traitement de la neuropathie périphérique induite par l'oxaliplatine et du cancer colorectal métastatique.

**Séances parallèles** - Recherche translationnelle: sur la voie tracée par Jean-Marie Besson

**SP7-1 : Prix de recherche Gisèle Guilbaud 2014 : Dextrométhorphan dans la prise en charge des douleurs neuropathiques chimio-induite**

E. Martin<sup>(1)</sup>

(1) Clermont-Ferrand, France

Le traitement du cancer du sein par chimiothérapie anticancéreuse entraîne souvent des douleurs neuropathiques au niveau des extrémités]. De plus, il est aujourd'hui montré que les chimiothérapies anticancéreuses induisent des troubles des fonctions cognitives chez 15-75% des patients[1]. Ce phénomène dénommé « chemobrain » est observé dans différents domaines incluant la mémoire, le langage, les capacités d'attention et de concentration et la fonction motrice[2,3]. Chez les patientes atteintes d'un cancer du sein, la persistance de ces phénomènes douloureux et cognitifs conduit alors à une altération de leur qualité de vie. Le dextrométhorphan, un antagoniste des récepteurs au N-méthyl-D-aspartate (NMDA), a montré son efficacité antalgique dans le diabète et la douleur post-opératoire mais n'a pas été étudié dans les douleurs neuropathiques chimio-induites. Méthodes: Cet essai clinique randomisé, en double-aveugle, en groupes parallèles, contrôlé versus placebo vise à évaluer pour la première fois si le dextrométhorphan pourrait diminuer l'intensité des douleurs neuropathiques chimio-induites chez 40 patientes, 20 dans chaque groupe ( $\alpha = 0,05$  ;  $\beta = 0,10$ ,  $\delta = 1,6$  ; écart-type = 1,5), traitées pour un cancer du sein. A l'inclusion, la douleur, la qualité de vie, le statut cognitivo-émotionnel et la motricité fine des patientes sont évalués par les questionnaires EN, DN4, QDSA, EORTC-QLQ C30, HAD, FACT-Cog et les tests psychométriques TMT, DSST et Purdue Pegboard. Afin de préciser les variations d'efficacité antalgique du dextrométhorphan, une prise de sang est réalisée pour étudier le polymorphisme génétique responsable du métabolisme (CYP2D6 et CYP3A4) et de l'efflux (MDR1) du dextrométhorphan. Un mois après la prise de dextrométhorphan (S1 : 30mg/j ; S2 : 60mg/j ; S3 et S4 : 90mg/j) les mêmes tests et questionnaires ainsi que le dosage plasmatique et urinaire du dextrométhorphan sont réalisés. Résultats préliminaires: A ce jour, 12 patientes ont été incluses dans l'étude et les résultats définitifs seront disponibles à la fin de l'étude prévue en Novembre 2016. L'analyse principale se fera en intention de traiter au moyen d'un test de Student ( $\alpha = 0,05$ ), l'analyse des critères de jugement secondaires se fera par ANOVA suivies d'un test post-hoc de Tukey-Kramer et par modèles mixtes. Conclusion: Cet essai clinique permettra d'évaluer si le dextrométhorphan pourrait être une option thérapeutique pour les douleurs neuropathiques chimio-induites du cancer, douleurs qui sont aujourd'hui encore difficiles à soulager. L'étude de l'influence de la pharmacogénétique, sur l'efficacité du dextrométhorphan permettra de proposer une stratégie prédictive de la réponse au dextrométhorphan.

**Bibliographie**

[1] Vandenbossche, S., Fery, P. & Razavi, D. [Cognitive impairments and breast cancer: a critical review of the literature]. *Bull. Cancer (Paris)* 96, 239–248 (2009). [2] Biglia, N. et al. Objective and self-reported cognitive dysfunction in breast cancer women treated with chemotherapy: a prospective study. *Eur. J. Cancer Care (Engl.)* 21, 485–492 (2012). [3] Le Fel, J. et al.



*Impact des traitements en cancérologie sur les fonctions cognitives: le point de vue des patients, leur attente et leur souhait de participer à des ateliers de rééducation cognitive. Bull. Cancer (Paris) 100, 223–229 (2013).*

## Séances parallèles - Recherche translationnelle: sur la voie tracée par Jean-Marie Besson

### SP7-2 : Avec Jean-Marie : la sérotonine, les neuropeptides et surtout l'amitié

M. Hamon<sup>(1)</sup>

(1) INSERM U894 - CPN, Paris, France

C'est à la fameuse U161 de l'INSERM, créée et dirigée par Jean-Marie Besson pendant 28 ans, qu'a été mise en évidence pour la première fois l'influence modulatrice des voies bulbo-spinales sur la neurotransmission des signaux nociceptifs au niveau des cornes dorsales. Mon groupe a ensuite eu la chance d'être associé à cette thématique dans le cadre d'une collaboration féconde et amicale qui a conduit à montrer le rôle clé de la 5-HT dans l'effet antalgique de l'activation des voies descendantes déclenchée par la stimulation électrique directe du noyau raphé magnus chez le rat (1). En fait, la collaboration étroite, confiante et chaleureuse avec Jean-Marie et coll. s'est poursuivie bien au delà de cette thématique, pendant toute la vie de l'U161 (jusqu'en 2003), avec notamment l'étude de l'implication de divers neuropeptides dans la nociception (2) et dans les phénomènes neuroplastiques associées aux douleurs neuropathiques (3). Aujourd'hui, ces thématiques sont toujours d'actualité, avec des approches certes renouvelées du fait de progrès techniques majeurs, mais avec des schémas de pensée qui doivent encore beaucoup aux conceptions initiées et développées par Jean-Marie. Ainsi, grâce à la microinjection directement dans le complexe raphé magnus-noyau paragigantocellaire latéral au niveau bulbaire d'un lentivirus recombinant exprimant la séquence anti-sens de l'ARNm codant la tryptophane hydroxylase 2, nous avons pu réaliser la déplétion sélective de la 5-HT dans les cornes dorsales et montrer la réalité du contrôle physiologique exercé par les voies sérotoninergiques bulbo-spinales sur la douleur inflammatoire et la douleur neuropathique chez le rat (4). De plus, la sélectivité optimisée des ligands agonistes et antagonistes a permis de mettre en évidence le rôle clé des récepteurs 5-HT7 spinaux dans l'action anti-allodynique et anti-hyperalgésique de la 5-HT libérée de ces projections sérotoninergiques descendantes chez le rat mononeuropathique porteur de ligatures sur un nerf sciatique (5). Au contraire, l'activation des récepteurs 5-HT2A et 5-HT3 spinaux semble promouvoir les manifestations comportementales nocifensives dans divers modèles murins de douleurs neuropathiques. Ainsi, la très grande hétérogénéité pharmacologique et fonctionnelle des 7 classes distinctes de récepteurs 5-HT pourrait-elle constituer un obstacle au développement d'une stratégie de traitement sérotoninergique des douleurs, à moins qu'on puisse envisager une polythérapie rationnelle en associant des agonistes de récepteurs « antalgiques » et des antagonistes de récepteurs « proalgiques » (par exemple un agoniste 5-HT7 + un antagoniste 5-HT3). J'aurais tellement aimé connaître le point de vue de Jean-Marie...

#### **Bibliographie**

[1] Bourgoin S., Oliveras, J.L., Bruxelles, J., Hamon, M., Besson J.M. (1980) Electrical stimulation of the nucleus raphe magnus in the rat. Effects on 5-HT metabolism in the spinal cord. *Brain Res.* 194(2) : 377-89. [2] Cesselin F., Oliveras, J.L., Bourgoin, S., Sierralta F., Michelot, R., Besson, J.M., Hamon, M. (1982) Increased levels of met-enkephalin-like material in the CSF of anaesthetized cats after tooth pulp stimulation. *Brain Res.* 237(2) : 325-38. [3] Pohl M., Benoliel J.J., Bourgoin S., Lombard M.C., Mauborgne A., Taquet H., Carayon A., Besson J.M., Cesselin F., Hamon M. (1990) Regional distribution of calcitonin gene-related peptide-, substance P-, cholecystokinin-, Met5-enkephalin- and dynorphin A(1-8)-like materials in the spinal cord



and dorsal root ganglia of adult rats : effects of dorsal rhizotomy and neonatal capsaicin. *J. Neurochem.* 55(4) : 1122-30. [4]  
Gautier A., Salam S., Kayser V., Hamon M., Vodjdani G., Bernard J.F. (2013) Inactivation of B3 serotonergic neurons by RNA interference : effects on the descending control of nociception in the rat. *Soc. (Fr.) Neurosci. (Lyon, mai 2013)*, Abst P1.144 5  
– Viguier F., Michot B., Kayser V., Bernard J.F., Vela J.M., Hamon M., Bourgoin S. (2012) GABA, but not opioids, mediates the anti-hyperalgesic effects of 5-HT7 receptor activation in rats suffering from neuropathic pain. *Neuropharmacology* 63(6) :1093-106.



**Séances parallèles** - Recherche translationnelle: sur la voie tracée par Jean-Marie Besson

**SP7-3 : Mécanismes d'action des antalgiques, les découvertes des années 1970-1980 ont-elles tenu leurs promesses ?**

A. Eschali<sup>(1)</sup>

(1) Université d'Auvergne faculté de médecine, Clermont Ferrand, France

En attente

**Séances parallèles - Recherche translationnelle: sur la voie tracée par Jean-Marie Besson**

### **SP7-4 : Etudes des mécanismes de régulation centrale de la douleur : apport de la recherche fondamentale**

L. Villanueva<sup>(1)</sup>

(1) INSERM, Université Paris Descartes UMR 894, Centre de Psychiatrie et Neurosciences, Paris, France

Jean-Marie Besson a participé directement à des révolutions conceptuelles ayant modifié en profondeur notre compréhension des mécanismes de la douleur. Les travaux de son laboratoire sur les systèmes de régulation centrale de la douleur ont contribué à rendre obsolète le vieux débat entre les écoles dites "spécifistes" et "non-spécifistes". Les premières défendaient l'existence de nocicepteurs périphériques et des circuits ascendants labellisés, activés seulement par des stimuli douloureux, lesquels provoqueraient de manière inéluctable la sensation douloureuse. Pour les autres, la perception de la douleur dépendait non seulement de la stimulation nociceptive mais également de la mise en jeu de puissants mécanismes de régulation centrale. Le laboratoire de Jean-Marie Besson a montré que les mécanismes de régulation centrale étaient activés notamment par des stimuli douloureux. Ces données issues de la recherche fondamentale ont été transférées à la recherche clinique et ont ainsi permis de comprendre que la perception de la douleur résulte des interactions entre systèmes de régulation centrale, ascendants et descendants. L'existence des voies de transduction spécifiques des stimuli nociceptifs montre le haut niveau de spécialisation des nocicepteurs périphériques. Ceux-ci représentent le premier site du système d'alarme de l'organisme. Par ailleurs, la mise en jeu des mécanismes de sensibilisation centrale par une grande variété de stimuli (douloureux mais également non-douloureux, tels que le stress) permet de comprendre pourquoi certains états de douleur chronique n'impliquent pas l'activation des nocicepteurs. La rythmicité biologique a un impact majeur sur la régulation centrale. Ces interactions pourraient expliquer la variabilité des douleurs ressenties par des patients douloureux chroniques. Outre leur rôle dans l'élaboration de la sensation douloureuse, de très nombreux travaux issus de la recherche translationnelle indiquent que des perturbations des systèmes de régulation jouent un rôle majeur dans la physiopathologie de nombreux syndromes douloureux chroniques. Des dérèglements des systèmes de régulation centrale pourraient constituer un élément clé de la physiopathologie de certaines douleurs dites "dysfonctionnelles", comme celles associées à la fibromyalgie, au syndrome de l'intestin irritable ou encore aux céphalées chroniques quotidiennes. Ces douleurs résulteraient d'une véritable pathologie des systèmes endogènes de modulation de la douleur (1, 2, 3).

#### **Bibliographie**

[1] *The pain system in normal and pathological states: a primer for clinicians. Symposium in the honor of Jean-Marie Besson.* L Villanueva, AH Dickenson, H Ollat (eds.), IASP Press, 2004; ISBN-13: 978-0931092534. [2] Villanueva L, Nosedà R (2013) *Trigeminal mechanisms of nociception.* In : *Textbook of Pain*, M. Koltzenburg, S. McMahon (eds.), Elsevier, pp. 793-802. [3] Bourgeois L, Arreto CD, Robert C, Villanueva L (2014) *Brain network dysfunctions as substrates of pain disorders: translational impact of animal studies.* In: *Pain 2014: Refresher Courses, 15th World Congress on Pain*, Raja SN, Sommer CL (eds.), IASP Press, pp. 419-430.



**Séances parallèles** - Recherche translationnelle: sur la voie tracée par Jean-Marie Besson

**SP7-5 : De la recherche expérimentale aux applications cliniques : pourquoi est-ce si difficile ?**

*D. Bouhassira<sup>(1)</sup>*

(1) Hôpital Ambroise Paré, Boulogne Billancourt

Nous avons assisté au cours des deux dernières décennies à une véritable explosion de la recherche expérimentale dans le domaine de la douleur. Ces travaux ont permis d'identifier un grand nombre de nouvelles cibles potentielles pour le développement de nouveaux analgésiques. Cependant, malgré des investissements considérables, tant privés que publics, ces travaux n'ont pas encore débouché sur la mise sur le marché de nouvelles classes thérapeutiques. Les facteurs susceptibles d'expliquer les difficultés associées à l'application clinique des données expérimentales seront discutés au cours de cette présentation.

## Séances parallèles - Actualités en rhumatologie

### SP8-1 : Nouveaux critères diagnostiques de fibromyalgie

F. Laroche<sup>(1)</sup>

(1) Hôpital Saint-Antoine, Paris, France

La fibromyalgie fait beaucoup parler d'elle et suscite encore débats et controverses en 2015. Pourtant il n'est plus question de remettre en cause ce syndrome si facilement reconnaissable (même si le diagnostic est aussi posé avec excès). Le modèle biopsychosocial permet de comprendre et prendre en charge de façon plus globale, toutes les maladies chroniques et évite la mise en échec des patients et des soignants. La fibromyalgie est un syndrome fréquent qui touche surtout les femmes qui rapportent des douleurs chroniques, diffuses, musculaires, tendineuses et/ou articulaires. Ces douleurs sont associées à, des céphalées de tension, des troubles fonctionnels intestinaux, des symptômes génito-urinaires, des acouphènes, des douleurs de l'articulation temporo-mandibulaire des paresthésies distales .... On parle de troubles somatoformes, définis par des symptômes fonctionnels sans lésion tissulaire. Les critères diagnostiques de l'American College of Rheumatology (ACR 1990) se sont affinés en 2010 - 2011 et permettent désormais de mieux appréhender les symptômes dans leur globalité et leur sévérité. Les comorbidités émotionnelles et cognitives sont très fréquentes. (troubles anxieux, dépression, catastrophisme, hypervigilance, manque de flexibilité, sentiment d'injustice, troubles de concentration et de mémoire). La sensibilisation du système nerveux central est l'hypothèse physiopathologique la plus consensuelle. Les symptômes surviennent sur un terrain favorisant, sont favorisés par des facteurs précipitants (éventuellement) et entretenus et/ou aggravés par des facteurs d'entretien. Différents traitements médicamenteux antalgiques classiques et psychotropes (antiépileptiques et antidépresseurs) ont montré leur efficacité. Des recommandations internationales actualisées sont disponibles. Elles font consensus sur la prise en charge, qui doit être multimodale et faire appel à des traitements médicamenteux d'action centrale, associés à des approches psycho-physiques et éducatives. L'éducation des patients, comme pour toute pathologie chronique, est donc indispensable.

#### **Bibliographie**

Arnold L, Clauw D, McCarberg B, and for the FibroCollaborative. Improving the recognition and diagnosis of fibromyalgia. *Mayo Clin Proc* 2011; 86: 457-64. Clauw D. Fibromyalgia. A clinical review. *JAMA* 2014; 311: 1547-55 Fitzcharles M, Ste Marie P, Goldenberg D et al. National Fibromyalgia Guideline Advisory Panel 2012: Canadian guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia syndrome : executive summary. *Pain Res Manag* 2013; 18: 119-26 Häuser W, Thieme K, Turk D. Guidelines on the management of fibromyalgia syndrome – a systematic review. *Eur J Pain* 2010; 14: 5-10 Laroche F. Fibromyalgie EMC 2014 (15-916-A-10); 9: 1-8 Perrot S, Bouhassira D, Fermanian J; Cercle d'Etude de la Douleur en Rhumatologie. Development and validation of the Fibromyalgia Rapid Screening Tool (FIRST). *Pain*. 2010;150: 250-6. Wolfe F, Clauw D, Fitzcharles M, Goldenberg D, Häuser W, Katz R, Mease P, Russel A, Russel I, Winfield J. Fibromyalgia criteria and severity scales for clinical and epidemiological studies: a modification of the ACR preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia. *J Rheumatol* 2011; 38: 1113-22.

## Séances parallèles - Actualités en rhumatologie

### SP8-2 : Nouvelles visions des spondyloarthrites

P. Vergne-salle<sup>(1)</sup>

(1) CHU de Limoges, Limoges, France

Les spondyloarthrites sont des rhumatismes inflammatoires dont la définition et les concepts ont beaucoup évolué ces dernières années. L'évolution des concepts s'est faite vers un regroupement d'entités à expression rhumatologique dominante, mais non exclusive, aboutissant à une nouvelle nosologie et sémantique (1). De façon parallèle, les progrès de l'imagerie ont permis de faire un diagnostic plus précoce avec la détection des lésions inflammatoires à l'IRM des articulations sacroiliaques et rachidienne, mais aussi avec l'échographie des enthèses (2). Cette avancée a permis de raccourcir le délai diagnostique qui était en moyenne de 7 ans entre le début des symptômes et l'apparition des signes radiographiques classiques de révélation tardive. Ainsi, les critères diagnostics ont évolué passant des critères d'Amor et des critères européens aux critères ASAS (Assessment of spondyloarthritis international society) intégrant les données de l'IRM (1). De nouvelles données immunopathologiques sont apparues, ainsi que de nouveaux traitements. Les biothérapies par anti-TNF ont modifié considérablement la fonction et la qualité de vie des patients. Des recommandations et des stratégies de prise en charge ont été dégagées avec l'expérience de ces traitements, initialement indiqués dans les spondyloarthrites radiographiques, puis ensuite non radiographiques (3). Si tous ces progrès ont conduit à une prise en charge plus précoce et plus efficace, il existe néanmoins des risques de « sur-diagnostic » dans certains tableaux douloureux chroniques comme la fibromyalgie. Les critères ASAS qui sont plutôt des critères de classification que purement diagnostics sont en pleine évolution avec une amélioration des performances dans un avenir prochain pour faire face aux différentes limites en pratique clinique quotidienne.

#### **Bibliographie**

- [1] Kemta Lekpa F, Claudepierre P. Spondylarthrite, du diagnostic à la nosologie : critères et limite. *Rev Rhum* 2014 ; 81: 218-24. [2] Loeuille D, Chary-Valckenaere I. Intérêt de l'IRM pour l'évaluation de la spondyloarthrite. *Rev Rhum* 2014 ; 81 : 253-57. [3] Wendling D. Stratégie de prise en charge de la spondyloarthrite. *Rev Rhum* 2015 ; 82 : 60-2.

## Séances parallèles - Actualités en rhumatologie

### SP8-3 : Recommandations OARSI de prise en charge de l'arthrose : gonarthrose et coxarthrose

P. Bertin<sup>(1)</sup>

(1) CHU Limoges, Limoges, France

La pathologie arthrosique est très fréquente, source de douleurs et de handicap. De nouvelles recommandations internationales (OARSI) concernant la prise en charge des patients arthrosiques ont été élaborées en 2014. Celles -ci seront développées et comparées aux recommandations antérieures. Une analyse critique sera faite dans le but de mettre en perspective l'application au quotidien de ces recommandations.

#### **Bibliographie**

*Osteoarthritis and Cartilage* 22 (2014) 363e388 OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis T.E. McAlindon y\*, R.R. Bannuru y, M.C. Sullivan y, N.K. Arden z, F. Berenbaum xk, S.M. Bierma-Zeinstra{, G.A. Hawker#, Y. Henrotinyzz, D.J. Hunterxx, H. Kawaguchikk, K. Kwoh , S. Lohmander , F. Rannou y, E.M. Roos z, M. Underwood.



**Séances parallèles** - Forum sciences humaines : La réanimation psychique du douloureux :  
Image-Compassion-Hypnose

**SP9-1 : Transformer la douleur en image, évolution de la représentation de la douleur au cinéma, 1895-2015**

*R. Hamus-vallée*<sup>(1)</sup>

(1) Université d'Evry, Evry, France

Comment les films cinématographiques peuvent-ils représenter la douleur ? Une première réponse consiste à donner une image extérieure de la douleur, via un acteur interprétant un personnage souffrant. A côté de cette première façon de faire, dominante, existe depuis quasiment la naissance du cinéma une autre voie consistant à représenter la sensation de douleur ressentie par un personnage via des images plus ou moins métaphoriques de cette douleur. Des petits diables venant creuser la tête d'un personnage en pleine céphalée aux visions subjectives floues d'un personnage malade, le cinéma déploie un langage visuel particulièrement riche pour tenter de décrire les sensations, afin que le spectateur comprenne ce que ressent, intimement, le personnage. Enfin, un dernier axe consiste, dans certains cas plus rares, à faire partager cette douleur au spectateur, via des expériences auditives ou visuelles le plongeant dans une position plus qu'inconfortable. Cette intervention retracera l'histoire de cette représentation de la douleur au cinéma, en questionnant ce que peut apporter le cinéma à la compréhension de la douleur. C'est bien la question de l'empathie qui est en jeu ici, celle du spectateur face à ces images, extérieures ou intérieures, de la douleur.

## Séances parallèles - Forum sciences humaines : La réanimation psychique du douloureux : Image-Compassion-Hypnose

### SP9-2 : La compassion pas à pas

*P. Delamillieure<sup>(1)</sup>*

(1) CHU de Caen, Caen, France

Comprendre notre esprit et en atténuer les souffrances demeurent deux enjeux majeurs de la psychologie clinique et de la psychothérapie moderne. La compassion dans son acceptation traditionnelle constitue à la fois une prédisposition à la perception et à la reconnaissance de la douleur d'autrui ainsi qu'une disposition à la soulager. De nombreuses études ont montré les liens entre composantes psychologique négatives (cognitions, émotions perturbatrices) et le retentissement de diverses affections somatiques chroniques ou non. Des études dans le champ de la psychologie ont également objectivé des liens entre développement de la pleine conscience, acceptation, amélioration de la flexibilité mentale, capacité à être bienveillant et compassionné envers soi-même et la douleur et ses retentissements. La compassion pas à pas en thérapie sera abordée sous l'angle de deux approches thérapeutiques intégrées que sont : - D'une part, la Thérapie Focalisée sur la Compassion (CFT), élaborée par le Pr Paul Gilbert (Gilbert, 2000, 2010) ; Il s'agit d'une approche psychothérapique intégrée multimodale prenant en considération l'être humain de manière globale, dans toutes ses dimensions : psychique (en particulier, cognitive et émotionnelle), physique, sociale et de pleine conscience. Elle constitue une synthèse inédite de la psychologie occidentale, du bouddhisme (méditation en pleine conscience) et des neurosciences. Les principes clés de cette thérapie reposent sur un travail sur les points suivants : honte et autocritique (dont on sait qu'elles sont souvent très présentes chez les patients douloureux chroniques), systèmes de régulation des émotions dominant notre rapport à soi et au monde (système centré sur la menace, système centré sur les conduites / pulsions / besoins et système centré sur l'apaisement). - D'autre part, la Mindfulness Basée sur la Compassion et l'Insight (MBCI), qui complète la TFC en mettant l'accent sur la pleine conscience (Mindfulness), l'acceptation, la compassion et l'insight qui constituent le cœur de cette approche novatrice permettant d'améliorer le rapport à soi et au monde. L'utilisation de la compassion en imagerie mentale constitue ainsi une part importante de l'intervention thérapeutique avec la méditation Pleine Conscience. La thérapie axée sur la compassion permet de prendre conscience que les pensées et images peuvent agir comme des stimuli externes, activant différentes parties du cerveau. Cette approche thérapeutique vise ainsi à avoir un impact sur les troubles anxieux, dépressifs (impact sur les symptômes résiduels, prévention) mais aussi sur les pensées autocritiques, l'estime de soi, sources de vulnérabilité des patients.



## Séances parallèles - Forum sciences humaines : La réanimation psychique du douloureux : Image-Compassion-Hypnose

### SP9-3 : L'hypnose et le pouvoir de rêver

A. Violon<sup>(1)</sup>

(1) Bruxelles, Belgique

La douleur possède une redoutable capacité d'absorption de la conscience, face à laquelle les techniques de détournement de l'attention se révèlent efficaces. Par la musique ou la vidéo, le dentiste permet au patient d'être ailleurs. Pendant l'intervention chirurgicale, l'anesthésiste praticien d'hypnose emmène l'opéré dans un beau voyage et l'accompagne de sa voix calme et rassurante. La douleur chronique, quant à elle, a le pouvoir de figer l'être et de rétrécir sa vie. Incompréhension et désarroi contribuent à la perpétuer. Après avoir préparé le terrain, l'hypnothérapeute peut réveiller chez le patient le pouvoir de rêver pour le libérer de sa condition douloureuse(1). En auto-hypnose, loin du tourment de son corps tant opéré, Jocelyne se ménage des espaces de liberté infinis et rejoint la bienheureuse île sans douleur (2,3). Amanda s'échappe de la douleur du cancer terminal en volant avec les ailes qu'en esprit elle a créés. Le jeune brûlé, fasciné par le jeu vidéo, laisse l'infirmière changer ses pansements sans trop s'en préoccuper. Torturé par la peur des autres et des spasmes digestifs qui le mettent au supplice, Georges apprend à se détendre, à se projeter en confiance dans l'avenir et chemin faisant, il se voit avec agrément, en pleine nature, s'élever au-dessus d'arbres magnifiques(4). En hypnose, Loïc, le petit migraineux, va surfer sur la neige ou plonger joyeusement dans la piscine de ses vacances. Il y laisse ses soucis et en ramène la bienfaisante fraîcheur de la tête. Voyager dans un passé ou un futur sans douleur, dans un endroit bienfaisant plein de ressources, se dédoubler, voler, se dissocier de la douleur ou de l'endroit douloureux, se transformer(5), autant de possibilités thérapeutiques fécondées par l'hypnose.

#### **Bibliographie**

[1] Violon Anita, 1996. *Vaincre la migraine. Médicaments, relaxation, hypnose*. Editions Desclée de Brouwer [2]Paderi Jocelyne, 2004. *A la douleur du jour*. Coëtquen Editions [3]Violon Anita et Jocelyne Paderi, 2010. *Guide du douloureux chronique. J'ai mal et je vais bien*. Editions Desclée de Brouwer [4]Violon Anita. *Intégrer l'hypnose en psychothérapie de la douleur*. *Douleur analg.*(2011) 24: 28-37 5-Le Clézio J.M.G.,1965. *Le jour où Beaumont fit connaissance de sa douleur*. Editions Mercure de France, Gallimard.



**Séances parallèles** - Forum sciences humaines : La réanimation psychique du douloureux :  
Image-Compassion-Hypnose

**SP9-4 : Prix de recherche SFETD-Fondation APICIL 2014. Présentation de l'avancée des travaux. La chirurgie de scoliose idiopathique chez l'adolescent ; bénéfiques d'une prise en charge pluridisciplinaire sur la douleur et la qualité de vie**

D. Cayzac<sup>(1)</sup>

(1) Toulouse, France

A l'Hôpital des Enfants du CHU de Toulouse, un groupe de travail pluri-disciplinaire associant soignants, kinésithérapeute, chirurgiens, équipe de prise en charge de la douleur réfléchit depuis plusieurs années à l'amélioration de la prise en charge globale de la chirurgie de la scoliose. C'est dans cette dynamique que ce projet de recherche a émergé. Après avoir dépassé l'ensemble des contraintes et obstacles inhérents à la réalisation d'un tel projet (Comité d'Éthique, déclaration à la CNIL...) l'étude SQUAD (Scoliose et Qualité de vie des Adolescents) a enfin pu débuter le 04 septembre 2015. Les adolescents et leurs parents sont avertis initialement de l'étude par les chirurgiens. Toutes les informations et non-opposition leur sont envoyées. Leur participation figure dans le dossier médical. Des questionnaires d'anxiété (STAI de Spielberger) 1, de qualité de vie (Echelle SRS 22) 2, un bilan kinésithérapique et un entretien psychologique sont réalisés. Ces entretiens seront analysés avec l'aide du laboratoire de recherche EFTS (Education, Formation, Travail, Savoirs) de la faculté de Toulouse Jean-Jaurès grâce à la méthode ALCESTE © 3. Même si les résultats statistiques ne sont pas encore disponibles, des tendances émergent. En effet, les principaux facteurs qui interviennent dans la prise de décision opératoire des jeunes sont : pour l'avenir, pour l'esthétique (même si ce paramètre n'est pas d'emblée évoqué). La peur de la raideur après l'opération, les risques opératoires sont les principales inquiétudes des jeunes. Aussi la peur de se sentir limités dans leurs activités et de ne pas pouvoir mener une vie normale est au centre de leurs inquiétudes. La peur de la douleur est principalement évoquée pour l'hospitalisation. Dans les premiers entretiens, la douleur pré-chirurgicale rapportée par les adolescents semblait plus fréquente et invalidante que ce à quoi nous nous attendions. Les attentes par rapport à la chirurgie sont d'augmenter leur taille, de ne plus ressentir de douleur et d'anticiper des problèmes de santé à l'âge adulte. Les adolescents rapportent souvent un sentiment de culpabilité : Celui de ne pas avoir perçu leur scoliose ou de ne pas avoir été suffisamment compliant au port du corset. Les inclusions doivent se poursuivre 24 mois et nous espérons atteindre 120 patients. L'analyse collective, pluridisciplinaire de l'ensemble des données nous permettra d'adapter le parcours médico-chirurgical de ces adolescents dans le but de limiter la douleur et d'améliorer la qualité de vie autour de cette chirurgie lourde à une période complexe du développement.

**Bibliographie**[1] Spielberger CD. *Manual for the State Trait Anxiety Inventory (form Y)*. Consulting Psychologists Press, 1983. Palo Alto, Ca. [2] Lonjon G, Ilharreborde B, Odent T, et al. *Reliability and validity of the french-canadians version of the scoliosis research society 22 questionnaire in France*. *Spine* 2014;39: E26-E34 [3] Alceste © (La Classification Hiérarchique Descendante – CHD et l'Analyse Factorielle de Correspondance - AFC).

**Séances parallèles** - Douleur chronique de l'enfant et de l'adolescent : focus sur le SDRC type 1

**SP10-1 : Multimodal pain management program for children and adolescents with chronic pain. The education cartoon for children with chronic pain: Understanding pain and what's to be done about it...in 10 minutes**

B. Zernikow<sup>(1)</sup>

(1) Université Witten/Herdecke, Datteln, Allemagne

The talk is divided into two parts. In part 1 Complex Regional Pain Syndrome (CRPS) in children and adolescents will be focused. CRPS remains a disorder with uncertain pathophysiology, unpredictable clinical course, and unclear treatment. The talk aims to synthesize the current evidence a) on the role of psychological etiological factors and b) on the effectiveness of invasive treatments for CRPS in children and adolescents. It will close with a description of a multimodal treatment approach. In part 2 of the lecture the audience will be presented an education cartoon on chronic functional pain in children and adolescents that is available free of charge on youtube in more than 20 different languages (French included).

#### **Bibliographie**

Wager J, Brehmer H, Hirschfeld G, Zernikow B. Psychological distress and stressful life events in pediatric complex regional pain syndrome. *Pain Res Manag* 2015 Jul-Aug;20(4):189-94. Zernikow B, Wager J, Brehmer H, Hirschfeld G, Maier C. Invasive treatments for complex regional pain syndrome in children and adolescents: a scoping review. *Anesthesiology* 2015 Mar;122(3):699-707 Hechler T, Ruhe AK, Schmidt P, Hirsch J, Wager J, Dobe M, Kruppenauer F, Zernikow B. Inpatient-based intensive interdisciplinary pain treatment for highly impaired children with severe chronic pain: randomized controlled trial of efficacy and economic effects. *Pain*. 2014 Jan;155(1):118-28.

## Séances parallèles - Douleur chronique de l'enfant et de l'adolescent : focus sur le SDRC type 1

### SP10-2 : Présentations de vidéos d'information sur le SDRC type 1 à destination des enfants, de leurs familles et des professionnels

A. Suc<sup>(1)</sup>, E. Equipe<sup>(1)</sup>

(1) Toulouse, France

Le Syndrome Douloureux Régional Complexe (SDRC) , autrefois intitulé algodystrophie est une pathologie fréquemment rencontrée dans le cadre des Consultations Douleurs Pédiatriques de prise en charge complexe. D'étiologie plurifactorielle et mal connu des professionnels de santé dans sa forme pédiatrique, son diagnostic est souvent retardé, donnant lieu à un certain nombre d'exams et de consultations médicales inutiles et une angoisse accrue du patient et de sa famille. Les professionnels de l'Hôpital des Enfants du CHU de Toulouse ont mis en place un groupe de réflexion pluridisciplinaire associant Orthopédistes, Rhumatologues, Médecins de la Douleur, Pédopsychiatres, Psychologues, Kinésithérapeutes pour homogénéiser et coordonner leurs pratiques. Conscients des difficultés de communication qu'ils rencontraient autour de cette pathologie, tant auprès des enfants et de leurs familles qu'au niveau de leurs collègues, et après avoir fait une enquête rétrospective auprès de leurs patients, ils ont sollicité le soutien de la Fondation APICIL pour réaliser avec l'aide de professionnels de la communication et de l'audiovisuel ; deux vidéos d'informations : Une destinée aux enfants /adolescents et aux familles et une aux professionnels de santé . Un des objectifs de la première vidéo sera de répondre au besoin des enfants et adolescents concernés d'avoir des informations claires sur cette pathologie, ses origines, les facteurs favorisants repérés et les thérapeutiques envisagées. Le principal message que nous souhaitons leur transmettre sera qu'il est essentiel pour leur guérison qu'ils puissent remobiliser de façon progressive et avec toutes les formes de soutien possible le membre douloureux le plus rapidement possible. Le concept d'équipe pluridisciplinaire et la nécessité absolue d'une prise en charge multifocale sera également explicité. Une seconde vidéo sera réalisée pour les professionnels de santé afin d'aider au diagnostic plus rapide de cette pathologie, limiter les explorations inutiles, et contribuer à l'indispensable création d'une équipe de soin autour de ces enfants, dans les limites, la connaissance et le respect du travail des autres. La collaboration entre équipes de soins pluri-pluridisciplinaires et professionnels de la communication devrait contribuer à rendre cet outil attractif, adapté aux différents publics ciblés. Nous espérons qu'ils permettront une prise en charge et une évolution plus rapide de cette pathologie complexe.

#### **Bibliographie**

Harden N, Bruelh S, Stanton-Hicks M, Wilson MB : Proposed new criteria for Complex Regional Pain Syndrome : Pain Medicine 8 :4 326-331 (2007) Sherry D, Wallace C, Kelley C, Kidder M, Sapp L : Short and Long Term Outcomes of children with CRPS Type I treated with Exercise Therapy . Clinical Journal of Pain 15 : 218-223 (1999).

## Séances parallèles - Douleur chronique de l'enfant et de l'adolescent : focus sur le SDRC type 1

### SP10-3 : Présentation de deux séries de patients

P. Delmon<sup>(1)</sup>S. Dugué<sup>(2)</sup>

(1) CHU Rouen, Rouen, France (2) Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur, Paris, France

Etude rétrospective de 69 dossiers d'enfants adressés en consultation de la douleur au cours des 3 années 2012-2014 pour Syndrome Douloureux Régional Complexe de type I. Tous les enfants ont colorié le schéma de leur douleur et complété le QDSA à partir de 11 ans. L'anamnèse et l'examen sont colligés sur un document de synthèse reprenant les critères diagnostiques (Budapest (1)) permettant une analyse rétrospective objective. La douleur était localisée pour 50 enfants excluant le diagnostic de SDRC. Les 19 enfants restant présentaient une douleur diffuse d'un membre disproportionnée en intensité et étendue à tout événement initiateur. Pour 11 enfants, au moins 3 sur 4 des critères d'anamnèse (sensoriel, vasomoteur, sudomoteur, moteur) sont retrouvés et au moins 2 sur 4 constatés à l'examen confirmant le diagnostic. Ce groupe présente moins de comorbidités douloureuses, de troubles anxieux et de troubles du sommeil préexistants mais plus d'impotence fonctionnelle totale, une EVA spontanée plus élevée (65 VS 42 mm) que les 8 enfants présentant un SDRC incomplet ou apparenté. Faits déjà constatés dans d'autres études(2) . La scintigraphie ne contribue pas au diagnostic(3) et déstabilise la famille. Le traitement comprend toujours le premier mois une rééducation après analgésie (Ibuprofène), désensibilisation de proximité, réassurance éventuellement complétée d'un soutien psychologique. Aucun critère ne permet de prédire le caractère rebelle de la douleur à un traitement de première ligne bien mené. Les enfants sont examinés après 1 mois d'évolution. En l'absence d'évolution favorable 2 des 11 enfants ont bénéficié d'un cathéter péri nerveux sciatique pour 8 jours associé à une rééducation biquotidienne en milieu hospitalier avec évolution favorable sans récurrence à 1 an(4) . Dans une revue de littérature ces techniques invasives peinent à trouver leur juste place tant les études sont entachées de biais(5) . Cette stratégie conseillée par d'autres équipes pourrait être menée en ambulatoire avec l'aide d'une équipe multidisciplinaire(6) . Ces techniques invasives doivent être proposées avec plus de retenue lorsque le diagnostic de SDRC est incomplet ou que les dysfonctions psychosociales sont au premier plan. Le diagnostic incomplet est souvent lié au manque de critères objectifs d'examen d'un SDRC I en cours d'évolution favorable au moment de l'examen ou à des symptômes fonctionnels incitant à une grande prudence avant toute escalade thérapeutique. Une recherche scrupuleuse des critères diagnostiques d'anamnèse et d'examen devrait permettre d'identifier précocement les quelques patients qui bénéficieront d'une technique d'analgésie locorégionale associée à la rééducation.

### **Bibliographie**

[1] Validation of proposed diagnostic criteria (the "Budapest Criteria") for Complex Regional Pain Syndrome, R. Norman Harden,a,\* Stephen Bruehl,b Roberto S.G.M. Perez,c,d Frank Birklein,e Johan Marinus,d,f Christian Maihofner,g Timothy Lubenow,h Asokumar Buvanendran,h Sean Mackey,i Joseph Graciosa,a Mila Mogilevski,a Christopher Ramsden,a Melissa Chont,b and Jean-Jacques Vatine : *Pain* 2010 Aug; 150(2): 268–274. [2] Children and adolescents with complex regional pain



*syndrome : More psychologically distressed than other children in pain E Logan, S William, V Carullo, RL Claar, S Bruehl, C Berde [3] Analysis of pattern of three-phase bone scintigraphy for patients with complex regional pain syndrome diagnosed using the proposed research criteria (the Budapest criteria) [4] Douleurs chroniques et anesthésie locorégionale chez l'enfant C. Dadure, P. Marec, F. Veyckemans, H. Beloeil : Archives de Pédiatrie, 20, Issue 10, 2013, Pages 1149–1157 [5] Invasive Treatments for Complex Regional Pain Syndrome in Children and Adolescents, B Zernikow, J Wager, H Brehmer, G Hirschfeld, C Maier. Anesthesiology 2015; 122:699-707 [6] A Day-Hospital Approach to Treatment of Pediatric Complex Regional Pain Syndrome: Initial Functional Outcomes, Deirdre E. Logan, PhD, Elizabeth A. Carpino, M.A., Gloria Chiang, Ph.D., MGondon, E Firn, VJ. Gaughan, P.T. Hogan, M.D. Katie, P.T. Olson, S Sager, N Sethna, E. Simons, D Zurakowski Clin J Pain. 2012 ; 28(9).*

**Séances parallèles - Douleur chronique de l'enfant et de l'adolescent : focus sur le SDRC type 1**

**SP10-4 : Prise en charge du Syndrome douloureux régional complexe chez l'enfant : un programme de rééducation en hospitalisation de semaine pour réduire la douleur et l'impotence fonctionnelle.**

R. Heyman<sup>(1)</sup>

(1) Service de MPR enfants - Centre d'évaluation et de traitement de la douleur pédiatrique CHU Pontchaillou, Rennes, France

Les critères diagnostiques de l'Association Internationale pour l'Etude de la Douleur (IASP) du syndrome douloureux régional complexe (SDRC) ne sont pas validés chez l'enfant, uniquement chez l'adulte (1). Evoluant souvent de façon chronique, le SDRC est encore assez méconnu des pédiatres et des médecins rééducateurs, et reste source de nomadisme médical. Plusieurs études ont d'ailleurs mis en évidence un retard diagnostique fréquent. Le bilan paraclinique est le plus souvent normal et le diagnostic est essentiellement clinique. Les conséquences fonctionnelles et psycho-sociales n'en sont pas moins importantes avec retentissement sur la vie quotidienne, familiale et scolaire (2, 3, 4, 5). La composante psychologique est clairement établie chez l'enfant (6, 7, 8, 9). Le traitement n'est pas standardisé. Plusieurs études ont montré l'importance d'une prise en charge multidisciplinaire et intensive mais ces études n'étaient pas contrôlées (10, 3, 2, 11, 12, 8, 13, 14). Les études comparatives sur des programmes précis de rééducation sont rares (11). Un programme de rééducation intensive multidisciplinaire en hospitalisation de semaine est proposé au CHU de Rennes. Nos objectifs étaient d'évaluer l'efficacité de ce programme et d'apprécier chez l'enfant l'importance de l'utilisation des critères diagnostiques de l'IASP. Notre étude portait sur les enfants hospitalisés pour prise en charge d'un SDRC entre 2008 et 2015 dans le service de Médecine Physique et Réadaptation enfants du CHU de Rennes. Nous avons rétrospectivement décrit les caractéristiques des patients, l'évolution de la douleur et de l'impotence fonctionnelle entre le début et la fin du programme de rééducation. A l'entrée, 24 enfants réunissaient tous les critères de l'IASP. 37 avaient un SDRC dit « incomplet » (certains critères manquants mais absence d'autre diagnostic évoqué). Dans les 2 groupes, la douleur et l'impotence fonctionnelle avaient diminué significativement à la fin du programme de rééducation et à la consultation de suivi. Il s'agit de la première étude sur le SDRC pédiatrique comparant des enfants ayant tous les critères IASP à ceux ayant un SDRC « incomplet ». En conclusion, même en cas de SDRC incomplet, le programme de rééducation proposé au CHU de Rennes réduit la douleur et l'impotence fonctionnelle de manière significative.

**Bibliographie**

[1] Harden RN, Oaklander AL., Burton AW, Perez RS, Richardson K, Swan M, Barthel J, Costa B, Graciosa JR, Bruehl S. Complex regional pain syndrome: practical diagnostic and treatment guidelines, 4th edition. *Pain Med.*2013;14:180–229. [2] Brooke V, Janselewitz, S. Outcomes of children with complex regional pain syndrome after intensive inpatient rehabilitation. *PMRJ* 2012;4:349-354. [3] Logan DE, Carpino EA, Chiang G, Condon M, Finn E, Gaughan VJ, Hogan M, Leslie DS, Olson K, Sager S, Sethna N, Simons LE, Zurakowski D, Berde CB. A day-hospital approach to treatment of pediatric complex regional



pain syndrome: initial functional outcomes. *Clin J Pain* 2012;28:766–774. [4] Low AK, Ward K, Wines AP. Pediatric complex regional pain syndrome. *J Pediatr Orthop* 2007;27:567-572. [5] Murray CS, Cohen A, Perkins T, Davidson JE, Sills JA. Morbidity in reflex sympathetic dystrophy. *Archives of disease in childhood* 2000;82:231-233. [6] Simons LE, Smith A, Kaczynski K, Basch M. Living in fear of your child's pain: the Parent Fear of Pain Questionnaire. *Pain* 2015;156:694-702. [7] Bruehl S, An update on the pathophysiology of complex regional pain syndrome. *Anesthesiology* 2010; 113:713-725. [8] Kachko L, Efrat R, Ben Ami S, Mukamel M, Katz J. Complex regional pain syndromes in children and adolescents. *Pediatr Int* 2008;50:523-527. [9] Logan DE, Williams SE, Carullo VP, Claar RL, Bruehl S, Berde CB. Children and adolescents with complex regional pain syndrome: more psychologically distressed than other children in pain? *Pain Res Manag* 2013;18:87-93. [10] Bialocerkowski AE, Daly A. Is physiotherapy effective for children with complex regional pain syndrome type 1? *Clin J Pain* 2012;28:81-91. [11]. Lee BH, Scharff L, Sethna NF, McCarthy CF, Scott-Sutherland J, Shea AM, Sullivan P, Meier P, Zurakowski D, Masek BJ, Berde CB. Physical therapy and cognitive-behavioral treatment for complex regional pain syndromes. *J Pediatr* 2002;141:135-140. [12] Simons LE, Sieberg CB, Pielech M, Conroy C, Logan DE. What Does It Take? Comparing Intensive Rehabilitation to Outpatient Treatment for Children With Significant Pain-Related Disability. *J Pediatr Psychol* 2013;38:132-134. [13] Wilder RT. Management of pediatric patients with complex regional pain syndrome. *Clin J Pain* 2006;22:443-448. [14] Maillard SM, Davies K, Khubchandani R, Woo PM, Murray KJ. Reflex sympathetic dystrophy: a multidisciplinary approach. *Arthritis and rheumatism* 2004;51:284-290.

## Cours supérieurs - Douleurs pelvi-périnéales

### CS1-1 : Cliniques et thérapeutiques spécifiques, à partir de cas cliniques

J. Labat<sup>(1)</sup>

(1) Nantes, France

A propos d'une patiente consultant pour une douleur périnéale chronique nous discuterons des critères cliniques diagnostiques des névralgies périnéales et de l'algorithme thérapeutique qui peut être proposé. Les points clés qui doivent être retenus sont les suivants :

- 1/Le diagnostic de névralgie pudendale par syndrome canalaire repose sur des arguments cliniques (critères de Nantes) : Douleur prédominant dans le périnée. Douleur prépondérante en station assise. Douleur ne réveillant pas de façon habituelle la nuit. Douleur ne s'accompagnant d'aucune hypoesthésie superficielle. Positivité d'un bloc anesthésique du nerf pudendal, (nécessité de faire une évaluation chiffrée et écrite de la douleur en station assise juste avant et juste après le geste).
- 2/La névralgie clunéale inférieure (branche périnéale du nerf cutané postérieur de la cuisse) présente les mêmes caractéristiques avec des nuances : la douleur est avant tout ischiatique, les irradiations sont surtout latérales dans le pli génito fémoral (le bord du slip), le bloc anesthésique peut être réalisé dans la région ischiatique ou au niveau du ligament sacro épineux.
- 3/ il existe des drapeaux rouges ( cf topo de T Riant).
- 4/ la symptomatologie de névralgie pudendale (NP) est rarement isolée et s'accompagne souvent de troubles fonctionnels pelvi périnéaux (urinaires, digestifs et sexuels (dans 80% des cas)).
- 5/ la NP peut s'accompagner de signes de sensibilisation pelvienne (syndrome de vessie douloureuse, syndrome de l'intestin irritable, douleurs sexuelles) ou de signes évoquant des réactions musculaires (douleurs myofasciales des muscles obturateurs internes, piriformes, élévateurs de l'anus, dysurie fonctionnelle, dyschésie).
- 6/ les explorations électrophysiologiques du périnée ne sont pas spécifiques et manquent de sensibilité pour les rendre obligatoires au bilan.
- 7/ les infiltrations doivent être réalisées avec des anesthésiques locaux (indispensable au diagnostic), les corticoïdes n'ont pas montré d'efficacité supérieure aux anesthésiques locaux (dans tous les cas 26% des patients seulement sont améliorés de plus de 30% de leur douleur à 3 mois).
- 8/ le traitement est celui des douleurs neuropathiques : médicaments, TENS (à appliquer au niveau du nerf tibial), thérapeutiques psycho corporelles, importance d'une kiné spécifique.
- 9/ la chirurgie de libération du nerf pudendal est un traitement validé chez les patients de moins de 70 ans (72% des patients améliorés de plus de 30/100 à un an versus 12% en cas d'abstention chirurgicale).
- 10/ en cas d'échec de chirurgie on peut envisager des techniques de neurostimulation implantée au niveau du cône terminal (72% de patients améliorés d'au moins 50% de leur douleur).

#### Bibliographie

Labat JJ, Delavierre D, Sibert L, Rigaud J. Approche symptomatique des douleurs pudendales chroniques. *Prog Urol.* 2010;20:922-9. Robert R, Labat JJ, Bensignor M, Glemain P, Deschamps C, Raoul S et al. Hamel O. Decompression and transposition of the pudendal nerve in pudendal neuralgia: a randomized controlled trial and long-term evaluation. *Eur Urol.* 2005;47:403-8. Buffenoir K, Rioult B, Hamel O, Labat JJ, Riant T, Robert R. Spinal cord stimulation of the conus medullaris for refractory pudendal neuralgia: a prospective study of 27 consecutive cases. *Neurourol Urodyn.* 2015;34:177-82.

## Cours supérieurs - Douleurs pelvi-périnéales

### CS1-1 : Cliniques et thérapeutiques spécifiques, à partir de cas cliniques

T. Riant<sup>(1)</sup>

(1) CETD M Bensignor Confluent et CHU de Nantes, Nantes, France

Un douloureux chronique du pelvis et du périnée est d'abord un douloureux chronique, il présente en plus des troubles fonctionnels variés digestif, urologique et /ou sexuel. La stratégie thérapeutique proposée est très proche d'autres douleurs dysfonctionnelles comme les SDRC, les céphalées chroniques quotidiennes, ou la fibromyalgie. Peu basée sur des EBM souvent absentes, elle fait la part belle au lien souffrant/soignant, à la reconnaissance du statut et de la réalité de la douleur, à la définition d'objectifs réalistes minimaux, communs au souffrant et aux traitants. Les traitements spécifiques (hors traitement des causes évidemment) sont finalement peu nombreux, souvent d'une efficacité limitée. Toutefois il convient de ne pas les oublier car ils peuvent, de fait, répondre aux principales plaintes du patient. Plaintes qui peuvent être plus sur l'amélioration des fonctions que sur la douleur elle-même.

- consultations pluridisciplinaires et des consultations spécifiques du problème: permettant de démembrer la plainte, de la valider, voire de proposer des traitements spécifiques.
- Les infiltrations spécifiques ( pudendale, clunéale, obturatrice, ilioinguinale, sympathique, radiculaire..) ont avant tout un rôle diagnostique, et sont surtout thérapeutiques par le renforcement du lien patient souffrant. Le danger est faire croire en un pouvoir thérapeutique propre exagéré.
- L'utilisation de petits moyens :
  - o L'application de chaleur en thoracolombaire
  - o L'application de topiques : xylocaïne; capsaïcine, gabapentine...
  - o Le TENS retromalléolaire, thoracolombaire o Hypnose.
  - o La kinesithérapie douce, non agressive, l'ostéopathie ou la posturologie
- Enfin il existe certainement une place pour la neuromodulation tant médullaire (cône) que radiculaire, voire peut être pour la stimulation transcanadienne.

En conclusion : la prise en charge de ces douloureux revient en premier lieu à des équipes qualifiées non spécialisées. Pour autant il existe un certain nombre de traitements relativement spécifiques, parfois très simples, qu'il faut pouvoir proposer.

## Cours supérieurs - Douleurs pelvi-périnéales

### CS1-1 : Cliniques et thérapeutiques spécifiques, à partir de cas cliniques

A. Levesque<sup>(1)</sup>

(1) CHU de Nantes, Nantes, France

Douleurs pelvipérinéales d'origine rachidienne : diagnostic, physiopathologie et prise en charge. Dr. Amélie Levesque Les douleurs pelvipérinéales chroniques ne sont pas toujours des pathologies d'organes réfractaires. Elles peuvent résulter d'une pathologie ou dysfonction musculaire, d'une atteinte des nerfs du périnée ou encore être la projection d'un désordre intervertébral mineur ou syndrome de Maigne. Au travers d'un cas clinique interactif nous illustrerons les cas les plus fréquents de douleurs pelvipérinéales d'origine rachidienne (1)(2) Des rappels anatomophysiologiques, permettront la compréhension de ces mécanismes douloureux et faciliteront leur recherche en clinique(3). Enfin, nous présenterons les différents niveaux de prise en charge, incluant la médecine manuelle ostéopathique, les antalgiques et les infiltrations(4).

#### **Bibliographie**

[1] Maigne R. Le syndrome de la charnière dorso-lombaire. *Lombalgies basses, douleurs pseudo-viscérales, pseudo-douleurs de hanche, pseudo-tendinite des adducteurs*. *SemHôp*. 1981;57(11-12):545-54. [2] Ducrotté P. Douleur abdominale chronique: ne pas méconnaître une origine non viscérale. *Acta Endosc*. oct 2010;40(5):356-356. [3] Delavierre D, Rigaud J, Sibert L, Labat J-J. [Symptomatic approach to referred chronic pelvic and perineal pain and posterior ramus syndrome]. *Prog En Urol J Assoc Fr Urol Société Fr Urol*. nov 2010;20(12):990-4. [4] Blanc B. *Pelvi-périnéologie*. Paris; New York: Springer; 2005.

## Cours supérieurs - Douleurs pelvi-périnéales

### CS1-1 : De la difficulté du diagnostic de l'endométriose chez une femme présentant une douleur pelvienne chronique.

S. Ploteau<sup>(1)</sup>

(1) Nantes, France

L'endométriose est une affection gynécologique fréquente qui concerne environ 10 à 20% des femmes en âge de procréer. Il s'agit de la présence d'endomètre en situation ectopique. En fonction de la localisation des lésions, on parlera d'endométriose péritonéale, ovarienne ou profonde. Cette dernière forme est la plus symptomatique et peut donner des douleurs pelviennes chroniques souvent très handicapantes. Les signes cliniques sont peu spécifiques et peuvent être, à tort, banalisés. Avec les années, ils peuvent être noyés dans un cortège de symptômes qui témoignent d'une hypersensibilisation qui mettent parfois au second plan les signes liés directement à l'endométriose. L'endométriose doit être évoquée en cas de douleurs cycliques, à type de dysménorrhées. Celles-ci peuvent être accompagnées de dyspareunies profondes, et de dyschésies. Avec le temps, ces douleurs peuvent ne plus être cycliques et les patientes peuvent se plaindre alors de douleurs quasi quotidiennes. En cas de doute, un examen clinique ainsi qu'une IRM doivent être réalisés. S'associent volontiers chez ces patientes des signes en faveur d'une sensibilisation pelvienne qu'il faut absolument penser à rechercher avant toute prise en charge notamment chirurgicale : - Présence de troubles fonctionnels urinaires non douloureux : pollakiurie, dysurie - Hypersensibilité urinaire: douleurs au remplissage de la vessie, soulagées par la miction / douleurs au passage des urines ou persistantes après la miction - Intolérance au port des vêtements serrés (allodynie) - Présence de douleurs myofasciales sur la paroi abdominale, les muscles fessiers profonds, ou lors des touchers pelviens sur les muscles élévateurs de l'anus ou obturateurs internes - Douleurs à la pression osseuse du bassin (pubis, branches ischio-pubiennes, coccyx) - Douleurs au contact vulvaire (vulvodynie provoquée) ou à la pression testiculaire - Présence ou antécédents d'autres douleurs fonctionnelles: fibromyalgie, céphalées de tension, dysménorrhée, CRPS, IBS, dysfonction temporo-mandibulaire... La présence de signes évocateurs d'une hypersensibilisation impose une prise en charge spécifique, éventuellement en période pré-opératoire, leur présence augmentant significativement le risque de douleur post-opératoire.

## Cours supérieurs - Douleur : besoin de recommandations?

### CS2-1 : Les recommandations professionnelles en douleur

J. Gautier<sup>(1)</sup>

(1) Réseau InterCLUD Languedoc Roussillon, Montpellier, France

La Haute Autorité de Santé (HAS) définit les Recommandations de Bonnes Pratiques (RBP) comme « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données »(1). L'objectif affiché est d'informer les professionnels de santé et les patients et usagers du système de santé sur l'état de l'art et les données acquises de la science afin d'améliorer la prise en charge et la qualité des soins. L'objectif de cette intervention est de porter un regard sur l'utilité de ces recommandations et plus particulièrement dans le champ de la douleur. Une fois que les recommandations existent et qu'elles sont diffusées, quelles en sont les conséquences sur les pratiques professionnelles ? A partir de plusieurs études (2) ou enquêtes (3) décrivant le niveau d'adhésion des médecins à ces recommandations, il conviendra d'analyser les principales raisons pour lesquelles les praticiens adhèrent peu ou pas à ces recommandations, et d'établir les liens avec le Développement Professionnel Continu et les Evaluations des Pratiques Professionnelles, thématiques qui seront développés dans la seconde intervention de ce cours supérieur.

#### **Bibliographie**

[1] Haute Autorité de Santé (en ligne) [[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_418716/fr/methodes-d-elaboration-des-recommandations-de-bonne-pratique](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_418716/fr/methodes-d-elaboration-des-recommandations-de-bonne-pratique)] [2] Martinez V et al. (2014) Adherence of French GPs to Chronic Neuropathic Pain Clinical Guidelines: Results of a Cross-Sectional, Randomized, "e" Case-Vignette Survey – PLoS ONE 9(4): e93855 [3] Guerville MA et al. (2009) Les pratiques en médecine générale dans cinq régions: formation médicale continue, évaluation des pratiques et utilisation des recommandations de bonne pratique – Études et Résultats, n° 708, Octobre, DRESS.



**Cours supérieurs - Douleur : besoin de recommandations?**

**CS2-2 : Utilisation des recommandations pour les EPP**

*V. Piano*<sup>(1)</sup>

(1) Draguignan, France

En attente

## Cours supérieurs - Douleur : besoin de recommandations?

### CS2-3 : Prévention et traitement de la douleur liée à la réfection d'un pansement d'ulcère chez l'adulte : point d'étape sur les recommandations par consensus formalisé

*P. Wanquet-thibault<sup>(1)</sup>*

(1) AMAE-Santé , Issy Les Moulineaux , France

La réfection du pansement d'ulcère, veineux ou artériel, est un soin fréquent, souvent long, douloureux et répété sur de longues périodes, de nature à altérer la qualité de vie du patient. Il survient généralement dans un contexte de douleur chronique chez des patients âgés, voire très âgés. Par exemple, l'ulcère veineux constitue la complication la plus sévère de la maladie veineuse chronique dont la prévalence est de l'ordre de 0,2 à 0,3 % dans les pays occidentaux pour la population adulte, 2 à 3 fois plus élevée chez la femme et qui augmente avec l'âge. Si la question de la douleur liée à cette pathologie a fait l'objet de publications, il existe peu d'études concernant la douleur liée strictement à la phase de réfection des pansements que l'ulcère génère. Un groupe de travail de la Commission Professionnelle Infirmière de la Société Française d'Etude et Traitement de la Douleur (SFETD), est chargé d'élaborer des recommandations de bonne pratique afin d'aider les praticiens et les patients à rechercher les soins les plus appropriés en matière de prévention et de traitement de la douleur lors de la réalisation de ces soins. Ces recommandations s'inscrivent dans un objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elles s'appuieront sur la méthode d'élaboration de « recommandations par consensus formalisé ». Le groupe chargé de ce travail est constitué d'experts issus des disciplines "douleur" et "plaies et cicatrisations". Les objectifs principaux de ces recommandations sont de : - améliorer la prise en charge de la douleur induite liée à la réfection du pansement d'ulcère chez l'adulte, - aider les infirmiers à appliquer les meilleures données de recherche disponibles pour les décisions cliniques, - guider les infirmiers dans la pratique de l'évaluation et du traitement de la douleur procédurale. Les objectifs secondaires sont de : - élaborer des critères d'évaluation de pratiques professionnelles, des indicateurs pour l'amélioration de la qualité et sécurité des soins ou des indicateurs de pratique clinique en matière de prise en charge de la douleur procédurale, - contribuer à la formation initiale des infirmiers en matière de prise en charge de la douleur procédurale. La communication permettra de présenter l'avancée des travaux du groupe de pilotage à partir de l'élaboration du chemin clinique et des premiers résultats de la recherche bibliographique, ainsi que les limites, difficultés et perspectives de ce travail. Ces travaux sont réalisés grâce à la participation financière de la Fondation CNP Assurances.

## Cours supérieurs - La douleur chronique, un handicap comme les autres?

### CS3-1 : Le handicap douloureux : Présentation du concept de handicap, du modèle CIF et du rôle du médecin de Réadaptation, adaptés à la douleur chronique

J. Wirotius<sup>(1)</sup>

(1) Brive, France

Pour aider à l'identification des contours de la « réadaptation » dans sa version internationale aujourd'hui partagée, et comprendre la place de la douleur dans cette spécialité médicale, je vous propose d'analyser : (1) les singularités historiques de la réadaptation, (2) les concepts de base qui unifient ce champ des soins. A – La réadaptation comme champ culturel a quelques caractéristiques historiques : Il est récent : un peu plus de 30 ans pour ses repères génériques internationaux via les travaux de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Il est d'origine essentiellement anglo-saxon. Il n'est pas intuitif, car cette culture est masquée par le sens commun qui fait écran. Sa terminologie reste à construire. Le champ de la réadaptation est d'abord comportemental même si la composante dite « interventionnelle » est présente. Il modifie l'éthos professionnel, l'image que le professionnel donne de lui-même à travers ses discours, à travers ses postures. Ce champ culturel partagé aujourd'hui dans le monde est une véritable innovation de rupture pour la santé : il apporte de façon conjointe, et la problématique, celle du « handicap » opposé à la maladie et les stratégies pratiques pour y répondre. B – Comment accéder à la réadaptation comme culture et à la compréhension des ses pratiques : Le concept de « handicap » est la base commune sur laquelle les diverses cultures dans le monde se retrouvent pour aborder la question de la « réadaptation ». Les deux « handicaps » Le mot handicap a deux significations avec un cadre social : « les personnes handicapées » et un cadre médical : le « corps handicapé » comme la somme des troubles fonctionnels en rapport avec des lésions corporelles. L'opposition maladie – handicap est constitutive des deux Classifications Internationales des Handicaps. La maladie est un paradigme (« ou »), le handicap un syntagme (« et ») Ce que l'on nomme la « classification » des handicaps par mimétisme vis à vis du champ médical (la classification internationale des maladies) ne correspond pas à une possibilité de dénomination des situations cliniques. Le handicap se présente non comme un dictionnaire, mais comme une grammaire fonctionnelle. Pour faire sens, le « handicap » doit être adossé à une maladie : la quantification des troubles fonctionnels doit être couplée avec le nom de la maladie qui porte ce handicap. 2 – Le handicap est une grammaire fonctionnelle et non un dictionnaire. Toute lésion corporelle, qui désorganise de façon directe ou par effet de cascade, les fonctions est un « handicap » pour la réadaptation. Cette grammaire fonctionnelle se présente comme un plan qui se déroule dans le temps. 3 – Le couple forme / fonction est à la base de la sémiologie des handicaps en réadaptation. La sémiologie des handicaps est différente de la sémiologie des maladies, dont elle n'est pas une extension, car cette sémiologie gère des processus continus. Le plan d'expression est représenté par la « forme » du corps et le plan du contenu renvoie à la « fonction » avec deux niveaux d'analyse : 1 – La fonction, fonctionnement que l'on peut déployer en fonctions motrices, fonctions émotionnelles, fonctions cognitives, fonctions fondamentales, fonctions esthétiques, fonctions sensorielles, avec une approche analytique et syntaxique (l'interaction des fonctions entre elles). 2 – La fonction, fonctionnalité, par exemple la marche. La conversion morpho-fonctionnelle



est au handicap ce qu'est la corrélation anatomo-clinique pour la médecine. Si le patient douloureux chronique accède à la réadaptation, c'est que son corps est fonctionnellement altéré et que sa morphologie, son apparence, sa forme déployée dans l'espace-temps, lors de ses mouvements, sa motricité sont perturbées. L'objet est alors pour la réadaptation non pas le changement lésionnel, mais bien de la fonction : obtenir la meilleure fonction corporelle possible malgré la présence de la douleur. Conclusions : La réadaptation et la sémiologie des handicaps qui lui correspond, envisagent la douleur chronique comme un élément perturbateur durable de diverses fonctions corporelles à évaluer et à maintenir de façon optimale. Son implication se fait sur la base conceptuelle des classifications des handicaps et d'un projet construit sur un processus d'accompagnement, pour maintenir de façon optimale les fonctions corporelles.

### **Bibliographie**

WIROTIUS JM : *La réadaptation en 2015, une spécialité médicale dont les contours et la géographie sont en évolution. Journal de Réadaptation Médicale, 2015, 35 : 1-3.* WIROTIUS JM : *Histoire de la rééducation. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, 1999, Elsevier, Paris, Médecine Physique - Réadaptation, 26-005-A-10, 25p.* *Classification du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF) : OMS Diffusion, Genève, 2001.* WIROTIUS JM : *Quel sens donner à la Réadaptation, l'apport de la linguistique. Journal de Réadaptation Médicale, 2012, 32 : 4 – 18.* WIROTIUS JM : *A propos de la dénomination de la spécialité et des médecins spécialistes de MPR aux Etats Unis. Journal de Réadaptation Médicale, 2012, 32 : 140-142.* ANDRE JM : *La Médecine Physique et de Réadaptation, de la CIH (Classification Internationale des Handicaps) à la CIF (Classification du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé). Annales de Réadaptation et de Médecine Physique 2003, 46 : 249 – 250.* WIROTIUS JM : *La vieillesse et le handicap dans les textes réglementaires et le discours médical, application de normes sociales et changement de forme de vie. In Les âges de la vie : sémiotique de la culture et du temps. Paris, PUF, 2008, 130-145.* WIROTIUS JM : *Le temps et la réadaptation. Journal de Réadaptation Médicale, 2003, 23, 74-78.* WIROTIUS JM : *La sémiologie des handicaps en réadaptation. Limoges, Editions Lambert-Lucas, 2011, 227 p.* WIROTIUS JM : *La forme du corps : un concept de base en réadaptation. Journal de Réadaptation Médicale 2014, 34 : 198-203.* WIROTIUS JM : *La notion de fonction en rééducation. Journal de Réadaptation Médicale 2004, 24 : 140-148.*

## Cours supérieurs - La douleur chronique, un handicap comme les autres?

### CS3-2 : Quels outils d'évaluation du handicap douloureux chronique envisagés dans la perspective de la CIF ?

A. Berquin<sup>(1)</sup>

(1) Cliniques universitaires St Luc, Bruxelles, Belgique

La nécessité d'une approche bio-psycho-sociale des syndromes douloureux chroniques, où coexistent des éléments somatiques, psychologiques, sociaux et culturels, fait son chemin dans l'esprit des professionnels de la santé. L'évaluation de cet ensemble de facteurs reste cependant complexe. La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), bien connue des professionnels de la réadaptation, permet une vue synthétique des facteurs impliqués dans le « handicap douloureux ». Elle met en évidence le but final du suivi thérapeutique, à savoir l'amélioration de la participation sociale du patient. De plus, elle met l'accent sur l'importance des facteurs personnels et contextuels dans le développement d'un handicap. Dans cet exposé, nous commencerons par quelques rappels théoriques concernant l'intérêt et les limites des outils d'évaluation disponibles (questionnaires, examen du patient, tests de performance), les différents types d'échelles (ordinales, nominales, linéaires et de rapport), ainsi que les recommandations internationales concernant l'évaluation des effets d'un traitement dans le domaine de la douleur chronique. Ensuite, nous ferons un inventaire de quelques questionnaires et échelles permettant l'évaluation des différentes dimensions du syndrome douloureux chronique en termes de fonction organique – activité – participation ainsi que de l'influence des facteurs contextuels, environnementaux et personnels. Ces différents outils pourraient améliorer l'évaluation des patients douloureux chroniques et ainsi permettre de mieux cibler les objectifs de la réadaptation.



## Cours supérieurs - La douleur chronique, un handicap comme les autres?

### CS3-3 : «J'ai mal, je ne peux plus faire». Quels sont les obstacles face aux activités quotidiennes et comment les dépasser?

C. Favre<sup>(1)</sup>

(1) Clinique romande de réadaptation SuvaCare, Sion, Suisse

«La douleur m'empêche de vivre, elle a changé ma vie». Ces propos fréquents chez les patients souffrant de douleur chronique, dénotent bien des retentissements de la douleur: limitations et interférences dans l'accomplissement des activités quotidiennes, émotions de colère, de découragement, de peur, sentiment de devenir un handicapé ... Les facteurs psychologiques, dont les croyances, jouent un rôle prépondérant dans le processus de chronicisation. Parmi les croyances, celles liées à la peur, sont bien documentées. Le modèle de la peur-évitement (1) décrit bien le cercle vicieux qui peut mener à un véritable handicap: La douleur fait peur, elle peut avoir des conséquences catastrophiques. Les mouvements qui la provoquent sont vus comme dangereux, aussi pour se protéger le patient va les éviter et se retirer de plus en plus de ses activités, avec comme conséquences des risques de dépression et de déconditionnement. Travailler avec les patients qui ont peur, passe par contrer les évitements et exposer le patient aux mouvements ou activités qu'il craint. Il pourra alors constater que ses scénarios catastrophes ne se réalisent pas et changer ses croyances et ses comportements. La peur-évitement n'est toutefois pas la seule raison qui rende compte de la réduction des activités. Plus récemment, les chercheurs se sont intéressés à l'impact de la douleur sur les croyances identitaires. La douleur en interférant avec la réalisation d'objectifs, provoque des doutes sur ses propres compétences et sa valeur en tant que personne. Le patient ressent de plus en plus de décalages entre «celui qu'il pensait être» et «celui qu'il est devenu» (modèle des self-discrepancies (2)). Il peut alors perdre ses repères et se sentir envahi par un sentiment de pertes et d'impuissance ou encore de colère. Traiter ces patients demande d'identifier les stratégies que le patient déploie pour faire face à ces décalages: elles vont du retrait (évitement) des activités à une lutte à tout prix pour conserver le même style de vie malgré la douleur (stratégie de persistance). Retrouver un équilibre dans les activités quotidiennes peut devenir une des cibles du traitement. Pour le patient, les douleurs chroniques peuvent devenir très handicapantes. Elles peuvent réduire largement sa vie et lui faire perdre de son sens. Identifier les croyances qui font obstacle aux activités quotidiennes est une première étape pour adapter le traitement dont le but est de redonner au patient l'opportunité de reprendre une vie la plus normale possible tout en tenant compte des douleurs.

#### **Bibliographie**

[1] Vlaeyen J WS, Morley S J & al. (2012). *Pain-related fear*. Seattle: IASP press. [2] Kindermans H PJ & al. (2011). «Being » in pain : the role of self-discrepancies in the emotional experience and activity patterns of patients with chronic low back pain. *Pain*, 152, 403-409.

## Cours supérieurs - La douleur chronique, un handicap comme les autres?

### CS3-4 : Les Pain Management Programmes : Données actuelles de l'efficacité de ces programmes de réadaptation destinés aux patients douloureux chroniques

M. Morel Fatio<sup>(1)</sup>

(1) CHG chateauroux, Chateauroux, France

La Médecine Physique Réadaptation (MPR) est une ressource souvent méconnue dans la prise en charge des patients douloureux chroniques. Elle comporte deux versants, la rééducation qui traite les lésions, la réadaptation qui organise des programmes centrés sur la compensation des déficits identifiés et l'aménagement de l'environnement, l'objectif est fonctionnel. Les Pain Management Programmes entrent dans ce deuxième cadre. Ce sont des programmes de réadaptation pour les patients présentant une douleur chronique non évolutive de l'appareil locomoteur avec incapacité. Leur but n'est pas l'élimination de la douleur mais le rétablissement d'un fonctionnement physique fonctionnel et émotionnels optimum, réduisant l'impact de la douleur. Leurs indications s'est progressivement étendue de la lombalgie chronique à toutes les pathologies douloureuses chroniques séquellaire de l'appareil locomoteur. Ils ont été largement documentés dans la littérature médicale : conférences de consensus (1) (2) (3), évidences base médecine (1) (2) (3), évaluation medico économique (4), et validation des éléments constitutifs (4) qui ont contribué à les imposer comme « le traitement le plus efficace et le meilleur rapport cout efficacité pour les patients présentant une douleur chronique » (1) (4). Actuellement, s'il n'existe aucun protocole unique, un cahier des charges précis a été défini, permettant d'agir sur les mécanismes d'incapacité communs aux pathologies douloureuses chroniques. Il consiste à associer de façon concomitante des soins interdisciplinaires comportant un volet médical, un volet thérapie comportementale, un volet reconditionnement physique, et éducatif. Les principes qui sous-tendent les PMP peuvent être appliqués à un stade précoce pour prévenir le développement de la douleur persistante et des douleurs liées à l'invalidité, avec des preuves de l'efficacité.

#### **Bibliographie**

- [1] Robert J. Gatchel and Akiko Okifuji+ *The Journal of Pain*, Vol 7, No 11, 2006: pp 779-793 Evidence-Based Scientific Data Documenting the Treatment and Cost-Effectiveness of Comprehensive Pain Programmes for Chronic Nonmalignant Pain...
- [2] Amanda C de C Williams, J. Adams, G Cavill, B.Collett, C. Eccleston, P. Moore, S. Morley, H. Munccey, C. Pither, H. Wallace, P.I Watson. *Pain Management Programmes for adults a consensus statement prepared on behalf of the British Pain Society April 2007* [3] P Wilkinson, J. Wiles, F.Cole, C. Main, L. McCracken, A. Williams, E. Jenner, P. Watson, S. Williams, L. Haynes, S. Brookes, P. Moore. *Guidelines for Pain Management Programmes for adults. An evidence-based review prepared on behalf of the British Pain Society November 2013 to be reviewed October 2018* [4] Molly Moore Jeffery, Mary Butler, Alice Stark, RN, Robert L Kane. Agency for Healthcare Research and Quality Department of Health and Human « *Multidisciplinary Pain Programs for Chronic Non cancer Pain* ». Minnesota Evidence-based Practice Center Minneapolis, MN AHRQ No. 11-EHC064-EF September 2011.



## Cours supérieurs - Douleur, Mindfulness et ACT

### CS4-1 : Thérapie d'Acceptation et d'Engagement et douleur chronique

A. Masselin Dubois<sup>(1)</sup>

(1) Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-billancourt, France

Les thérapies d'acceptation et d'engagement (ACT), nouvelles thérapies issues de la troisième vague des thérapies comportementales et cognitives (TCC), se focalisent sur les émotions ressenties telles que celles éprouvées lors d'une expérience douloureuse. Elles se fondent sur la théorie des cadres relationnels (Hayes, Barnes-Holmes et Roche, 2001) c'est à dire sur un modèle théorique du langage et de la cognition et, ont été largement validées par l'Association Américaine de la Psychologie (APA). Ainsi, l'ACT s'adresse tout particulièrement aux patients douloureux chroniques qui adoptent des stratégies de contrôle et/ou d'évitement de leurs sensations douloureuses, dans une lutte génératrice de souffrance psychologique (Dionne, Blais et Monestes, 2013). L'ACT suggère, non pas de supprimer les douleurs mais, au contraire, de vivre avec celles-ci en les acceptant et en s'engageant dans des actions dirigées vers ses valeurs personnelles. L'un des objectifs principaux de l'ACT est, en effet, de favoriser une meilleure flexibilité psychologique afin d'être « en toute conscience avec le moment présent, pleinement ouvert aux pensées, sensations, émotions difficiles et d'agir en direction de ses valeurs personnelles » (Dionne, 2014). L'ACT constitue donc une approche thérapeutique novatrice qui permet au patient douloureux de réduire sa souffrance psychologique et de restaurer une qualité de vie en adéquation envers ses valeurs personnelles. Nous présenterons les aspects théoriques, cliniques et empiriques de l'ACT dans le domaine de la douleur chronique en nous appuyant sur des données probantes issues de recherches expérimentales récentes.

#### **Bibliographie**

Dionne, F., Blais, MC., Monestes, JL. (2013). *Mieux vivre avec une douleur chronique grâce à la thérapie d'acceptation et d'engagement. Santé mentale au Québec, vol.38, n°2, p.131-152.* - Dionne, F. (2014) *Accepter la douleur : La contribution de l'ACT et de la méditation en pleine conscience. Psychologie Québec. Vol.31, n°1, p25-29.* - Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D. et Roche, B. (dir) (2001). *Relational frame theory : A post-Skinnerian account of human language and cognition.* New York : Kluwer Academic/Plenum Publishers.

## Cours supérieurs - Douleur, Mindfulness et ACT

### CS4-2 : La pleine conscience auprès de jeunes patients souffrant de douleurs chroniques

*S. Deplus*<sup>(1)</sup>

(1) Bruxelles, Belgique

La pleine conscience peut être définie comme un état de conscience qui résulte du fait de porter son attention, intentionnellement, sans juger, sur l'expérience qui se déploie moment après moment. Plutôt que d'être immergé dans l'expérience, il s'agit de la vivre tout en en développant une conscience réflexive. Cette manière particulière d'entrer en relation avec sa propre expérience constitue un mode de régulation émotionnelle particulièrement adapté dans des situations où la personne est aux prises avec des réactions dysfonctionnelles caractérisées par leur automaticité, répétitivité ou impulsivité, ou par le manque de conscience émotionnelle. Ainsi, les interventions psychologiques basées sur la pleine conscience (IBPC) ont pris place dans l'évolution générale des interventions psychothérapeutiques. Les recherches sur l'efficacité de la pleine conscience ont été initialement menées auprès d'adultes et ont fait l'objet de différentes synthèses. Depuis quelques années, des IBPC adaptées à l'enfant et à l'adolescent voient le jour. Tout d'abord, nous exposerons les données de la littérature sur l'efficacité des IBPC auprès des jeunes dans un contexte de douleur. Nous proposerons ensuite un modèle théorique de la pleine conscience intégrant les données développementales et adapté à l'enfant et l'adolescent. Ceci nous permettra de discuter les processus psychologiques affectés par les IBPC, et de comprendre ainsi leur utilité dans le cadre de douleurs chroniques. Nous illustrerons notre propos avec le cas d'une adolescente.



## Cours supérieurs - Douleur, Mindfulness et ACT

### CS4-3 : Faut-il passer à l'ACT en pleine conscience ?

A. Bioy<sup>(1)</sup>

(1) Université de Bourgogne Franche-Comté, Dijon, France

La thérapie ACT est une proposition adressée au patient pour changer son rapport à la douleur. D'une position d'évitement et de contrôle que l'on peut comprendre aisément, il s'agit de l'accompagner vers une attitude différente qui part de l'observation perceptive pour aller vers un rapport au monde qui s'écrit autrement. Cette « nouvelle vague » thérapeutique ne naît pas à partir de rien. Même si Steven Hayes ne le formule pas ainsi, l'ACT peut être dites intégrative dans le sens où elle se situe à la confluence entre plusieurs concepts issus des TCC bien sûr, mais aussi de la psychanalyse, de la systémie, de la phénoménologie... Il nous paraît intéressant de questionner cette thérapie selon deux axes, pour mieux la saisir. La première concerne le champ de la relation. Nous souhaitons formuler l'hypothèse que le lien qui s'installe entre patient et praticien est non seulement peu anodin, mais que ce qu'il installe est même crucial pour que l'approche puisse se tisser et que les effets soient présents. Un lien où doit s'installer la notion de présence et particulièrement de présence qui confronte le sujet à lui-même, dont la particularité est qu'elle ne passe pas par la parole mais par des perceptions. La seconde question concerne ce que la thérapie ACT nous dit de l'orientation conceptuelle des « nouvelles thérapies » qui tentent de redéfinir la notion de psychisme, d'inconscient, voire d'âme. Nous ferons en particulier l'hypothèse que la thérapie ACT - et la pratique du mindfulness qui en est l'émanation - proposent au douloureux chronique une nouvelle spiritualité, tout autant qu'elle participe au mouvement actuel de « santé durable ». Avec quelles incidences ?

#### **Bibliographie**

Bioy A. (2014). *Aide mémoire de psychologie médicale et de psychologie du soin*. Paris, Dunod. Cazard-Fillette C, Wood C, Bioy A. (2015). *Vaincre la douleur par l'hypnose et l'autohypnose*. Paris, Maloine. Dionne F. (2014). *Libérez-vous de la douleur par la méditation et l'ACT*. Paris, Payot. Monestès, J.-L. et Villatte, M. (2011). *La thérapie d'acceptation et d'engagement, ACT*. Paris : Masson.

## Cours supérieurs - Douleur, Mindfulness et ACT

### CS4-4 : ACT et douleurs : outils thérapeutiques. Aider le patient à s'engager dans des actions qui ont du sens !

C. Rossignol-Garcia<sup>(1)</sup>

(1) Psycho pôle Montesquieu, La brede, France

Le mécanisme d'évitement expérientiel a été mis en évidence comme étant le processus à l'origine du maintien de nombreux troubles dont celui des douleurs chroniques(1). Le concept de kinésiophobie (2) en constitue un exemple bien documenté. La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), un modèle thérapeutique proche des TCC, se développe depuis plusieurs années dans la prise en charge de différents troubles. Plusieurs applications de ce modèle thérapeutique ont été menées dans le traitement des patients souffrant de douleurs chroniques et laissent apparaître des résultats encourageants (3). Le modèle thérapeutique Act, postule que les évitements comportementaux et cognitifs constituent la base des difficultés des patients souffrant de douleurs chroniques. Ces évitements sont également à l'origine du maintien des douleurs (3). La démarche thérapeutique propose une prise de conscience volontaire et progressive de la douleur, du corps et des pensées par le patient. Le but visé par cette thérapie est l'exposition à l'expérience corporelle, quelle qu'elle soit, ainsi que la prise de conscience des mécanismes d'évitement expérientiel ou cognitif qui éloignent le patient de ses valeurs, de ce qui est important pour lui, de ce qui donne sens à sa vie. La thérapie ACT vise à limiter la perte de flexibilité psychologique à l'origine du caractère chronique et non adaptatif des comportements du patient. Cette présentation s'attachera à présenter la démarche thérapeutique de la thérapie d'acceptation et d'engagement dans le cas particulier des douleurs chroniques tout en s'appuyant sur la littérature scientifique validant son efficacité.

#### **Bibliographie**

- [1] Dahl J, Wilson K, Nilsson A. Acceptance and commitment therapy and the traitement of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms : A preliminary randomized trial. *Behavior Therapy* 2004 ; 35 :785-801 [2] Kori SH, Miller RP, Todd DD. Kinesiophobia : A new view of chronic pain behavior. *PainManagement* 1990 ;3 :35-43. [2] Monestes JL, Vuille P, Serra E. Thérapie de pleine conscience, thérapie d'acceptation et d'engagement et douleur chronique. *Douleurs* 2007 ; 8,2 : 73-79.



## Cours supérieurs - Douleur, Mindfulness et ACT

### CS4-5 : Apport de la Thérapie Fondée sur la Pleine conscience et la Compassion chez les patients douloureux chroniques

*P. Delamillieure<sup>(1)</sup>*

(1) CHU de Caen, Caen, France

La Thérapie Fondée sur la Pleine conscience et la Compassion regroupe - la Thérapie Focalisée sur la Compassion (CFT) élaborée par le Pr Paul Gilbert (Gilbert, 2000, 2010) - et la Mindfulness Basée sur la Compassion et l'Insight (MBCI) qui met davantage l'accent sur la pleine conscience (Mindfulness), l'acceptation et la compassion qui constituent le cœur de cette approche novatrice permettant d'améliorer le rapport à soi et au monde. L'atelier portera essentiellement sur l'éveil de la compassion à travers la pratique du MBCI. Afin de travailler à éveiller la compassion, nous verrons comment il est important de comprendre comment nos émotions fonctionnent et ce qui nous motive. Nous aborderons donc les systèmes de régulation émotionnelle, et nous explorerons la façon dont le système d'apaisement et d'affiliation est essentiel à l'équilibre de nos systèmes des conduites et de menace. Pour beaucoup de gens ce système est sous-évalué et sous-développé. Un des principaux objectifs de cet atelier sera de développer les capacités du système d'apaisement et d'affiliation (pour soi et de soi vers les autres et des autres vers soi), car il s'agit d'un point d'accès clé de l'entraînement à la compassion. L'utilisation de la compassion en imagerie mentale constituera ainsi une part importante de l'intervention thérapeutique avec la méditation Pleine Conscience.

## Cours supérieurs - Douleur et muqueuses buccales

### CS5-1 : Stomatodynie idiopathique

Y. Boucher<sup>(1)</sup>

(1) Paris, France

Douleurs orofaciales : "Le syndrome de brûlure buccale (stomatodynie) : psychologique, neuropathique, idiopathique Pr. Yves BOUCHER UFR d'Odontologie, Université Paris Diderot La Stomatodynie primaire (Burning mouth syndrome en anglais) est caractérisée par une douleur spontanée sans cause organique directe, ressentie au niveau des muqueuses buccales. Elle doit être différenciée des stomatodynies dites secondaires, liées à un état pathologique identifié (candidose, anémie, carence vitaminique, pathologie thyroïdienne etc. La prévalence de cette affection dans la population générale est faible (<5%) mais augmente avec l'âge et plus particulièrement chez les femmes au moment de la ménopause, ce qui laisse supposer un rôle physiopathogénique des hormones sexuelles (1). Longtemps considérées comme des douleurs psychogènes en raison d'un contexte anxio-dépressif fréquemment associé, cette vue a été remise en question par des études psychophysiques et neurophysiologiques qui ont objectivé des altérations sensorielles chez la plupart des patients. L'hypothèse neuropathique a été renforcée par la mise en évidence d'altérations quantitative et qualitatives des fibres de petit diamètre au niveau de l'épithélium de la muqueuse linguale. Outre ces altérations périphériques, d'autres travaux plaident en faveur de changements centraux, incluant des modifications des contrôles descendants dopaminergiques et une hypofonction cérébrale. Ces données remettent également en question l'unicité de l'affection et suggèrent l'existence de différents sous-groupes aux mécanismes physiopathologiques distincts (2). La douleur est la principale plainte des patients, le plus souvent décrite comme une sensation de brûlure, mais aussi parfois de picotement et d'engourdissement. En général quotidienne, d'intensité modérée à sévère, elle revêt un caractère chronique sur des mois ou des années. D'autres troubles peuvent être associés au tableau clinique dont les principaux sont des troubles gustatifs et salivaires. Environ deux tiers des patients rapportent des troubles du goût (dysgueusies) persistants, qui peuvent altérer non seulement la composante hédonique de l'alimentation, mais également induire des modifications du comportement alimentaire (évitement des aliments acides ou irritants). Environ 50 % des patients se plaignent de sécheresse buccale (xérostomie) ou de modification de la consistance salivaire dont une partie peut être due aux traitements médicaux fréquemment associés (3). Le retentissement émotionnel et l'impact fonctionnel de la douleur et des troubles associés sont importants, objectivés par des indices d'anxiété et de dépression élevés, une détresse émotionnelle, la perte de la capacité à prendre des initiatives ou la dégradation des relations sociales, ainsi qu'une altération des scores d'évaluation de la qualité de vie. Les traitements disponibles sont décevants: plusieurs axes thérapeutiques ont été poursuivis au cours des quinze dernières années, notamment vers des traitements médicamenteux, la thérapie cognitive comportementale ou les compléments alimentaires. Une diminution des symptômes n'a cependant été observée dans des conditions cliniques contrôlées qu'avec le clonazepam, le moclobémide (IMAO antidépresseur), l'acide  $\alpha$ -lipoïque (antioxydant) et la thérapie comportementale, avec des effets peu différents du placebo (4).



En conclusion cette affection située à l'interface des champs psychiques et somatiques reste une énigme sur le plan de la physiopathologie et un challenge thérapeutique.

### **Bibliographie**

[1] Scala A(1), Checchi L, Montevercchi M, Marini I, Giamberardino MA. Update on burning mouth syndrome: overview and patient management. *Crit Rev Oral Biol Med.* 2003; 14(4):275-91. [2] Jääskeläinen SK Pathophysiology of primary burning mouth syndrome. *Clin Neurophysiol.* 2012;123(1):71-7. [3] Grushka M. Clinical features of burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1987;63(1) :30-6. [4] Buchanan JA(1), Zakrzewska JM Burning mouth syndrome. *Clin Evid (Online).* 2010;19;2010. pii: 1301.

## Cours supérieurs - Douleur et muqueuses buccales

### CS5-2 : Pathologies de la muqueuse buccale et douleur

J. Rochefort<sup>(1)</sup>

(1) APHP, Paris, France

La douleur, symptôme majeur souvent apparemment isolé, est un motif fréquent de consultation en pathologie buccale(1). Ses caractères peuvent suffire à orienter le diagnostic, ou diriger le reste de l'examen avec précision mais peut quelquefois induire des erreurs déconcertantes. Vécue de manière subjective par le patient elle ne doit pas désorienter l'interrogatoire ni l'examen clinique du praticien. Ainsi la prise en charge d'un patient douloureux débute par la caractérisation de sa douleur, mais s'appuie surtout sur l'analyse de la ou des lésions buccales existantes(2). Tout d'abord, l'interrogatoire est essentiel, il doit permettre de recueillir toutes les informations concernant le patient, ses habitudes de vie, ses allergies, ses antécédents et surtout ses prises médicamenteuses, anciennes ou récentes. Il est impératif de vérifier s'il existe des signes de gravité, ou permettant d'évaluer la sévérité de la douleur et/ou de la pathologie : altération de l'état général, présence de fièvre élevée, difficulté à avaler ou à s'alimenter ou perte de poids importante. Ces symptômes cliniques doivent d'emblée alerter le praticien qui doit envisager une prise en charge en urgence pour son patient au sein d'une structure hospitalière. L'interrogatoire doit préciser la date de début des symptômes, leur évolution (fluctuation, aggravation...), leur intensité, les traitements déjà prescrits et leurs résultats. Ensuite, il faut procéder à l'examen complet de la cavité orale de manière méthodique en inspectant et palpant toutes les zones, à la recherche d'une cause organique(2). Plusieurs types de lésions peuvent engendrer des douleurs en bouche(3). La première chose à faire est d'identifier la lésion élémentaire(3) source : s'agit-il d'une vésicule, d'une ulcération, d'un nodule ? De quelle couleur est-elle (pigmentée, rouge ou blanche) ? Ces lésions sont-elles uniques ou multiples ? A quel niveau sont-elles situées ? Sont-elles associées à des lésions extra-buccales notamment oculaires, cutanées ou génitales ? Une fois la lésion élémentaire identifiée et les aspects cliniques déterminés, plusieurs étiologies peuvent être envisagées. Il est alors souvent nécessaire de procéder à des examens complémentaires (sanguin ou anatomopathologique). Pour finir, les diagnostics différentiels à évoquer devant les lésions élémentaires les plus souvent rencontrées et fréquemment associées à des symptômes algiques sont multiples(4). La cavité orale et plus particulièrement ses muqueuses, peuvent être le lieu d'expression de nombreuses pathologies. L'établissement d'hypothèses diagnostiques résulte de la confrontation des symptômes avec l'interrogatoire et l'examen clinique et nécessite parfois des analyses complémentaires pour déterminer l'étiologie précise et de proposer un traitement adapté.

### **Bibliographie**

[1] Billet, J., Malard, O., Tessier, M.-H. & Beauvillain de Montreuil, C. *Pathologie de la muqueuse buccale*. 20-624-A-10, (2003). [2] Cheynet F., Chossegros C. & Blanc JL. *Campus Illustré, Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie pour le 2nd cycle des études médicales*. (Elsevier Ed, 2006). [3] Szpirglas H & Benslama L. *Pathologies de la muqueuse buccale*.



(Elsevier/Masson, 1999). [4] Piette E. & Reyhler H. *Traité de pathologies buccales et maxillo-faciale.* (De Boeck-Université, 1992).

## Cours supérieurs - Douleur et muqueuses buccales

### CS5-3 : Sécheresse buccale et douleur

J. Fricain<sup>(1)</sup>

(1) INSERM U1026-UFR Odontologie, Université de Bordeaux, Bordeaux, France

La xérostomie est un symptôme définit étymologiquement par une sécheresse de la cavité buccale. Cette sécheresse peut être subjective (sensation de bouche sèche) ou objective (diminution de la sécrétion salivaire). Les données épidémiologiques concernant l'incidence et la prévalence de la xérostomie dans la population générale française ne sont pas connues. La majorité des données épidémiologiques publiées proviennent d'études étrangères dont les résultats varient en fonction des populations étudiées. Il semble que la prévalence de la xérostomie augmente avec l'âge. Elle serait de 6% à 50 ans, 15% à 65 ans et de 30 % après 65 ans (1,2). La prévalence de la xérostomie serait de 100 % chez les patients atteints d'un syndrome de Gougerot Sjögren ou irradiés au niveau cervicofacial avec une dosimétrie supérieure à 40 Gy (3,4). La prévalence de la xérostomie serait aussi plus importante chez la femme et augmenterait avec la prise de médicaments (5). Une xérostomie subjective est observée lorsque la sécrétion salivaire est diminuée de 50%. La glossodynie primitive est souvent associée à une xérostomie subjective. L'hyposialie a des étiologies variées en rapport avec une dysfonction du contrôle nerveux de la salivation, une atteinte des glandes salivaires ou une déshydratation. La cause la plus fréquente d'hyposialie est la prise de médicaments à effet anticholinergique (antidépresseurs, antipsychotiques, diurétiques, antihistaminiques anti spasmodique) et sympathomimétiques (antidépresseurs, antihypertenseurs, bronchodilatateurs) (6). Les hyposialies les plus sévères s'observent lors de la destruction des glandes salivaires principales au cours du syndrome de Gougerot Sjögren ou de l'irradiation cervicofaciale (7). La xérostomie s'accompagne d'une altération de la qualité de vie (8). Les conséquences de la xérostomie sont une sensation d'inconfort (brulure) au cours des différentes fonctions orales : la mastication, la déglutition, la phonation, la gustation. Cette gêne fonctionnelle est corrélée à l'importance de l'hyposialie (7). Constamment le patient se plaint d'une gêne à l'alimentation (croûte de pain, fruits, épices), de la nécessité de boire pour avaler les aliments solides. Une sensation de bouche « collante » avec une salive visqueuse, filante est aussi souvent alléguée. L'hyposialie chronique peut s'accompagner de lésions muqueuses et dentaires douloureuses. Le traitement de l'hyposialie repose sur le chlorhydrate de pilocarpine, des lubrifiants topiques et des antalgiques de palier 1 le plus souvent.

#### Bibliographie

[1] Johansson AK, Johansson A, Unell L et col. A 15 years longitudinal study of xérostomia in a swedish population of 50 years old subjects. *Eur J Oral Sci.* 2009;117(1):13-9. [2] Ship JA, Pillemer SR, Baum BJ. Xerostomia and the geriatric patient. *J Am Geriatr Soc.* 2002; 50(3):535-43. [3] Fox PC. Auto immune diseases and Sjögren's Syndrome: an autoimmune exocrinopathy. *Ann N Y Acad Sci* 2007;1098:15-21. [4] Chao KS, Deasy JO, Markman J et col. A prospective study of salivary function sparing in patients with head and neck cancers receiving intensity-modulated or three dimensional radiation therapy: initial results. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2001;49(4):907-16. [5] Niderfors T. Xerostomia and hyposalivation. *Adv Dent Res* 2000;14: 48-56. [6] Scully C. Drug effects on salivary glands: dry mouth. *Oral Diseases* 2003;9:165-76 [7] Cho MA, KO JY, Kim YK et col. Salivary flow rate and clinical characteristics of patient with xerostomia according to its



aetiology. *Journal of oral rehabilitation* 2010;37:185-93. [8] Ikebe K, Matsuda K, Morii K et col. Impact of dry mouth and hyposalivation on oral health related quality of life of elderly Japanese. *Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol, Oral Radiol Endod* 2007;103:216-22.

**Cours supérieurs** - Prise en charge de la douleur du patient cérébro-lésé et son parcours de soin

### **CS6-1 : Existe-t'il une spécificité de l'évaluation de la douleur chez la personne cérébralisée non communicante ?**

M. Roulin<sup>(1)</sup>

(1) Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève, Suisse

Les personnes cérébralisées non-communicantes en phase aiguë sont à risque de voir leur douleur sous-traitée, car les cliniciens hésitent à administrer des opioïdes pour ne pas compromettre la surveillance neurologique et masquer d'éventuels signes d'aggravation. C'est pourquoi, il est important d'avoir une évaluation fiable de la douleur dans cette population vulnérable. Le but de cet exposé est de proposer une approche pragmatique pour évaluer la douleur de ces personnes. Des travaux récents suggèrent que les personnes cérébralisées présentent des signes de douleurs différents des autres patients avec moins de mouvements corporels (1, 2), des mouvements en flexion des membres (3), une soudaine rougeur du visage et une ouverture des yeux (3, 4). De plus, les comportements varient en fonction du niveau de conscience (4, 5). Au niveau physiologique, la variation des fréquences cardiaque et respiratoire, ainsi que la pression artérielle, sont faibles lors de stimulation nociceptive et ne sont pas corrélées avec les résultats des auto-évaluations (2, 6). Il ne s'agit donc pas d'indicateurs fiables de la douleur. Des chercheurs ont étudié d'autres indicateurs physiologiques tels que la pupillométrie (7) ou l'index bispectral (8). Ces travaux sont prometteurs, cependant des études complémentaires et des développements technologiques sont nécessaires pour pouvoir considérer l'usage routinier de ces indicateurs au chevet du patient. En clinique, un instrument d'évaluation de la douleur spécifique à cette population, la Nociception Coma Scale Revised (5), a montré une bonne validité discriminante (9), ainsi qu'une association entre les scores obtenus avec cet instrument et l'activation des aires cérébrales impliquées dans la perception de la douleur (10). Cet instrument est à recommander dans les services de réhabilitation précoce, toutefois il n'est pas adapté aux personnes ventilées artificiellement. De plus, dans des services de réanimation polyvalents avec des patients ventilés, il est préférable de choisir un seul instrument pour évaluer la douleur de toutes les personnes non communicantes. En effet, la formation du personnel est essentielle à la bonne utilisation d'un instrument par les soignants et multiplier les instruments au sein d'un service peut créer des confusions. Dans ce contexte, le CPOT est un instrument qui a démontré sa validité psychométrique, sa faisabilité et son utilité clinique chez les patients non communicants en réanimation (11) et qui a spécifiquement été étudié chez les personnes cérébralisées (12, 13). Cet instrument est donc à l'heure actuelle, celui qui serait à recommander pour les personnes cérébralisées en réanimation.

#### **Bibliographie**

[1] Gelinas C, Arbour C. Behavioral and physiologic indicators during a nociceptive procedure in conscious and unconscious mechanically ventilated adults: similar or different? *Journal of critical care*. 2009;24(4):628 e7-17. [2] Roulin MJ, Ramelet AS. Generating and selecting pain indicators for brain-injured critical care patients. *Pain management nursing*. 2015;16(3):221-32. [3] Arbour C, Choiniere M, Topolovec-Vranic J, Loiselle CG, Puntillo K, Gelinas C. Detecting pain in traumatic brain-injured



patients with different levels of consciousness during common procedures in the ICU: typical or atypical behaviors? *The Clinical journal of pain*. 2014;30(11):960-9. [4]. Roulin MJ, Ramelet AS. Behavioral changes in brain-injured critical care adults with different levels of consciousness during nociceptive stimulation: an observational study. *Intensive care medicine*. 2014;40(8):1115-23. [5] Chatelle C, Majerus S, Whyte J, Laureys S, Schnakers C. A sensitive scale to assess nociceptive pain in patients with disorders of consciousness. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*. 2012;83(12):1233-7. [6] Arbour C, Choiniere M, Topolovec-Vranic J, Loiselle CG, Gelinas C. Can fluctuations in vital signs be used for pain assessment in critically ill patients with a traumatic brain injury? *Pain research and treatment*. 2014:175794. [7] Aissou M, Snauwaert A, Dupuis C, Atchabahian A, Aubrun F, Beaussier M. Objective assessment of the immediate postoperative analgesia using pupillary reflex measurement: a prospective and observational study. *Anesthesiology*. 2012;116(5):1006-12. [8] Arbour C, Gelinas C, Loiselle CG, Bourgault P. An exploratory study of the bilateral bispectral index for pain detection in traumatic-brain-injured patients with altered level of consciousness. *The Journal of neuroscience nursing*. 2015;47(3):166-77. [9] Chatelle C, De Val MD, Catano A, Chaskis C, Seeldrayers P, Laureys S, et al. Is the Nociception Coma Scale-Revised a Useful Clinical Tool for Managing Pain in Patients with Disorders of Consciousness? *The Clinical journal of pain*. 2015. (sous presse). [10] Chatelle C, Thibaut A, Bruno MA, Boly M, Bernard C, Hustinx R, et al. Nociception coma scale-revised scores correlate with metabolism in the anterior cingulate cortex. *Neurorehabilitation and neural repair*. 2014;28(2):149-52. [11] Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gelinas C, Dasta JF, et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*. 2013;41(1):263-306. [12] Echegaray-Benites C, Kapoustina O, Gelinas C. Validation of the use of the Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT) with brain surgery patients in the neurosurgical intensive care unit. *Intensive & critical care nursing*. 2014;30(5):257-65. [13] Topolovec-Vranic J, Gelinas C, Li Y, Pollmann-Mudryj MA, Innis J, McFarlan A, et al. Validation and evaluation of two observational pain assessment tools in a trauma and neurosurgical intensive care unit. *Pain research & management*. 2013;18(6):e107-14.

**Cours supérieurs** - Prise en charge de la douleur du patient cérébro-lésé et son parcours de soin

## **CS6-2 : L'évaluation et la prise en charge de la douleur du patient cérébro-lésé en phase de rééducation initiale**

A. Stefan<sup>(1)</sup>

(1) Nantes, France

Les douleurs post-AVC sont largement décrites dans la littérature notamment les douleurs d'épaule et les douleurs neurogènes centrales. Il y a en revanche peu d'études sur les douleurs après traumatisme crânien (TC) alors qu'elles concerneraient plus de la moitié des patients de façon chronique après TC modéré ou sévère (1). Les douleurs après traumatisme crânien sont variées, leur expression est souvent complexe. Elles peuvent être la conséquence de lésions initiales associées (lésion du système nerveux périphérique), de complications neuro-orthopédiques (para-ostéoarthropathie, spasticité, douleurs d'épaule, syndrome douloureux régional complexe), de complications de l'immobilité. La douleur après lésion cérébrale retentit sur la qualité de la prise en charge lors de la période de rééducation et est défavorable pour la récupération (2). L'évaluation de la douleur doit tenir compte des déficiences associées: aphasie ou plus largement trouble de la communication, troubles de conscience, négligence spatiale unilatérale, troubles visuels, troubles du schéma corporel, spasticité, troubles de l'humeur. Elle repose au mieux sur des outils validés dans cette population. Nous discutons la place des échelles d'autoévaluation et d'hétéroévaluation classiques (Echelle Visuelle Analogique, Echelle numérique, Echelle verbale Simple, Echelle des visages, Doloplus, Algoplus). Les douleurs liées aux soins impliquent une participation transversale des soignants pour une évaluation et une prise en charge régulière. Les options thérapeutiques pour les types de douleurs fréquemment rencontrés, (contractures douloureuses, syndrome douloureux régional complexe, douleurs centrales post-avc, céphalées) sont: pharmacologiques (Antiépileptiques, Antidépresseurs, Opioides, cannabinoïdes, analgésiques topiques, corticoïdes, antiarythmiques, toxine botulique, etc.), non médicamenteuses (thérapies physiques, appareillage, techniques éducatives, cognitivo-comportementales, techniques de stimulation, imagerie motrice, chirurgie). La stratégie dépend des déficiences associées (spasticité, dépression, troubles du comportement, troubles cognitifs), du terrain (épilepsie, troubles de conscience, traitement concomitant, contre indications), et de l'impact des thérapeutiques sur la récupération neurologique. Elle nécessite une approche multidisciplinaire selon un modèle bio-psycho-social (3).

### **Bibliographie**

[1] Lahz, S., & Bryant, R. A. (1996). Incidence of chronic pain following traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehab*, 77(9), 889-891. [2] Ivanhoe, C. B., & Hartman, E. T. (2004). Clinical caveats on medical assessment and treatment of pain after TBI. *J Head Trauma Rehab*, 19(1), 29-39. [3] Branca, B., & Lake, A. E. (2004). Psychological and neuropsychological integration in multidisciplinary pain management after TBI. *J Head Trauma Rehab*, 19(1), 40-57.

## Cours supérieurs - Prise en charge de la douleur du patient cérébro-lésé et son parcours de soin

### CS6-3 : Prise en charge à domicile de la douleur et parcours de soin du cérébro-lésé

A. Guillot<sup>(1)</sup>, S.Savarit<sup>(1)</sup>

(1) UGECAMIDF Coubert, Coubert, France

Après une lésion cérébrale, la personne en situation de handicap va suivre un parcours de soins long de plusieurs années. Parfois ce parcours sera chaotique et dépendant des déficiences neuromotrices, cognitives ou comportementales du patient et des capacités de son entourage à s'adapter à un nouveau projet de vie. Peu répertorié dans la littérature, la douleur représente un facteur influençant la prise en charge, le handicap et la qualité de vie des patients cérébro-lésés. Dans la rééducation neuro-motrice, la douleur est un facteur modifiant les troubles de la motricité volontaire et involontaire. Mais la douleur va également parfois modifier le comportement de la personne (gestion des émotions), son adhésion aux soins et à la rééducation-réadaptation (compréhension, jugement, verbalisation...). Sa prise en compte est donc indispensable pour l'optimisation des capacités fonctionnelles du patient, et donc de son indépendance. Dans l'environnement du patient cérébro-lésé, différents dispositifs sont disponibles: hospitaliers, sanitaires, libéraux ou médico-sociaux, spécialisés ou non. Au delà de l'hospitalisation conventionnelle en centre de rééducation, la prise en charge de la douleur doit donc être poursuivie sur le long terme. Ainsi, nous aborderons les dispositifs existants au domicile de la personne cérébro-lésée, notamment les objectifs et moyens d'intervention pluridisciplinaire d'une hospitalisation à domicile de rééducation-rééducation (HADR). Différents outils et moyens permettent les évaluations, le suivi et le traitement de la douleur au domicile. Nous évoquerons le rôle des différents intervenants médicaux et paramédicaux, libéraux et salariés de l'HADR, dans ce domaine, afin de comprendre leur impact sur le projet de soins/rééducation/réadaptation de la personne cérébro-lésée douloureuse prise en charge dans son environnement de vie. Le recours aux consultations spécialisées est fréquent et indispensable sur le long terme pour intégrer la prise en charge de la douleur dans la démarche globale de l'équipe, coordonnée par le médecin traitant et le médecin de médecine-physique de rééducation.

#### Bibliographie

<http://www.cnr.fr/IMG/pdf/PAGO.pdf> <http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/docs/main.pdf>  
<http://www.cnr.fr/IMG/pdf/V%20JOINDREAU.pdf> [http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module6/arielle/chapitre\\_06.pdf](http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module6/arielle/chapitre_06.pdf)  
<http://lemedecinquebec.org/Media/115817/063-070DrCl%C3%A9ment0112.pdf>  
[http://www.sofmer.com/download/sofmer/sofmer\\_tc\\_Fiche\\_synthese.pdf](http://www.sofmer.com/download/sofmer/sofmer_tc_Fiche_synthese.pdf)  
[http://www.atout-org.com/sofmer2010/affichage\\_resume!fr!!!b1636d40-8cce-102d-9437-41b7d401869c!171](http://www.atout-org.com/sofmer2010/affichage_resume!fr!!!b1636d40-8cce-102d-9437-41b7d401869c!171)  
[http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDPHA\\_T\\_2011\\_SCHMIT\\_AURELIE.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDPHA_T_2011_SCHMIT_AURELIE.pdf)  
[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/symphas-bmj\\_4\\_pages\\_bat31-03-10.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/symphas-bmj_4_pages_bat31-03-10.pdf)  
<http://www.institut-upsa-douleur.org/Media/Default/Documents/IUDTHEQUE/PERIODIQUES/Dsm/institut-upsa-douleur-periodique-sante-mentale-06.pdf>  
<http://www.handicap.org/?XXIIles-entretiens-annuels-2010>  
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-04/po268.pdf>  
[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-04/symphas-bmj\\_po268.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-04/symphas-bmj_po268.pdf)  
[www.crftc.org/images/34/Oppenheim\\_Prise\\_en\\_charge\\_des\\_troubles\\_comportement\\_des\\_patients\\_cerebroleses.pdf](http://www.crftc.org/images/34/Oppenheim_Prise_en_charge_des_troubles_comportement_des_patients_cerebroleses.pdf)  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0750765814009757>

## Cours supérieurs - Penser la relation en douleur chronique

### CS7-1 : Alliance et relation thérapeutique : quelle approche pour quels objectifs ?

B. Lionet<sup>(1)</sup>

(1) Centre hospitalier de Dunkerque, Dunkerque, France

Issues du croisement entre le champ médical et le champ psychique, les notions d'alliance thérapeutique et de relation thérapeutique mettent l'accent sur les mécanismes et les effets de la rencontre entre soignants et soignés. Plus que la simple rencontre de deux individus, c'est aussi celle de deux subjectivités animées de représentations, de croyances et d'attentes relatives à cette rencontre [1]. Dès l'origine, ces approches ont pris le parti de considérer que la relation entre soignant et soigné n'est pas neutre, qu'elle comporte des aspects échappant aux deux protagonistes et qu'il s'agit de les reconnaître, voire de les utiliser dans le but d'améliorer l'efficacité des soins. Loin d'être des manifestations périphériques ou secondaires, l'alliance thérapeutique et la qualité de la relation thérapeutique sont considérées aujourd'hui comme des éléments centraux de la relation de soin et de ses effets, notamment dans le suivi des patients douloureux chroniques [2]. Dans les centres d'évaluation et de traitement de la douleur, la relation soignant/soigné se déploie sur un mode processuel émaillé de moments féconds, de crises, de répétition [3] ou de stases plus ou moins longues où la chronicité inscrit sa propre temporalité [4]. Se référer à l'alliance thérapeutique ou à la relation thérapeutique, c'est essayer de penser ce qui se joue dans ce processus en s'appuyant sur deux grilles de lecture sensiblement différentes mais pas antinomiques. De manière pragmatique, nous essaierons de répondre aux questions suivantes : de l'alliance thérapeutique ou de la relation thérapeutique, quelle approche est la plus adaptée à quelles situations ? A quel moment ou dans quelles conditions faudrait-il porter notre attention à la qualité de l'alliance thérapeutique ou à celle de la relation thérapeutique ? Une approche est-elle plus adaptée à certains types de douleur ? Ou s'agit-il de se les approprier en fonction des sensibilités de chacun ? Nous verrons comment ce qui distingue ces deux approches c'est qu'elles reposent sur des objectifs différents qu'il faut adapter à la prise en charge des patients douloureux chroniques.

#### **Bibliographie**

[1] Valabrèga JP (1962) *La relation Thérapeutique*, Flammarion [2] Bachelart M, Bioy A (2013), *Alliance Thérapeutique, douleur et méthodes corporelles*, Institut UPSA [3] Dumet N (2014) *Des enjeux de la compulsion de répétition dans la relation thérapeutique. Douleur et analgésie* [4] Allaz AF Vannotti M (1997) *Douleurs chroniques rebelles et aspects thérapeutiques de la relation médecin-malade*, Cahiers psychiatriques.



## Cours supérieurs - Penser la relation en douleur chronique

### CS7-2 : Les différents visages du transfert dans la relation avec un patient douloureux chronique

B. Duplan<sup>(1)</sup>

(1) Hopital Reine Hortense, Aix Les Bains, France

Classiquement, le transfert correspond à un déplacement d'objets, de personnes, de biens ou de valeurs. Étymologiquement, il renvoie au latin *transferre* : « porter d'un lieu à un autre ». Le transfert a aussi une dimension relationnelle, conceptualisée par Freud à propos de la cure analytique. Le transfert s'effectue classiquement vers le soignant. Mais il est réciproque et on parle alors de contre-transfert du soignant vis-à-vis du soigné. Les éléments de la vie psychique qui sont transférés et contre-transférés sont essentiellement des affects qui correspondent à une remise à jour, une réactualisation de désirs infantiles devenus inconscients : être aimé, être consolé, imiter, être un objet d'attention, ou bien encore séduire, être puni, être le plus fort ou ... détruire. Ces désirs ont été actifs en direction des parents, ou de leurs substituts. "Le trait caractéristique est de remplacer une personne antérieurement connue par la personne du médecin" (Freud). Le transfert appartient à toute relation de soins. Il représente un processus inconscient mais qui est facilement mis en évidence par ses effets tels que l'échec, l'angoisse, un sentiment confus ou hostile de la part du soigné ou du soignant. Le transfert peut s'exercer sur des objets inanimés, tels que le cadre de soins, avant de s'exercer sur un ou plusieurs soignants (transfert diffracté). Le processus de transfert est instable et peut osciller entre un aspect tendre (transfert positif) et un aspect hostile ou méfiant (transfert négatif). Dans le premier cas, le malade découvre et éprouve de la sympathie pour son soignant. Dans le deuxième cas, le patient ne peut entrer en relation avec le(s) soignant(s) que de façon négative, souvent haineuse. Si l'on applique ce concept du transfert au contre-transfert, il existe des contre-transferts positifs avec un surinvestissement du malade parfois appelé « bon malade », avec au maximum risque de dépendance vis-à-vis de ce patient. Le contre-transfert négatif quant à lui fait parler de « mauvais malade » ; il se manifeste par de l'agressivité inconsciente mais aussi par des ressentis corporels chez le soignant sous forme de tensions mais aussi sous forme d'agir. La prise de conscience du transfert et des désirs qu'il répète permet de dénouer les répétitions dans les situations qui semblent échapper. Il est possible de postuler qu'en travaillant dans le cadre d'une analyse de la pratique par exemple, il serait possible de restaurer la capacité du soignant à être présent, lucide, à prendre des décisions, et à accepter celle des autres.

## Cours supérieurs - Penser la relation en douleur chronique

### CS7-3 : Maman, papa, la douleur et moi. Comment le psychologue pense-t-il la place de chacun ?

E. Fauconnier<sup>(1)</sup>, F.Reiter<sup>(1)</sup>

(1) Hôpital Armand Trousseau, Paris, France

De nombreux articles abordent le fonctionnement psychique des patients présentant des douleurs chroniques, leurs répercussions et les thérapies à proposer. Au cours de cette présentation, nous aborderons une question bien souvent éludée par les auteurs : quelle place accorder aux parents lorsque nous accueillons des enfants et des adolescents ayant des douleurs chroniques ? Nous partagerons notre réflexion éclairée par les différents courants de la psychanalyse de l'enfant [1] et de l'attachement. En pratique, quelle place laisser à ces parents qui accompagnent leur enfant qui « a mal » ? Quelles solutions cliniques pouvons-nous proposer pour qu'un « partenariat » [2] soit possible ? Au sein de notre unité, nous recevons d'emblée les familles en consultation binôme médecin/psychologue [3]. Il s'agit de mettre en jeu une co-écoute singulière et complémentaire qui incarne l'alliance psyché-soma. A la lumière d'une illustration clinique, nous tenterons de montrer combien cette déliaison psychocorporelle vient mettre la nature des liens entre l'enfant et ses parents au centre de la dynamique de l'entretien. En effet, lorsque le travail d'identification/différenciation [4] n'a pas pu s'instaurer de manière suffisamment sécurisée, la capacité « à penser seul en présence de l'autre » développée par D.W. Winnicott [5] ne peut se mettre en place et oblige les membres de la famille à « maintenir une symbiose comportementale dans la réalité » [6] figée dans la douleur. Lorsqu'une psychothérapie est envisagée, le psychologue doit penser la place à accorder à chacun pour que celle-ci s'engage de façon pérenne. Nous discuterons de la pertinence de ménager des espaces intimes et communs, pour chaque membre de la famille auprès d'un seul thérapeute, d'un collègue, ou dans le cadre d'entretiens familiaux. Nous présenterons aussi l'intérêt des thérapies de relaxation qui invitent les enfants à « penser seuls » et à investir leurs corps comme un ensemble différencié. Ces choix thérapeutiques appuient d'une part l'importance d'un travail d'équipe et d'autre part le sens clinique de chaque psychologue qui ajuste ses choix thérapeutiques en fonction des éléments de réalité (somatique, scolaire...) et transférentiels.

#### **Bibliographie**

[1] KNAUER D., NANZER N. *Que nous apportent les parents dans la psychothérapie psychodynamique individuelle de l'enfant ?* *Psychothérapies*, 2005, 25, 3, 155-163 [2] SCHMIT G., ROLLAND A.-C. *Le travail avec les parents en pédopsychiatrie.* *Perspectives Psy*, 2006, 45, 1, 6-7 [3] TOURNIAIRE B., REITER F. *La consultation douleur en binôme : corps et psyché indissociables.* *Arch ped*, 2012, 19, 651, 272-273 [4] ROUSSILLON R., *Quelques principes et analyseurs aux fondements de la psychothérapie.* (2001) [en ligne]. Disponible sur : <http://reneroussillon.com>. (page consultée le 19/08/2015) [5] WINNICOTT D. W., *La position dépressive dans le développement affectif normal.* 1954 In : *De la pédiatrie à la psychanalyse.* Paris : Payot & Rivages. 1969, 464 p. [6] BERGER M. *Le travail avec les parents.* *Enfances & Psy*, 2000, 12, 4, 127-133.



## **Atelier de la douleur - Bouger plus : quel impact et quel bénéfice pour le patient douloureux chronique ?**

*C. Lestrade, B. Causse, E. Combe, Q. Trillaud, S. Freyssinet*

Des études récentes viennent souligner l'intérêt de l'activité physique chez le patient douloureux chronique en termes de qualité de vie, d'amélioration de l'état psychologique et de soulagement de la douleur. Cependant, l'expérience clinique montre qu'il est extrêmement difficile de remettre ces patients à l'effort pour des raisons diverses : manque de motivation dû à des éléments psychologiques, peur de se faire mal (kinésiophobie). Si nous, soignants, sommes persuadés des bienfaits de la reprise d'activité physique, comment vaincre les réticences de nos patients et leur permettre de se remettre en mouvement ? La réponse semble être dans une évaluation précise des capacités du patient tant physiques que psychologiques et dans un accompagnement personnalisé. Nous nous proposons ici de présenter nos expériences de mise en place de réentraînement à l'effort -en groupe ou en individuel- chez les patients douloureux chroniques en collaboration avec des enseignants



## **Atelier de la douleur - Place de la neurochirurgie dans le traitement des douleurs rebelles d'origine cancéreuse.**

*B. George, V. D'hardemare, J. Thiebault, D. Dupoirion, I. Krakowski, A. Margot duclot*

Les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (WHO) en 1986 ont contribué largement à l'amélioration de la prise en charge des douleurs du cancer en aidant les praticiens à mieux utiliser les antalgiques. Cependant, un certain nombre de données dans la littérature dont l'enquête réalisée en 2010 sous l'égide de l'Institut National du Cancer confirme qu'un certain nombre de patients (plus de 10%) ont des douleurs intenses malgré une prise en charge médicale adaptée. La lenteur de l'adaptation posologique face à la douleur qui s'accroît, les effets délétères des doses élevées des traitements médicaux, la méconnaissance des alternatives chirurgicales dans la douleur rebelle du cancer et enfin la difficulté à trouver une équipe proposant ces techniques, sont des obstacles importants à une prise en charge adaptée. Il apparaît donc nécessaire de faire une mise au point sur la place des techniques chirurgicales dans l'arsenal thérapeutique en l'absence de recommandations internationales. L'oratrice, à partir de la littérature et de son expérience de clinicienne, proposera des axes de réflexion pour l'aide à la décision dans des cas toujours complexes.



## **Atelier de la douleur - Focus sur l'examen clinique en consultation douleur chronique (adulte)**

### *En attente des intervenants*

L'examen clinique est une étape indispensable citée dans tous les références de prise en charge de la douleur (HAS 1999, HAS 2009). Cependant, les patients venant en dernier recours en consultation dans les structures de prise en charge de la douleur chronique ont déjà consulté de nombreux confrères et l'évaluation de la douleur du patient dans sa globalité, autre élément clé de la consultation, requiert du temps. De ce fait, cet atelier vise à définir l'intérêt de l'examen clinique en consultation SDC, ses caractéristiques et l'apprentissage des compétences nécessaires.



**Atelier de la douleur - S'inscrire dans un réseau d'échanges au niveau régional : quelle organisation, quelles actions ?**

*JM. Gautier, JM.Bergia, J.Rubenovitch, E. Bon*

Dans le cadre de la procédure de certification (1), un des objectifs du critère 12a est d'inciter les établissements à s'inscrire dans des réseaux d'échanges pour améliorer la prise en charge de la douleur tout au long du parcours du patient (partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions). Le rôle d'un InterCLUD est de susciter et conduire des réflexions collectives à l'échelle d'une région, d'un territoire, impulser des mesures nouvelles et potentialiser les actions déjà entreprises par une mise en commun des compétences. Le Réseau InterCLUD Languedoc Roussillon et la Fédération InterCLUD Midi-Pyrénées se proposent de présenter leur modèle d'organisation, illustré par une action mise en place dans leur région respective.



## **Atelier de la douleur - La stimulation magnétique transcrânienne en 2015 : indications, applications pratiques, formation et perspectives**

*J. Nizard, E. De chauvigny, J. Nguyen, J. Lefaucheur, N. Attal*

La rTMS connaît un développement important dans différentes indications, en particulier dans la douleur chronique. Des guidelines européens sont désormais disponibles (Lefaucheur et al, 2014), ainsi que des recommandations internationales pour la conduite de protocoles de recherche clinique en rTMS (Klein et al., 2015). Cet atelier thématique spécifique a pour but d'actualiser les connaissances des participants sur la rTMS, dans ses aspects cliniques, de recherche et de formation. Pour la pratique clinique, seront exposés les principales indications de la rTMS, et le niveau de preuve associé, les contre-indications, et effets indésirables les plus fréquents. Les cliniciens seront amenés à mieux connaître, en pratique, les différents protocoles utilisés et les centres proposant la rTMS en France. Les principaux axes de recherche en cours, et les perspectives d'avenir seront ensuite abordés, de même que les formations complémentaires actuellement disponibles sur cette technique. L'ATS sera interactif, et conduit par des praticiens ayant une solide expérience de la technique.



## Atelier de la douleur - Au risque du soulagement

*V. Comparin-ainard, L. David, F. Olivier*

A l'appui d'une vignette clinique nous nous proposons d'interroger une question centrale dans la prise en charge de la douleur à savoir celle du soulagement et de ses possibles conséquences en matière psychique. Le cas de Mr T, jeune patient souffrant de lombosciatique chronique, est en ce sens paradigmatique. Ce patient, occupant un poste important dans un domaine hautement scientifique et médical, vient consulter le médecin de la consultation douleur chronique avec une demande de modification du traitement antalgique qu'il suit depuis 6 ans. A l'occasion d'une hospitalisation programmée pour remplacement des morphiniques par de la Méthadone, une proposition d'aide psychothérapeutique lui est faite. Il l'accepte et s'engage alors dans une longue prise en charge commune qui le conduit à être suivi par un somaticien, un psychologue, un psychiatre. Après 3 ans de consultations et hospitalisations, l'amélioration est nette, le sevrage en palier 3 réalisé. Alors que l'amélioration évidente se traduit à plusieurs niveaux et que le patient, l'alléguant, a souhaité suspendre le suivi psychologique, il se suicide un an après cet arrêt.



## **RÉSUMÉS DES POSTERS SÉLECTIONNÉS POUR LA PRÉSENTATION ORALE**

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure - Techniques thérapeutiques

### **PO-01 : Evaluation de l'impact d'un chemin clinique instauré selon les recommandations de l'HAS pour les patients bénéficiant d'une neurostimulation médullaire et mesure de la satisfaction de ces patients.**

*M.Jeannin<sup>(1)</sup>, F. Tiberghien-chatelain<sup>(2)</sup>, A.Voidey<sup>(1)</sup>, A.Grumblat<sup>(1)</sup>, V.Piccand<sup>(2)</sup>, J.Lajoie<sup>(2)</sup>*

(1) Pole pharmaceutique CHU Besançon, Besançon, France, (2) CETD CHU Besançon, Besançon, France

Suite à un audit en 2012 évaluant le bon usage des neurostimulateurs médullaires (NSM) dans notre CHU, un chemin clinique (CC) a été mis en place en 2014. Ce travail a pour objectif d'évaluer l'impact de ce CC à un an de sa mise en place.

Matériel et méthodes : Nous avons étudié tous les patients inclus dans le CC depuis sa mise en place (le 01/04/2014) jusqu'au 31 mars 2015. L'impact du CC a été évalué sous plusieurs angles : analyse par rapport au bon usage selon le référentiel HAS 2014 (mesure du pourcentage de conformité des 15 critères, pourcentage moyen de conformité du processus et comparaison avec les résultats de 2012), analyse des indicateurs de suivi du CC (pourcentage d'utilisation du CC et de remplissage des différents items), mesure de l'efficacité du CC (proportion d'échec, d'explantation, de pose définitive et comparaison versus une cohorte historique sans CC) et réalisation d'une enquête de satisfaction patients (11 questions). Résultats : Onze patients ont eu une primo implantation de NSM. La conformité est de 100% pour 12 des 15 critères évalués. Le pourcentage moyen de conformité du processus est de 91%. Pour les indicateurs de suivi, le CC est utilisé à 92,3% et 52% des items sont remplis. Pour l'efficacité du CC, la proportion d'échec du test préimplantatoire a diminué (15% versus 17%), la proportion de pose définitive a augmenté (90% versus 83%). L'enquête de satisfaction montre que 70% des patients sont plutôt satisfaits de leur prise en charge, 90% trouvent le parcours de soins facile et 100% connaissent l'utilisation du NSM.

Le CC a permis l'amélioration du bon usage des NSM. Les indicateurs de suivi montrent une utilisation de ce CC désormais ancré dans la pratique quotidienne mais qui doit encore s'optimiser. Les indicateurs d'efficacité montrent des progrès dans la prise en charge des patients.

## Recherche clinique - Autres

### PO-02 : Incidence du mésusage de la codéine et facteurs de risque associés dans une cohorte de patients douloureux chroniques non cancéreux en France

*N.Authier<sup>(1)</sup>, C.Chenaf<sup>(1)</sup>, J.Delorme<sup>(2)</sup>, B.Pereira<sup>(3)</sup>, A.Mulliez<sup>(3)</sup>, N.Delage<sup>(4)</sup>, A.Eschalier<sup>(5)</sup>, J. Kabore<sup>(2)</sup>*

(1) UMR INSERM 1107 NEURO-DOL, Faculté de Médecine, Université d'Auvergne, Clermont-ferrand, France, (2) CHU Clermont-Ferrand, Centre Addictovigilance Auvergne (CEIP), Service de Pharmacologie Médicale, Clermont-ferrand, France, (3) CHU Clermont-Ferrand, Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation, Clermont-ferrand, France, (4) CHU Clermont-Ferrand, Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur (CETD), Service de Pharmacologie Médicale, Clermont-ferrand, France, (5) Institut Analgesia, Faculté de Médecine, Clermont-ferrand, France

L'expansion de l'usage des opiacés ces dernières années a favorisé une augmentation de leur mésusage. En France la codéine est l'opiacé analgésique le plus utilisé; cependant aucune donnée n'est disponible concernant son mésusage chez les douloureux chroniques non cancéreux (DCNC) où les preuves d'efficacité sont limitées. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'incidence du mésusage de la codéine chez les DCNC, d'identifier les facteurs de risques et de déterminer l'impact sur les hospitalisations et la mortalité.

Une cohorte rétrospective de DCNC traités par codéine entre 2004 et 2014 a été établie à partir de L'Échantillon Généraliste des Bénéficiaires (données de l'Assurance Maladie). Le « doctor-shopping » défini comme le chevauchement d'ordonnances de  $\geq 1$  jour, prescrites par  $\geq 2$  médecins et délivrées dans  $\geq 3$  pharmacies a été utilisé comme approche pour déterminer le mésusage.

Au total 1958 patients (2/3 de femmes) avec un âge moyen de  $62.7 \pm 16.1$  ans ont été inclus. Le taux d'incidence annuelle était de 4.03% (95% IC: 3.07 – 5.28). En analyse multivariée, le jeune âge (<40 ans) (RR = 7.74 (4.52 – 13.26)  $p < 0.001$ ), les troubles psychiques (RR = 2.37 (1.15 – 4.88)  $p = 0.019$ ), l'usage de Benzodiazépines anxiolytiques (RR = 2.75 (1.36 – 5.55)  $p = 0.005$ ) et les antécédents d'utilisation d'opiacés forts (RR = 3.01 (1.26 – 7.16),  $p = 0.013$ ) constituaient les facteurs de risques. Le mésusage ne semblait pas avoir d'impact sur la survenue d'hospitalisation (OR = 0.76 (0.24 – 2.41),  $p = 0.643$ ) ou de décès (RR = 2.17 (0.54 – 8.75),  $p = 0.276$ ).

La codéine fait l'objet d'un mésusage assez élevé chez les DCNC. Une surveillance particulière des patients à risque élevé et la mise en place d'un outil de surveillance des délivrances de médicaments en pharmacie pourrait permettre de réduire le mésusage.

## Recherche clinique - Autres

### PO-03 : Effet antinociceptif du paracétamol lors de son association à la N-Acetylcysteine

*N. Macian<sup>(1)</sup>, B.Pereira<sup>(1)</sup>, S.Eschalier<sup>(1)</sup>, S.Boulliau<sup>(1)</sup>, F.Giron<sup>(1)</sup>, C.Duale<sup>(1)</sup>, C.Dubray<sup>(1)</sup>, G.Pickering<sup>(1)</sup>*

(1) CHU Clermont-Ferrand, Clermont-ferrand, France

Le mécanisme d'action du paracétamol et l'implication de ses métabolites dans son action antalgique et sa toxicité sont particulièrement intéressants. Le glutathion joue un rôle central dans le métabolisme du paracétamol puisqu'il permet, dans des conditions de posologie à dose thérapeutique de paracétamol, la détoxification d'un métabolite toxique, le N-acetyl-pbenzoquinonimine (NAPQI). Le N-Acetylcysteine (NAC) est l'antidote lors d'intoxication au paracétamol, cette étude vise à évaluer si l'association chez le volontaire sain, de paracétamol et de NAC diminuerait l'effet antinociceptif du paracétamol et protégerait de la diminution de glutathion.

Un essai clinique randomisé en double-aveugle, croisé, contrôlé versus placebo (NCT02206178) a inclus 29 sujets volontaires sains. L'étude s'est déroulée au Centre de Pharmacologie clinique du CHU de Clermont-Fd. Les sujets recevaient pendant deux périodes d'études de 5 jours: 4 g de paracétamol par jour et 600 mg de NAC ou placebo pendant 4 jours, puis 2 g de paracétamol et 600 mg de NAC ou placebo le dernier jour. Des tests de douleurs thermiques au Pathway-Médoc® couplés à des cotations de douleurs, des dosages de glutathion et des bilans hépatiques ont été réalisés au début et à la fin de chaque période d'étude.

Le glutathion est significativement diminué lors de la prise de paracétamol comparé au paracétamol + NAC (0.33+/-9.14 vs -4.56+/-8.45, p=0.033). Les enzymes hépatiques sont élevées (ASAT/ALAT) significativement à la fin de l'étude dans les 2 groupes. L'impact bénéfique sur les seuils douloureux n'est pas altéré significativement en présence de paracétamol + NAC.

L'effet délétère sur le glutathion est absent lors de l'ajout de NAC. De plus, l'effet antinociceptif du paracétamol n'est pas altéré par le NAC. L'effet bénéfique de NAC, lors de la prise de paracétamol, doit maintenant être étudié chez les patients lors de la prise chronique de paracétamol.

## Recherche clinique - Psychologie

### **PO-04 : DOULEUR CHRONIQUE NON CANCEREUSE ET OPIACÉS : QUEL PROFIL PSYCHOLOGIQUE DE PATIENTS ?** Belhourania, R., Gillot, F., Nizard, J., & Boudoukha, A.H.

*R. Belhourania*<sup>(1)</sup>

(1) Université de Nantes, Nantes, France

Identifier certaines caractéristiques du profil psychologique des patients consommateurs d'opiacés présente un double intérêt en termes de: - prévention : pour les médecins en amont de la prescription d'opiacés pour appréhender le profil psychologique associé à l'usage de ce médicament ; - prise en charge pluridisciplinaire : pour l'ensemble des équipes soignantes dans la compréhension des enjeux psychologiques entourant la consommation d'opiacés.

86 patients du Centre de Traitement et d'Évaluation de la Douleur de l'hôpital nord Laennec à Nantes (43 consommateurs de morphine et 43 non consommateurs) ont rempli les deux autoévaluations suivantes : - Inventaire de croyances et de perceptions associées à la douleur (Roussel et al., 2010) qui mesure les quatre croyances suivantes relatives à la douleur chronique : mystère, pérennité, constance, culpabilité. - Questionnaire d'expérience d'injustice (Sullivan et al., 2008) qui mesure deux aspects du sentiment d'injustice des patients par rapport à leur vécu douloureux : la sévérité/irréparabilité et le reproche/iniquité. Les traitements statistiques ont visé à identifier les différences entre les patients consommateurs et non consommateurs concernant ces dimensions.

Chez les consommateurs d'opiacés, la croyance de culpabilité se distingue à deux égards : - son score est significativement plus élevé et se positionne à proximité du quantile le plus élevé des scores pour cette croyance, - elle est corrélée positivement avec l'aspect « sévérité / irréparabilité » du sentiment d'injustice uniquement dans ce groupe.

Les consommateurs d'opiacés se distinguent des non consommateurs en ce qu'ils expriment plus de reproches envers eux-mêmes en cas de douleur. Il pourrait s'agir d'un processus de rumination négative envers leur état de douleur plus accentué que chez les non consommateurs. Cette croyance de culpabilité n'étant pas corrélée à la dimension reproche/iniquité du sentiment d'injustice, il s'agirait plutôt d'une attribution interne ayant une thématique de blâme envers soi.

## Recherche clinique - Autres

### **PO-05 : Douleur et vulnérabilité sociale : Prévalence et facteurs de risque de la vulnérabilité sociale en Centres d'Évaluation et Traitement de la Douleur.**

*F.Marcaillou<sup>(1)</sup>, S. Boulliau<sup>(1)</sup>, S.Poulet-garcia<sup>(1)</sup>, S.Cavalini<sup>(1)</sup>, N.Delage<sup>(1)</sup>, P.Picard<sup>(1)</sup>, N.Macian<sup>(1)</sup>, G.Pickering<sup>(1)</sup>*

(1) CHU Gabriel Montpied, Clermont-ferrand, France

La douleur chronique amplifie la vulnérabilité psychologique, physique et sociale, et apparaît comme un indice de vulnérabilité sociale et de précarité. Le but de l'étude est d'évaluer la prévalence de la vulnérabilité sociale et d'identifier les facteurs de risques socio-économiques qui entravent la prise en charge de la douleur chronique en Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur (CETD).

Les patients douloureux chroniques consultant au CETD sont inclus et la précarité, la qualité de vie et du sommeil sont évalués par questionnaire (EPICES, SF36, HAD, PSQI). Une seconde visite est proposée 3 mois après avec le médecin et l'assistante sociale si le score EPICES est  $\geq 30,2$ . La relation entre précarité et facteurs prédictifs est évaluée selon les quintiles du score EPICES. (A[0-7,1[ ; B[7,1-16,6[ ; C[16,6-30,2[ ; D[30,2-48,5[ ; E[48,5-100[).

120 patients ont été inclus (88 femmes, 32 hommes,  $51,4 \pm 10,6$  ans). Les douleurs neuropathique et dysfonctionnelle sont prédominantes (respectivement 21,4% et 50% des patients) et 38,3% des patients seraient en situation de précarité. Les analyses montrent une différence significative dans la cotation de la santé physique ( $P=0,008$ ), de la santé mentale. ( $P=0,047$ ), de la dépression ( $P=0,038$ ) et de la qualité du sommeil ( $P=0,037$ ). En comparant les groupes, l'intensité de la douleur et de l'anxiété sont similaires.

L'étude montre un pourcentage de patients en situation précaire supérieur à la moyenne nationale. De plus il existe une relation entre la santé physique, la santé mentale, la dépression, la qualité du sommeil et le niveau de précarité. Le score EPICES apparaît comme indice d'intérêt dans l'évaluation bio-psycho-sociale des patients douloureux chroniques pris en charge au CETD. L'étude est encore en cours et la place de l'assistante sociale dans la prise en charge de la vulnérabilité sociale en CETD sera étudiée.

## Recherche fondamentale

### PO-06 : Le récepteur 5-HT<sub>6</sub>, une nouvelle cible pour le traitement des douleurs neuropathiques?

*P. Martin<sup>(1)</sup>, M. Hamieh<sup>(1)</sup>, A. Privat<sup>(1)</sup>, F. Libert<sup>(1)</sup>, F. Marchand<sup>(1)</sup>, A. Eschalié<sup>(1)</sup>, P. Marin<sup>(2)</sup>, C. Courteix<sup>(1)</sup>*

*(1) Inserm U1107, Clermont-ferrand, France, (2) IGF, Inserm U661, CNRS UMR 5203, Montpellier, France*

En France, la prévalence des douleurs neuropathiques est estimée à 6,9% de la population (Bouhassira et al., 2007). Ces douleurs ont un impact important sur la qualité de vie des patients et présentent fréquemment des comorbidités incluant troubles du sommeil, dépression, anxiété et troubles cognitifs. La prise en charge thérapeutique des douleurs neuropathiques est complexe, l'efficacité des traitements de référence (antidépresseurs tricycliques et anticonvulsivants) est limitée (Finnerup et al., 2015). Bien que la sérotonine joue un rôle majeur dans la modulation de la douleur, les antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) sont encore moins efficaces que les tricycliques alors qu'ils exposent à moins d'effets indésirables. Nous proposons d'évaluer (i) l'implication du récepteur de la sérotonine 5-HT<sub>6</sub> dans l'allodynie tactile induite par la ligature du nerf spinal chez le rat et les déficits cognitifs associés et (ii) les effets bénéfiques de l'inactivation du récepteur 5-HT<sub>6</sub> sur l'efficacité de la fluoxétine.

Les traitements pharmacologiques sont réalisés quatorze jours après ligature de la racine L5 du nerf spinal (SNL) de rats mâles sprague-Dawley présentant une allodynie tactile. Les substances sont administrées par voie intrapéritonéale (i.p.) (SB 258585, antagoniste du récepteur 5-HT<sub>6</sub>), intrathécale (i.t.) (WAY 208466, agoniste du récepteur 5-HT<sub>6</sub>, SB 258585) et sous-cutanée (s.c.) (Fluoxétine, pellets à libération continue de 28 mg/kg/j). Leur efficacité est évaluée vis-à-vis de l'allodynie tactile (test des filaments de von Frey, VFH test, (Chaplan et al., 1994)) et de la mémoire de reconnaissance sociale (Loiseau et al., 2008).

L'allodynie tactile induite par la neuropathie traumatique est associée à une altération des performances cognitives. Le blocage des récepteurs 5-HT<sub>6</sub> par le SB 258585 (4,8 µmol/kg i.p. ou 200 pmol/rat i.t.) réduit l'allodynie tactile et améliore les performances cognitives des rats SNL. Ces effets sont sous-tendus par le blocage des récepteurs 5-HT<sub>6</sub> spinaux car abolis par la co-administration i.t. de l'agoniste 5-HT<sub>6</sub> (WAY 208466, 200 pmol/rat). Le renforcement des contrôles descendants sérotoninergiques par la fluoxétine (28 mg/kg/j pendant 5 jours) exerce des effets anti-allodyniqes et pro-cognitifs partiels, identiques à ceux de l'antagoniste 5-HT<sub>6</sub>. Enfin, la combinaison de la fluoxétine (administration continue 28 mg/kg/j s.c. pendant 5 j) avec l'antagoniste 5-HT<sub>6</sub> (administration unique à J5, 4,8 µmol/kg, i.p.) révèle un effet synergique des 2 traitements conduisant à un rétablissement total de la sensibilité tactile et des performances cognitives.

Après avoir identifié les voies de signalisation déclenchées par l'activation du récepteur 5-HT<sub>6</sub> et impliquées dans ses effets délétères sur la sensibilité tactile et sur la cognition, ces travaux sont de nature à étayer l'efficacité analgésique d'une stratégie d'association ciblant la neurotransmission sérotoninergique, et à améliorer la pertinence et la prédictibilité des évaluations pré-cliniques des antalgiques dans un contexte douloureux chronique.



## RÉSUMÉS DES COMMUNICATIONS AFFICHÉES



## **1- Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure**

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure - Autres

### **P-02 : « Fast-School : Programme d'information court en une séance aux patients douloureux chroniques : étude observationnelle multicentrique »**

*F. Colin<sup>(1)</sup>, F.Laroche<sup>(1)</sup>, S.Perrot<sup>(2)</sup>, B.Marti<sup>(3)</sup>, M.Collet<sup>(2)</sup>, R.Deleens<sup>(2)</sup>*

(1) CETD Saint-Antoine, Paris, France, (2) Hôpital Cochin - Hôtel Dieu, Paris, France, (3) Hôpital St Antoine, Paris, France

Impact d'un programme d'information court pour une population de patients consultant pour la première fois en centre de la douleur. Paramètres d'évaluation : observance (Morisky) des soins proposés, motivation au changement (PSOCQ), sentiment d'efficacité personnelle (PSEQ-2), impression globale de changement (PGIC), perceptions et croyances sur la douleur (PBPI), catastrophisme (PCS), anxiété, dépression (HAD), qualité de vie (SF-12) et intensité –retentissement de la douleur (EVA, QCD).

Cohorte observationnelle, multicentrique (Hôpitaux St Antoine & l'Hôtel Dieu, Paris) pendant le 1<sup>er</sup> semestre 2015. Programme d'information multidisciplinaire et pluriprofessionnel en une séance de 3h. Population : patients souffrant de douleurs chroniques non cancéreuses, maîtrisant le français et ayant assisté à 3 consultations médicales ou paramédicales maximum au CETD. Déroulement : programme en 3 parties interactives portant sur : l'information sur la douleur chronique, ses composantes et son retentissement, les stratégies de gestion (activité physique, relaxation et gestion des médicaments) animé par un médecin, une infirmière et un kinésithérapeute. Evaluation par questionnaires : à l'inclusion, et à 3mois (par courrier et/ou téléphone). Résultats au 01/06/2015 : 37 patients recrutés, 32 F, 5 H, 3 groupes à St Antoine (n= 22) et 3 groupes à l'Hôtel Dieu (n=14), âge moyen 49 ans. Patients souffrant de douleurs chroniques depuis 6 ans en moyenne, dont 29 avec patients avec fibromyalgie. Seize patients en activité professionnelle, 12 en arrêt de travail, 6 retraités.

Les objectifs de ce programme sont d'aider les patients à s'impliquer dans une prise en charge pluridisciplinaire en centre de la douleur, évaluée sur l'observance et la motivation au changement. Les résultats seront disponibles au congrès national (novembre 2015).

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure - Autres

### P-03 : L'art-thérapie, à dominante musique, au sein d'un C.E.T.D

*M. Gravejat<sup>(1)</sup>, S.Sentenac-chaïb<sup>(1)</sup>, N.Dr delage<sup>(1)</sup>*

(1) C.E.T.D. C.H.U. Clermont-Ferrand, Clermont-ferrand, France

Les ateliers mis en place ont eu pour objectif principal de restaurer l'élan corporel de patients atteints d'un syndrome fibromyalgique. L'élan corporel sera décrit comme étant la phase de l'opération artistique permettant au patient d'entrer dans l'action, même si elle est contemplative. L'objectif art-thérapeutique général a été d'améliorer la qualité de vie des huit patients suivis lors des dix séances d'art-thérapie.

Une grille d'évaluation (composée d'items généraux et d'items en lien avec les objectifs art-thérapeutiques individuels) a été mise en place pour chaque patient et à chaque séance. Pour compléter ces items, une auto-évaluation a été réalisée de la même manière. Elle a mesuré, sous la forme d'EVA, les douleurs ressenties avant et après chaque séance mais aussi les 3 dimensions du cube harmonique (appelé aussi 3B), outil art-thérapeutique objectif permettant de mesurer la subjectivité des patients sous 3 axes : - le beau : relatif au plaisir ressenti durant la séance - le bien : relatif à la qualité technique de la production faite durant la séance - le bon : relatif à l'engagement du patient.

L'ensemble de ces évaluations a permis de mettre en avant : - une augmentation du plaisir pris durant les séances - une diminution progressive des douleurs au fil des séances même si la manipulation des instruments a temporairement augmenté les douleurs - une augmentation de l'implication dans le groupe - une augmentation de la confiance en soi Des limites ont pu être observées dans cette étude comme le nombre restreint de groupes. Par ailleurs, il serait intéressant de réitérer l'expérience avec plus de séances pour la pérennisation des résultats.

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure - Autres

### P-04 : Efficacité de la rééducation sensitive de la douleur: à propos d'un cas de névralgie ulnaire persistant 10 ans après traumatisme cervical

J. Martorell<sup>(1)</sup>, N.Martorell<sup>(1)</sup>, L.Tolou<sup>(1)</sup>, J.Poirier<sup>(1)</sup>

(1) Centre hospitalier, Rodez, France

Montrer que, même après 10 ans d'évolution ( c'est à dire en dehors de toute récupération spontanée), une douleur neuropathique chronique peut être améliorée complètement par les méthodes de rééducation sensitive. Faire connaître cette méthode (Spicher 2003, 2013) encore insuffisamment pratiquée: en préciser les modalités techniques, car la récupération d'une sensibilité normale non douloureuse n'est possible (neuroplasticité neuronale) qu'à condition d'une méthodologie précise ( rapportée en détail dans le poster). En effet la diminution puis la disparition complète de la douleur neuropathique exige dans un premier temps la suppression de l'allodynie mécanique puis dans un deuxième temps la rééducation de l'hypoesthésie sous-jacente. Montrer l'intérêt de l'ergothérapie au sein des équipes multidisciplinaires douleur chronique.

Cas clinique: Mr P..., 58 ans, est vu en consultation douleur chronique pour des douleurs neuropathiques du membre supérieur droit évoluant depuis 10 ans, après traumatisme cervical traité par arthrodèse C6/C7 pour hernie discale compressive. Diagnostic: névralgie de la branche dorsale du nerf ulnaire ( stade III des lésions axonales) Méthode ( Spicher 2013): La recherche de l'allodynie mécanique se fait par esthésiomètres de Weinstein (allodynographie et cartogragraphie "arc-en-ciel des douleurs"). La suppression de l'allodynie mécanique est obtenue par contre-stimulation vibratoire sur le dermatome T3 (non allodynique) .Le patient est éduqué à l' autostimulation de cette zone, en évitant tout contact sur la zone allodynique. A trois mois, l'allodynie mécanique ayant disparue, la rééducation de l'hypoesthésie sous-jacente est débutée avec suivi régulier par esthésiographie, test de Weber, seuils de perception à la pression (SPP) et à la vibration (SPV). Résultats: La diminution des douleurs est objectivée par le QDSA quantitatif. Evalué à 60 pts en début de traitement, il diminue progressivement à 2 pts après 7 mois de traitement correspondant à 25 séances de rééducation hebdomadaires. Les douleurs neuropathiques ont progressivement diminué avec la disparition de l'allodynie mécanique puis la diminution de l'hypoesthésie sous-jacente. Mr P... a pu reprendre ses activités de la vie quotidienne et de loisir, retrouvent la qualité de vie antérieure à son traumatisme. Discussion: La diminution des douleurs de plus de 55 pts et la vitesse de disparition de l'allodynie sur trois mois sont dans les normes des résultats observés (Spicher 2008). La disparition de l'allodynie n'a pas induit immédiatement la suppression des douleurs neuropathiques. La rééducation de l'hypoesthésie sous-jacente a été nécessaire pour leur disparition complète. Cette récupération met en évidence la plasticité du système nerveux périphérique et en particulier des nerfs adjacents (Quintal et al 20013) car 10 ans après il ne s'agit plus, bien sûr, d'une récupération du nerf lésé.

La rééducation sensitive peut être efficace pour les douleurs neuropathiques au stade de chronicité, même longtemps après la lésion initiale, à condition d'en respecter les principes et méthodologie. En



particulier la règle de non stimulation de la zone allodynique doit être respectée par le patient mais aussi être connue des autres intervenants ( kinésithérapeute, infirmier, aide-soignant...) Devant toute douleur neuropathique, il est impératif de préciser les zones d'allodynie et/ou d'hypoesthésie afin de pouvoir porter l'indication de rééducation sensitive de la douleur.

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure - Autres

### P-05 : Démarche qualité en médecine nucléaire, mythe ou réalité ? Exemple de la prise en charge de la douleur en pédiatrie nucléaire

A. Failler<sup>(1)</sup>, S.Zielinski<sup>(1)</sup>, C.Tiberge<sup>(2)</sup>, N.Roux<sup>(2)</sup>, C.Guillaume<sup>(2)</sup>, M.Leglaive<sup>(3)</sup>, G.Bouvard<sup>(1)</sup>,  
D.Peyronnet<sup>(1)</sup>

(1) Service Médecine Nucléaire, CHU CAEN, Caen, France, (2) Unité Mobile Douleur, CHU CAEN, Caen, France,  
(3) Service Qualité, CHU CAEN, Caen, France

La médecine nucléaire (MN) est une discipline d'imagerie utilisant l'administration par voie intraveineuse de médicament radiopharmaceutique à buts diagnostique ou thérapeutique. La population ciblée est hétérogène, tant par leur provenance (ambulatoire, hospitalisée) que par l'âge des patients. Une enquête de satisfaction « manipulateurs » réalisée en 2014 a permis de souligner une « souffrance » lors de la réalisation des soins prodigués en pédiatrie. Ce travail décrit la mise en place d'une prise en charge (PEC) de la douleur en pédiatrie nucléaire.

La méthodologie de cette démarche qualité s'est déroulée en 3 temps : - Rencontre avec l'équipe Mobile Douleur du CHU: étude par process et identification des étapes à risque en fonction de l'âge de l'enfant - Identification des outils permettant une PEC des différents aspects pro-algiques. - Mise en place d'un calendrier d'action gradué dans le temps et définition d'objectifs qualitatifs et quantitatifs de formation. RESULTATS-DISCUSSION - L'analyse par process a mis en exergue un défaut de formation de PEC des douleurs lors de l'administration du médicament. - Les outils identifiés permettant une PEC des différents aspects pro-algiques : ☐ Aspect Psychologiques : • Injection sur genoux des parents • Demande de financement pour la réalisation d'un film et d'un reportage photo permettant d'explicitier le déroulement d'un examen de MN (disponible sur tablette tactile et format papier). ☐ Aspect Thérapeutiques : • G30% sur tétine • Mélange Equimolaire d'Oxygène-Protoxyde d'Azote • Hypnose - Organisation et quantification des différents plans de formation : court (immédiatement pour G30%), moyen (80% des personnels formés MEOPA fin 2015, 1 en hypnose) et long terme (reportages en 2016).

Cette démarche qualité a permis d'identifier, planifier et réaliser les outils permettant d'améliorer la prise en charge de l'enfant en MN. Des enquêtes de satisfaction patient et personnel seront réalisées en 2016 et 2017 pour objectiver cette marche en avant.

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure - Autres

### **P-07 : Impact d'une surveillance de la traçabilité de la douleur sur l'observance de sa mesure par les équipes soignantes d'hospitalisation à temps complet au Centre hospitalier départemental Georges Daumezon**

*J. Jusot<sup>(1)</sup>, N.Normand<sup>(1)</sup>, P.Guyot<sup>(1)</sup>, A.Soncourt<sup>(1)</sup>, E.Fusy<sup>(1)</sup>, S.Restelli<sup>(1)</sup>*

(1) Centre hospitalier départemental Georges Daumezon, Fleury-les-aubrais, France

La plainte douloureuse est fréquente en milieu psychiatrique : 31% des patients hospitalisés se plaignent de douleur contre 19% en population générale. 1,2 Elle est associée à l'anxiété, à la dépression et à l'abus de drogues.3,4 Malgré sa fréquence et son association aux troubles mentaux, peu d'études s'intéressent à l'observance de la mesure de la douleur. L'objectif de ce travail est d'étudier le suivi de la douleur grâce à un retour d'information hebdomadaire pratiqué aux équipes soignantes des unités d'hospitalisation à temps complet.

Quatorze unités ont fait l'objet d'un retour d'information à partir de la semaine du 19 mai 2014 jusqu'à la semaine du 11 mai 2015. Le pourcentage de mesures de la douleur a été calculé pour tout séjour de plus de 7 jours. La mesure se faisait à l'aide d'une échelle de 0 à 10 et était validée si elle était faite dans les 7 jours suivant l'admission et retrouvée saisie dans le dossier du patient. La recherche d'une tendance s'est faite à l'aide des tests de Dickley-Fuller et KPSS. Chaque semaine, 209 patients étaient hospitalisés en moyenne dans les 14 unités. Au début de l'étude, 36,2% des patients bénéficiaient d'une mesure de la douleur contre 65,9% la dernière semaine de l'étude. L'observance à la mesure de la douleur augmentait significativement au cours de la première année du suivi (+0,59%/semaine, IC 95% = 0,54 – 0,65). A l'inverse de l'augmentation de l'observance, la fréquence hebdomadaire de la douleur diminuait passant de 34,1% à 23,4%.

Une surveillance de l'observance à la mesure de la douleur couplée à une rétro-information hebdomadaire auprès des équipes soignantes et de leur cadre a permis une amélioration du suivi des patients en dehors de toute autre programme s'ajoutant à la formation des équipes et à la communication dans l'établissement. Références 1. Greggersen W, Rudolf S, Findel C, Burow J, Stoll A, Ristow J, Fassbinder E, Oltmanns KM, Kahl KG, Hohagen F, Hüppe M, Schweiger U. Pain complaints in a sample of psychiatric inpatients. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010 32(5):509-13. 2. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. 2006 10(4):287-333. 3. Beesdo K, Jacobi F, Hoyer J, Low NC, Höfler M, Wittchen HU. Pain associated with specific anxiety and depressive disorders in a nationally representative population sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010 45(1):89-104. 4. Lusted A, Roerecke M, Goldner E, Rehm J, Fischer B. Prevalence of pain among nonmedical prescription opioid users in substance use treatment populations: systematic review and meta-analyses. *Pain Physician*. 2013 16(6):E671-84.

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure - Autres

### P-08 : Prévalence des douleurs induites par les soins en hospitalisation à domicile

*B. Veys<sup>(1)</sup>, G. Vasseur<sup>(1)</sup>, P. Armignies<sup>(2)</sup>, H. Grosbety<sup>(2)</sup>*

(1) CETD Fondation Hopale, Berck-sur-mer, France, (2) Consultation Douleur, Boulogne-sur-mer, France

Evaluer la prévalence des douleurs induites par les soins (DIS) dans les 3 HAD du Littoral Nord-Pas-de-Calais. Observer l'attitude des médecins traitants en cas de DIS intenses.

Enquête transversale, prospective, multicentrique (trois centres HAD : Berck-sur-Mer, Boulogne-sur-Mer et Fruges), réalisée sur six semaines. Une liste de soins potentiellement douloureux ainsi qu'un questionnaire ont été initialement élaborés en concertation avec les équipes médicales et paramédicales des HAD. L'évaluation de la douleur a été effectuée par l'Echelle Numérique pour les patients communicants et par l'Algoplus® pour les patients non communicants. 193 soins ont été évalués chez 122 patients d'âge moyen 72 ans (25-96). Les soins sont effectués dans le cadre de pathologies essentiellement neuro-dégénératives et oncologiques. La prévalence des DIS est de 18,7%. Les DIS sont plus intenses chez les patients douloureux chroniques. Pour 75% des soins douloureux, les patients ne bénéficient pas de traitement antalgique préventif. En cas de DIS significatives (EN  $\geq$  5/10 ou Algoplus®  $\geq$  2/5), le médecin traitant, la plupart du temps joignable, n'adapte le traitement antalgique préventif que dans 53% des cas.

Notre étude révèle une fréquence de DIS plus élevée que celle retrouvée lors de l'enquête DOLASI, réalisée en 2014, qui concernait les douleurs induites par les soins infirmiers libéraux à domicile (10%). Bien que le dépistage des DIS soit réalisé de manière systématique, le recours à un traitement antalgique préventif est nettement insuffisant. Une formation des médecins généralistes est indispensable, afin de les sensibiliser à l'intérêt d'une analgésie préventive.

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure - Evaluation

### P-12 : Un accompagnement musical pour mieux vivre les soins et le séjour à l'hôpital.

*F.Brin<sup>(1)</sup>, M.Basty<sup>(1)</sup>, C. Bannier<sup>(1)</sup>*

(1) CHU Nantes, Nantes, France

Projet multidisciplinaire en collaboration avec un musicothérapeute . Amélioration de la prise en charge des patients pendant leur séjour et amélioration de la qualité des soins apportés . Participation des patients dans le choix musical . Elaboration d'une fiche d'évaluation standardisée jointe au dossier du patient dans une démarche de traçabilité des soins .

Il a été mis en évidence au quotidien dans les services que chez les patients âgés les troubles cognitifs sont majorés par l'hospitalisation et la douleur, entraînant l'apparition de syndromes confusionnels à des degrés divers ; Les aide-soignantes informent l'équipe qu'elles utilisent spontanément un support sonore comme la télévision ou la radio pour rendre moins central le caractère douloureux des soins de nursing surtout en pré et post-opératoire et en particulier chez des patients âgés , désorientés ou très anxieux. Partant de cette observation que le support musical paraissait améliorer le confort physique et psychologique du patient pendant les soins , l'idée a été de pouvoir mettre en place un outil musical plus adapté aux patients et facilement utilisable par les soignants . Une formation sur l'accompagnement musical a été engagée sur 2 ans par un musicothérapeute avec des personnels volontaires du service d'orthopédie et de rhumatologie du CHU de Nantes. La mise en place du dispositif s'est faite dans les unités avec le personnel formé qui a pu se servir du matériel commandé : 2 chaines hifi par unité et d'une musicothèque créée par les soignants ou choisie par les patients . Enfin une fiche d'évaluation standardisée jointe au dossier du malade a été élaborée décrivant le degré de douleur et l'état psychologique du patient avant et après le soin .

L'impact sur le patient a été nettement positif . Le soin réalisé se révèle moins douloureux, le patient est plus détendu et présente souvent un état cognitif amélioré par rapport au soin sans support musical . On note plus de réussite dans le geste réalisé par le soignant (infiltration, pose de plâtre) Ce type de support est intéressant pour l'infirmier dans sa pratique quotidienne : les soins réalisés chez un patient moins algique et moins agité sont forcément de meilleure qualité et plus efficaces quant au résultat ( pansement d'escarre, tout soin douloureux et long ) L'outil musical en créant un cadre ambiant moins stressant améliore la relation entre l'infirmière et le patient et induit donc un meilleur contexte de soins . Cette technique pourrait permettre de diminuer l'utilisation d'antalgiques ou d'anxiolytiques avant un geste chez le sujet âgé . de ce projet se fera par l'analyse des fiches d'évaluation jointes aux dossiers des patients et par les témoignages des soignants et des patients ainsi que de leur famille éventuellement Dans l'avenir il serait intéressant de généraliser davantage l'utilisation de cet outil à d'autres patients et d'approfondir la formation par l'analyse de pratiques . Il est par ailleurs prévu que d'autres personnes soient formées au sein des équipes pour permettre une utilisation optimale de ce support musical .

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure - Formation

### P-15 : Projet hypno analgésie de 60 référents douleurs au CH Aix 2011 2014

*D. Baudoin<sup>(1)</sup>, C. conti zolin<sup>(1)</sup>, V. Budanic<sup>(1)</sup>, J. Patte<sup>(1)</sup>*

(1) C H I Aix Pertuis, Aix en provence, France

Description sur 5 ans et en plusieurs étapes structurés d'un projet de formation hypno analgésie à l'hôpital général mené par une unité douleur équipe mobile soins palliatifs dont l'objectif est de dynamiser les référents douleurs des différentes unités de soins en insufflant la pluridisciplinarité pluri professionnelle médecin , infirmier , psychologue. Un trio psychologue, responsable formation et médecin algologue est à l'initiative du projet.

Historique : 2011 a vu la rencontre d'une psychologue animant le Collège des psychologue de l'Hôpital d'Aix et du médecin responsable de l'Unité douleur pour défendre un projet commun de formation en hypnose en sept jours associant unité douleur en pluridisciplinaire et les psychologues intéressés. Puis une demande de financement à une fondation de lutte contre la douleur a alors été décidée en lien avec la responsable du service formation de l'hôpital d'Aix. L'objectif du projet renouvelable 3 ans est alors d'offrir une formation en hypno analgésie aux binômes infirmiers médecin ou cadre infirmier référents douleur sur un projet d'équipe. Le projet est soutenu par la direction impliquée par la convention signée avec la fondation donatrice sur l'hypno analgésie à l'hôpital d'Aix. La créativité des équipes impliquée permet en pneumologie de pratiquer des fibroscopie sous hypnose, en urologie des ablations de drain, en cancérologie des poses de PAC... Une infirmière d'hôpital de jour de cancérologie finit les séances de chimiothérapie par une séance d'hypnose. ...60 professionnels sont formés avec 80 % de mise en pratique. Ce beau projet se poursuit avec la contagion qu'amène cette aventure sur les médecins sur l'équipe d'anesthésie, quelques chirurgiens formés, les hôpitaux de la communauté hospitalière de territoire.

Le maillage des référents douleurs médecins infirmiers en lien avec le psychologue éventuel du service a été redynamisé par cette aventure institutionnelle innovante. Les retombées médiatiques en terme d'image pour l'institution ont été très positives.

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure - Formation

### P-16 : Analgésie des injections intra musculaires d'ATB chez le nouveau-né (Une méthode alternative à l'échec de pose de voie veineuse)

A. Koszo<sup>(1)</sup>

(1) CH Sud francilien, Corbeil Essonnes, France

**Problématique** En 2010 lors du congrès de la Société Française de Pédiatrie (SFP), nous présentions « l'analgésie des injections intra-musculaire de vitamines chez l'enfant » avec en projet de le transposer chez le nouveau-né pour les injections d'antibiotiques (ATB). De nombreux nouveau-nés doivent recevoir ce traitement par voie parentérale. Parfois, les multiples essais pour les perfuser s'avèrent très douloureux malgré les moyens utilisés tels que le sucre et l'enveloppement. Objectif : Utilisation d'un protocole d'analgésie pour l'injection d'intramusculaire (IM) d'ATB dans le cadre des infections materno-fœtales, le but étant de limiter la douleur des échecs de pose de voie veineuse périphérique. En effet, grâce à cette méthode d'analgésie, la voie IM est plus facilement utilisée et privilégiée en cas d'échec de perfusion.

**Méthode** : Le principe de l'analgésie repose sur l'injection IM d'un mélange de Xylocaïne 1%) et de bicarbonate de sodium 4,2% suivie 1 à 2 minutes plus tard de l'injection d'ATB par la même aiguille IM laissée en place. La dose de Xylocaïne tamponnée est calculée en fonction du poids de l'enfant. Utilisation des autres moyens antalgiques tels que la solution sucrée, l'EMLA®, l'enveloppement. **Population** : Nouveau-nés avec un terme à partir de 36 semaines. Trente évaluations ont été effectuées avec l'échelle DAN (Douleur Aigue du Nouveau-né) **Résultats** : Résultats encourageants, d'une moyenne de 2/10. Si l'on distingue la douleur liée à l'effraction cutanée de l'injection de l'ATB, la moyenne est réduite à 1/10.

**Conclusion** : Cette méthode nous permet une alternative intéressante en cas d'échec de la voie veineuse, ainsi, la douleur liée aux soins en fortement diminuée. **Références** : Communication SFP 2010, Protocole analgésique pour les injections intramusculaires de vitamines chez l'enfant, Hélène Darretain CHSF Corbeil-Essonnes (91).

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure - Formation

### P-17 : Drezotomie et douleur cancéreuse réfractaire : une indication à redécouvrir

V. Téqui<sup>(1)</sup>, G.Chvetzoff<sup>(1)</sup>, B.Laurent<sup>(2)</sup>, M.Duraffourg<sup>(2)</sup>, M.Pécharde<sup>(1)</sup>, M.Sindou<sup>(2)</sup>

(1) Centre Léon Bérard, Lyon, France, (2) CHU, St etienne, France

Nous rapportons les cas de trois patients du Centre Anti-Cancéreux de Lyon, qui présentaient des douleurs réfractaires, mixtes à prédominance neuropathique, dans des contextes de cancers métastatiques ou localement avancés, avec atteintes neurologiques radiculaires, nécessitant un traitement complexe à base de morphiniques, association de traitements de la douleur neuropathique, corticothérapie à forte dose. Ces patients, porteurs de douleurs topographiquement limitées, ont bénéficié d'une DREZOTOMIE multi-étagée, cervico-dorsale unilatérale pour deux d'entre eux, et sacrée bilatérale pour le troisième. Dans les trois cas, ce traitement a permis, rapidement, une diminution de plus de 50% des douleurs, permettant une réduction importante des traitements antalgiques, au prix d'effets indésirables acceptables (une pneumopathie et une infection du site opératoire toutes deux résolutive sous antibiothérapie, et un syndrome de manque rapidement compensé). Chez les trois patients, les racines correspondant aux territoires douloureux présentaient des remaniements anatomiques, en particulier très nets chez la patiente ayant l'atteinte tumorale sacrée.

La DREZOTOMIE peut être une technique antalgique de recours pour des patients atteints de cancer lorsqu'ils présentent des douleurs réfractaires, topographiquement limitées. Elle nécessite un état général suffisamment bon, qui doit faire anticiper les indications. L'atteinte sensitivo-motrice pré-opératoire, y compris génito-sphinctérienne, est à prendre en compte pour poser les bonnes indications et préciser les territoires neurologiques à traiter ; l'intervention entraîne une anesthésie thermo-algique, pouvant être associée à une perte de sensibilité superficielle et profonde dans les métamères traités, notamment un « sacrifice » des sphincters en région sacrée, mais l'absence de déficit moteur. Les traitements oncologiques, notamment les anti-angiogéniques, doivent parfois être arrêtés avant la chirurgie, dans un délai variable selon la molécule. Les patients nécessitent une prise en charge post-opératoire en unité de soins intensifs. Cette technique ne contre-indique pas la mise en place ultérieure d'un cathéter intrathécal pour une analgésie péri-médullaire, si besoin.

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure - Formation

### P-18 : Impact d'une action régionale de formation sur les pratiques thérapeutiques des professionnels de santé

*F. Perrouin<sup>(1)</sup>, L. Gaboriau<sup>(2)</sup>, M. Bronnec<sup>(3)</sup>, L. Wainstein<sup>(2)</sup>, C. Grosclaude<sup>(4)</sup>, L. Moret<sup>(5)</sup>, P. Jolliet<sup>(2)</sup>, C. Victorri-vigneau<sup>(2)</sup>*

(1) CHU de Nantes, Nantes cedex 1, France, (2) Service de pharmacologie clinique - CHU de Nantes, Nantes, France, (3) Service d'addictologie - CHU de Nantes, Nantes, France, (4) Anesthésie - Urgence - CHU de Nantes, Nantes, France, (5) Santé publique et santé au travail - CHU de Nantes, Nantes, France

Il n'existe pas de recommandations pour la prise en charge de la douleur aiguë chez les sujets consommateurs chroniques d'opiacés. Or il s'agit de situations complexes, du fait de l'hyperalgésie, des pathologies associées et des interactions médicamenteuses. Il est fondamental de savoir appréhender la problématique particulière de la douleur chez ces patients vulnérables et de proposer des solutions adaptées et sécurisées. Le programme de formation réalisé a été soutenu par la Fondation de France. Notre objectif est d'évaluer l'impact de ce programme sur les connaissances des professionnels de santé.

**Matériel et méthodes** Les sessions de formation ont été dispensées dans plusieurs structures impliquées dans la prise en charge des addictions. La formation se déroulait en trois temps : douleur chez les sujets dépendants aux opiacés, pharmacologie des opiacés, stratégies thérapeutiques chez les sujets dépendants. Cette formation était précédée et suivie par une évaluation des connaissances (10 QRM) : une évaluation avant la formation, une autre juste après (« à chaud »), et la dernière « à froid » (6 mois après la formation). Résultats 916 professionnels de notre région ont bénéficié de cette formation qui a obtenu une note de satisfaction globale de 8.5/10. La moyenne de l'évaluation des connaissances avant la formation était de 3.9/10 et après la formation de 8.5/10. Les premières évaluations à 6 mois reçues montrent une certaine stabilité dans l'acquisition des connaissances.

L'impact immédiat de cette formation est très positif, tant sur les connaissances théoriques que sur la pratique de comportements thérapeutiques. Cette formation a maintenant été incluse dans la formation des médecins et des pharmaciens.

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure - Formation

### P-25 : Bon usage des voies d'administration du paracétamol : Evaluation de l'efficacité des actions menées

*R. Baveux<sup>(1)</sup>, M. Baudon<sup>(1)</sup>, N. Roux<sup>(1)</sup>, M. Guelle<sup>(1)</sup>, C. Guillaume<sup>(1)</sup>*

(1) CHU de Caen, Caen, France

L'administration orale de paracétamol est aussi efficace que l'administration intraveineuse (IV). Cependant, dans notre établissement, un audit de pertinence (mai 2012) a montré que la prescription de la forme IV n'est pas pertinente dans 36% des cas. L'objectif est d'évaluer si les actions menées ont permis une rationalisation de l'usage des voies d'administration du paracétamol.

Les consommations de paracétamol toutes formes galéniques confondues ont été analysées et mises en regard des actions menées entre le 01/01/2007 et le 31/12/2014. La consommation totale de paracétamol est en constante augmentation (+34.9% en 7 ans) et le ratio des consommations IV/totales a diminué de moitié (2007 : 24%, 2014 : 12%). Depuis l'audit, la consommation totale de paracétamol a augmenté de 7.2%. La proportion de paracétamol injectable a toutefois diminué de 19.64%, ce qui représente une non dépense minimale de 20 000€ annuel (coût du médicament, du matériel associé à la perfusion et d'élimination des déchets) et une économie de 1600 heures de temps infirmier. Sur les 15 unités auditées, le ratio de la forme injectable sur l'ensemble des consommations a diminué significativement dans 80% des cas (test du Chi2, p=0,05).

Ces évolutions de consommations sont concomitantes à différentes actions : actualisation de la plaquette « guide pratique d'utilisation paracétamol », ajout de la forme effervescente du paracétamol à certaines dotations, mise en place de protocoles de substitution infirmier afin de proposer la forme orale dès que le patient peut avaler sans revalidation médicale. Pour les services bénéficiant de la prescription informatisée, de multiples paramétrages ont été effectués (127 équivalents thérapeutiques, jusqu'à 14 mots clés par spécialité, 19 posologies standards et notes associées, 13 posologies max/prise/jour, 1 protocole de substitution intégré dans 8 protocoles de service). Les actions menées permettent de diminuer efficacement la iatrogénie, le coût et le temps infirmier.

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure - Formation

### **P-26 : Sport et santé : les nouveaux ateliers éducatifs du réseau Lutter Contre la Douleur en salle, dans l'eau et en plein air.**

*E. Soyeux<sup>(1)</sup>, G.Savigneau<sup>(1)</sup>, M.Payet<sup>(1)</sup>*

(1) Réseau LCD, Paris, France

Offrir un accès à l'activité physique adaptée aux patients douloureux chroniques d'île de France dans le cadre de nouveaux ateliers éducatifs en groupe.

le réseau LCD assure depuis 2003 une fonction de coordination d'appui aux professionnels de soins primaires et propose, en ville, des ateliers en groupe dans le cadre de son programme ETP. En 2015, l'amendement n°917 a été adopté par l'assemblée nationale afin de permettre aux médecins traitants de prescrire une activité physique adaptée aux patients atteints d'une maladie de longue durée. Les nouveaux ateliers du réseau LCD sont réalisés en groupe et composés de 6 séances de 1h30 : - Atelier « Osez bouger » animé par 3 kinésithérapeutes. Cet atelier propose diverses techniques de remise en mouvement en salle : Kinésithérapie sensorielle, apprentissage de postures sous forme de jeux... - Atelier « Expression du mouvement » animé par une kinésithérapeute et une psychologue. Cet atelier en salle alterne des temps de mouvements et des temps de paroles. - Atelier « RelaxÉau » animé en piscine par un éducateur sportif et une psychologue. Les mouvements de gymnastique douce sont accompagnés d'exercices de relaxation dans l'eau chaude. - Atelier « Marche fractionnée » en plein air animé par une éducatrice sportive et une psychologue. Succession de temps de marche en pleine conscience et de pauses favorisant la respiration ainsi que l'évaluation et l'ajustement de l'effort aux capacités physiques. L'apprentissage en groupe et la coanimation psychologue-kinésithérapeute/animateur sportif créent une dynamique favorable à l'effort physique pour les patients douloureux. La présence d'un psychologue rassure les patients et leur offre un espace de parole et d'écoute. Les exercices ludiques facilitent l'acquisition des compétences.

Les premières évaluations révèlent la satisfaction des patients qui constatent l'amélioration de leur qualité de vie. Les patients souhaitent poursuivre/reprendre une activité physique régulière. La mise en place de l'amendement n°917 améliorera dans un premier temps l'accès aux activités physiques et sportives encadrées pour les patients douloureux atteints d'une maladie de longue durée. Le réseau LCD propose déjà ces ateliers à tous les patients douloureux chroniques quelle que soit leur pathologie.

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure - Formation

### P-27 : Optimisation de la prise en charge de la douleur en santé mentale en Languedoc Roussillon

*J. Gautier<sup>(1)</sup>, F. Bouvarel<sup>(2)</sup>, V. Genissieu<sup>(3)</sup>, M. Genoulhac<sup>(4)</sup>, D. Petit sinturel<sup>(5)</sup>, V. Rouviere<sup>(6)</sup>, G. Teissandier<sup>(7)</sup>, P. Willaime<sup>(8)</sup>*

(1) Réseau InterCLUD Languedoc Roussillon, Montpellier, France, (2) USSAP - ASM, Limoux, France, (3) Clinique de Miremont, Badens, France, (4) Clinique du Pont du Gard, Remoulins, France, (5) Clinique la Lironde, Saint clement de riviere, France, (6) Clinique neuropsychiatrique, Quissac, France, (7) Centre Hospitalier François Tosquelles, Saint alban sur limagnole, France, (8) Clinique Saint Clément, Saint clement de riviere, France

La prise en compte de la dimension douloureuse, physique et psychologique des usagers en santé mentale doit être une préoccupation constante de tous les intervenants (charte de l'usager en santé mentale – 2000). Une enquête nationale de 2006 montre une insuffisance de prise en charge de la douleur en psychiatrie. Les exigences de la procédure de certification V2014 interrogent la structuration et le déploiement de la politique douleur d'un établissement et la mise en œuvre de règles de bonnes pratiques (protocoles, outils d'évaluation de la douleur, le recueil et traçabilité de l'évaluation de la douleur). Afin d'optimiser la prise en charge de la douleur en santé mentale, un protocole a été élaboré par un groupe de travail pluriprofessionnel issu d'établissements de santé mentale, membres du Réseau InterCLUD Languedoc Roussillon.

Le protocole qui sera présenté a été rédigé à partir des données de la littérature, de l'expertise et l'expérience clinique des équipes régionales. L'arbre décisionnel du programme MobiQual « la douleur chez la personne âgée - Version 2012 » a été choisi par le groupe comme modèle de présentation. Le protocole est composé de 4 parties : évaluation/traçabilité, examen clinique et identification des mécanismes, stratégie thérapeutique adaptée au résultat de l'évaluation de la douleur et de l'identification des mécanismes, réévaluation/traçabilité.

Cette démarche collaborative est en cours de déploiement sur les établissements de santé mentale de la région. Une évaluation des pratiques professionnelles permettra d'en évaluer l'impact sur les prises en charge.



## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure - Formation

### P-28 : PERTE D'AUTONOMIE ET DE QUALITE DE VIE DU DOULOUREUX CHRONIQUE FIBROMYALGIQUE

*C. Robert<sup>(1)</sup>, S. Robert<sup>(1)</sup>*

(1) FIBROMYALGIE FRANCE, Paris, France

A partir d'une enquête établie par nos soins, cette étude avait comme objectif de comprendre ce que représente actuellement « la vie avec une douleur chronique et ses troubles associés », après une décennie au cours de laquelle la situation des fibromyalgiques a sensiblement progressé.

Cette enquête significative, puisque 2167 fibromyalgiques ont répondu, a été construite à partir de différentes actions antérieures menées par l'association depuis près de 15 ans et a conduit à l'élaboration de 60 items, organisés en 4 chapitres principaux : (1) un corpus de généralités ; (2) la situation professionnelle ; (3) la qualité de vie familiale, sociale et professionnelle ; (4) les auto-évaluations. Ces dernières concernent notamment la douleur, la fatigue et le sommeil, la mobilité, l'humeur, les troubles cognitifs, ainsi que sur la perte de qualité de vie et l'impact de ces différents symptômes sur la vie quotidienne : elles ont été réalisées à partir de la transposition de l'échelle 'douleur' de 1 à 10 à ces différents symptômes, en prenant de plus en compte la notion de 'seuils acceptables' utilisés sans doute par résignation par les fibromyalgiques dans leur quotidien. Les nombreux résultats de cette étude, riches dans leurs révélations et les interprétations en découlant, conduisent à certains constats majeurs, tels que l'évaluation de 4 à 6 sur l'échelle de 1 à 10 de leur autonomie ou de leur qualité de vie par presque la moitié des répondants, tandis que plus d'un quart d'entre eux l'évalue de 7 à 9.

L'utilisation des résultats devrait conduire, pour tous les acteurs concernés (dont les malades) à une meilleure connaissance de la pathologie et donner suite à d'autres études de ce type, dans lesquelles les associations nationales agréées et expérimentées devraient prendre toute leur place. Pour en savoir plus : <http://www.fibromyalgie-france.org/paqv-copyright-v2.pdf>

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure - Formation

### P-29 : Mesure du transfert des connaissances dans les pratiques cliniques infirmières suite à un e-learning douleur

*J.Gentizon<sup>(1)</sup>, Y. Kottelat<sup>(1)</sup>, M.Roessli<sup>(1)</sup>, S.Gallant<sup>(1)</sup>*

(1) CHUV, Lausanne, Suisse

Evaluer le transfert des connaissances dans les pratiques cliniques infirmières de dépistage et d'évaluation de la douleur suite à une formation e-learning douleur

Méthode : Ce projet qualité utilise deux questionnaires pour évaluer l'accroissement des connaissances et la satisfaction avec la formation chez 59 infirmiers d'un service de réadaptation gériatrique. La collecte de données rétrospectives des dossiers infirmiers de 115 patients hospitalisés 2 mois avant-après la formation sont analysés en regard de quatre indicateurs cliniques concernant l'évaluation de la douleur. Ces indicateurs sont issus des recommandations de bonnes pratiques cliniques de la RNAO et de la Joanna Briggs Institute (JBI). Durant des focus groups, les participants expriment leurs perceptions quand aux facteurs facilitant et freinant le transfert des connaissances. Résultats : 47 soignants infirmiers ont suivi la formation. Basé sur un quizz pré-post formation, l'accroissement des connaissances a augmenté de 68% à 85% ( $p=0.000$ ). Le questionnaire montre une satisfaction élevée quant au contenu et la forme de l'e-learning (taux de participation :  $n=16$ , 35%). Les données des dossiers infirmiers montrent un écart entre les recommandations de bonnes pratiques quand au dépistage et l'évaluation de la douleur, sans changement significatif pré-post formation. 10 participants à des focus groups ont identifiés plusieurs facteurs freinant et facilitant l'implémentation des bonnes pratiques cliniques, selon trois thèmes : les connaissances et les compétences, la collaboration inter-professionnelle et l'organisation des soins.

L'évaluation de la douleur est un enjeu majeur de la qualité de sa prise en charge. Bien que la formation e-learning apporte un accroissement significatif des connaissances et une satisfaction élevée des participants, le transfert des connaissances dans la pratique nécessite de développer d'autres stratégies qui accompagnent l'implémentation de bonnes pratiques cliniques.

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure -

### Organisation

#### **P-30 : A propos d'un cas de notalgie paresthésique traité par patch à la capsaincine, QUTENZA\***

*E. Touchard<sup>(1)</sup>, K.Zenati<sup>(1)</sup>, C.Debavelaere<sup>(1)</sup>*

(1) Centre Hospitalier, Bethune, France

rapporter le bénéfice d'un traitement par capsaincine en patch à forte concentration sur la douleur, le prurit et l'inconfort d'un patient souffrant de notalgie paresthésiques en échec des traitements conventionnels. montrer le bénéfice thérapeutique et les avantages face aux thérapeutiques locales habituellement prescrites .

la notalgie paresthésique est une neuropathie sensitive des rameaux dorsaux des nerfs spinaux assurant l'innervation du 2<sup>ème</sup> au 6<sup>ème</sup> dermatome dorsal (T2 à T6). Dans certains cas des dermatomes cervicaux peuvent être atteints (C4 à C5). le symptôme le plus fréquent est le prurit, s'associant parfois avec des sensations paresthésiques ou dysesthésiques. On observe parfois une hyperpigmentation en regard du dermatome atteint. Cette neuropathie sensitive est parfois associée au syndrome de sipple, neuroendocrinopathie multiple familiale. la capsaincine agoniste selectif des recepteurs TRPV1 impliqués dans la transmission des syndromes douloureux neuropathiques. L'exposition de ce récepteur à la capsaincine a pour effet une sensibilisation suivie d'une désensibilisation et donc d'une analgésie. Le traitement de première intention de la notalgie paresthésique est la capsaincine sous forme de préparation magistrale, ou encore l'application de crème à la lidocaïne, prilocaïne de type crème EMLA. il n'a pas été encore étudié l'intérêt de la pose des patchs QUTENZA\*, capsaincine à haute concentration: 8% versus la ou les préparations magistrales habituellement prescrites. Cas d'une patiente de 68 ans souffrant de notalgie paresthésiques depuis 15 ans traitée par patch de capsaincine QUTENZA ayant répondu à la deuxième pose avec un soulagement des symptômes supérieur à 50%.

L'observation d'un cas nous permet de penser qu'une étude sur un plus grand échantillon aurait un intérêt. le recrutement de ces patients suivis par les dermatologues reste difficile pour les structures d'évaluation et de traitement de la douleur étant donné le caractère prurigineux dominant la symptomatologie neuropathique. Une collaboration des structures de la douleur et des dermatologues pourraient être envisagée pour un travail prospectif commun.

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure -

### Organisation

#### **P-33 : France Douleurs une nouvelle association d'accompagnement des patients douloureux chroniques avec Patient Expert formé à l'Éducation Thérapeutique du Patient.**

*S. Raoul<sup>(1)</sup>, V.Scholhammer<sup>(2)</sup>, A.Radziminski<sup>(2)</sup>, J.Cornu<sup>(2)</sup>*

(1) CHU Nantes, Nantes, France, (2) Polyclinique de l'Atlantique, Nantes, France

Informations auprès des personnes souffrant de douleurs chroniques et du grand public. - Conseils et aides des personnes souffrant de douleurs chroniques et de leur entourage. - Avoir un rôle d'action sociale auprès des personnes souffrant de douleurs chroniques. - Participer à l'amélioration de la prise en charge des personnes souffrant de douleurs chroniques en dehors du milieu médical. - Favoriser le dialogue entre les personnes souffrant de douleurs chroniques et les personnels de santé. - Formations de patients experts - Formations et enseignements auprès des professionnels de santé. - Apporter des réponses dans le traitement de la douleur chronique aux personnels de santé. - Promouvoir les techniques non médicamenteuses dites complémentaires. - Etablir une collaboration avec les pouvoirs publics. - Création et gestion de lieu de vie à l'attention des personnes souffrant de douleurs chroniques.

créé en janvier 2014. - Un conseil d'administration composé de médecins, étudiants en médecine, scientifique et de personnes confrontées au quotidien à des personnes souffrant de douleurs chroniques. - Un patient expert, personne atteinte d'une maladie chronique ayant la volonté de s'impliquer auprès des personnes souffrant de douleurs chroniques, et ayant suivi une Formation validante en éducation thérapeutique du patient. - Des permanences présentielle, téléphonique,... assurés par le patient expert. - Un site ([www.francedouleurs.fr](http://www.francedouleurs.fr)) permettant de retrouver différentes informations pratiques, adaptées, tant sur le plan médical que dans la gestion du quotidien, hygiéno diététique, enrichies par la participation active de patients experts. - Des intervenants extérieurs animent des activités au bénéfice des personnes souffrant de douleurs chroniques : psychologues, médecins, éducateurs sportifs et d'étudiants dans le domaine de la santé, mais aussi le théâtre, la musique, la cuisine, les loisirs créatifs. - 4 ateliers d'accompagnements ont été mis en place par l'association en décembre 2014 : -> Un atelier Pilates en collaboration avec l'école de Pilates « De se Mouvoir », qui se déroulera dans les locaux de l'école, des petits groupes maximum 6 patients -> Un atelier réadaptation à l'effort et réapprentissage de la respiration encadré par un préparateur physique fasciathérapeute. -> Un atelier créatif : dans un premier temps tricot, couture,... Cet atelier est encadré par une professionnelle ayant évolué dans le milieu de la haute couture. -> Un atelier groupe de parole encadré par les professionnels de l'association et les personnes formées à encadrer ce type de groupe avec un maximum de 8 participants. - Une collaboration étroite avec les services d'action sociale. - Un protocole d'éducation Thérapeutique sous formes d'ateliers présenté à l'ARS en février 2015. ACTIONS - Participation à la 21ème journée de la fibromyalgie (affichages, informations, chaînes de TV de la PCA, YouTube), 2 points d'accueils dans le Hall principal d'entrée et devant l'entrée du self du personnel, activité qui a duré une semaine. - Organisation lors de la fête de la musique du 21 juin 2014 en collaboration avec un Chœur de patients « Pont Saint Martin » à la



PCA, dans différents services (chirurgie, maternité,..) sous la direction d'Elisabeth Osadtchy de mini-concerts. - Réalisation d'affiches, de flyers, distribution dans les cabinets médicaux, de kinésithérapie, mairies d'Orvault, de Saint Herblain, Nantes, de la MDPH 44. - Intervention à la formation des futurs professeurs de Pilates formés par l'ECOLE DE SE MOUVOIR. - France douleurs a contribué à la formation validante de M. Jean Pierre Cornu en Education Thérapeutique du patient, formation en 3 modules pour un total horaire de 42H (conformément à la législation en vigueur) dispensé par l'organisme « Comment Dire » à Paris. - Rencontre avec le Médecin directeur du Service de Santé Publique de la ville de Nantes, permettant la présentation de l'association et l'inscription de France Douleurs dans le répertoire des associations de Nantes, et de la possibilité de mise à disposition de salles de réunions en fonction des manifestations futures. D'obtenir des conseils sur le dépôt d'un dossier de candidature de subventions. - Intervention de France Douleurs à la journée « Douleur et Travail » organisée par le Groupe Lafayette à Nantes, intervention d'une journée dans leurs locaux. - Mise en place d'une formation Le Lien Mécanique Ostéopathique pour les professionnels ostéopathes: le contenu est totalement indépendant de France Douleur, France Douleurs étant en charge de la logistique. - France Douleurs participe aux permanences organisées par l'association Usagers du CHU : « La permanence prend le Large » qui a obtenu un label ARS pour 1 an. - Rencontre en juin 2014 et Février 2015 avec une représentante de l'ARS afin de présenter un projet d'éducation thérapeutique élaboré par une commission de France Douleurs. - Concert en Mars 2015 du groupe, de chants corses I Cantarini au profit de France Douleurs.

Cette nouvelle association permet avec un Patient expert en éducation thérapeutique, d'améliorer la qualité de vie des patients douloureux chroniques avec un retour vers l'autonomie. Ce type de projet a pour conséquence directe un impact médico économique positif.

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure - Organisation

### P-34 : Douleurs et transport patient : des mesures concrètes pour les prévenir

*V. Ducoulombier<sup>(1)</sup>, J.Montreuil<sup>(1)</sup>, M.Wattine<sup>(1)</sup>, F.Martellier<sup>(1)</sup>, J.Lematte<sup>(1)</sup>, H.Malapel<sup>(1)</sup>,  
M.Goudailler<sup>(1)</sup>, V.Ducoulombier<sup>(1)</sup>*

(1) GHICL, Lille (Lomme), France

Confrontés dans leur pratique quotidienne au transport de patients douloureux, les brancardiers de notre établissement ont entrepris en lien avec le CLUD, une démarche d'amélioration du brancardage visant à prévenir les douleurs induites par le transport des patients.

Un audit a été mené au préalable. Il a permis de mettre en relief la fréquence des douleurs induites par le transport. Leur évaluation a permis d'identifier les principaux facteurs de risque et de définir les axes d'amélioration. La première étape a consisté à la mise en place d'une formation à destination des brancardiers et des manipulateurs en imagerie. Une partie théorique reprenait des généralités et des aspects fondamentaux sur la douleur (définition, type, évaluation), ainsi que des notions sur le positionnement, les transferts et les principes de manutention des patients douloureux. S'en est suivie une partie pratique, consistant en des mises en situation réelle en fonction des attentes et questionnements des participants. Tout ceci a abouti à une personnalisation du transport patient. Ont également été créés des supports tels qu'une affiche de sensibilisation des soignants à l'évaluation de la douleur lors des mobilisations, ainsi qu'un logigramme d'aide au choix du mode de transport. Parallèlement à ces démarches de formation, des travaux portant sur les infrastructures ont été réalisés, avec le remplacement des revêtements de sol abîmés et la diminution de la hauteur des seuils d'ascenseurs. Dans la continuité de ce projet, les équipes d'imagerie médicale travaillent à l'élaboration de nouveaux supports de prescription d'examen prenant mieux en compte l'autonomie du patient et le risque lié de douleurs induites par les manutentions. Ces supports de prescription visent aussi à obtenir une évaluation optimale de la douleur avant, pendant et après l'examen.

La prise en charge des douleurs induites est l'affaire de tous, elle s'inscrit dans l'ensemble du parcours patient et la collaboration interprofessionnelle est la clé de sa réussite.

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure -

### Organisation

#### **P-37 : Ateliers d' Education Thérapeutique (ETP) sur la prise en charge de la douleur dans le cadre d'un programme destiné aux enfants atteints de génodermatoses**

*S. Chaumon<sup>(1)</sup>, H.Dufresne<sup>(1)</sup>, A.De longcamp<sup>(1)</sup>, C.Buisson<sup>(1)</sup>*

(1) Hôpital Necker Enfants Malades, Paris, France

Ateliers destinés aux parents et aux enfants, atteints d'Epidermolyse Bulleuse, afin de leur permettre " d'acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique" (définition de l'OMS) . Ateliers de connaissances sur la pathologie ainsi que sur la thématique douleur devant permettre d'être capable de comprendre la douleur, de l'évaluer, de gérer le traitement antalgique et d'avoir recours aux techniques non médicamenteuses comme la Méditation Pleine Conscience.

Ce programme d'ETP est un programme collectif de deux ateliers. Un premier atelier est destiné aux parents des enfants malades. Il se présente sur la forme d'un Métaplan\* ( deux fiches sont remises aux parents avec un crayon, ils notent sur ces dernières ce qu'évoque pour eux le mot "douleur", les fiches sont ramassées et discutées avec le groupe) qui entraîne un échange entre tous les participants. Ensuite une présentation théorique sous la forme d'un diaporama est faite pour compléter les échanges. Un deuxième atelier est destiné aux enfants sous la forme d'un diaporama illustré de dessins extraits des brochures Sparadrap\* expliquant les différentes douleur, les différents médicaments, les techniques non médicamenteuses comme la Méditation Pleine Conscience. Cet atelier se termine par une séance de Méditation.

Ces ateliers ont été initiés pour la première fois en 2014 dans un programme d'Education Thérapeutique qui existe depuis 2007. Lors de l'organisation du dernier week-end d'ETP, la thématique douleur ayant été largement évoquée dans les diagnostics éducatifs réalisés, la mise en place d'ateliers douleur nous a semblé essentielle. Les évaluations effectuées à distance ont montré de bons résultats nous laissant penser que ces ateliers ont répondu aux attentes des parents et enfants.

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure -

### Organisation

#### **P-39 : Démarche régionale d'optimisation de la prise en charge de la douleur aux urgences**

*J. Gautier<sup>(1)</sup>, J. Rubenovitch<sup>(2)</sup>, C. Creton<sup>(3)</sup>, C. Pages<sup>(4)</sup>, I. Giraud<sup>(5)</sup>, J. Kinowski<sup>(6)</sup>, C. Ricard<sup>(1)</sup>*

(1) Réseau InterCLUD Languedoc Roussillon, Montpellier, France, (2) CHRU Montpellier, Montpellier, France, (3) Clinique Saint Michel, Prades, France, (4) Clinique Via Domitia, Lunel, France, (5) COLRU-LR, Montpellier, France, (6) OMEDIT - LR, Nîmes, France

Dans le cadre de la collaboration entre le Collège des Urgentistes du Languedoc Roussillon (COLRU-LR), le Réseau InterCLUD Languedoc Roussillon et l'OMEDIT-Languedoc Roussillon, il est proposé une démarche régionale d'optimisation de la prise en charge de la douleur dans les Services d'Urgences en permettant la mise en œuvre de traitements antalgiques immédiats et efficaces par les infirmiers.

Cette démarche inclut des protocoles d'analgésie rédigés par un groupe d'experts constitué à l'initiative de l'OMEDIT-Languedoc Roussillon et un accompagnement des structures d'urgence à l'appropriation et la mise en place de protocoles d'analgésie aux urgences, par le Réseau InterCLUD Languedoc Roussillon et le COLRU-LR. Cette démarche s'inscrit dans un programme de Développement Professionnel Continu, associant une analyse des pratiques professionnelles (Évaluations des pratiques professionnelles, Audit sur dossiers, Audit organisationnel) et une acquisition/perfectionnement des connaissances (Formations). Les formations proposées sont d'une part une formation interne afin d'apporter les bases nécessaires à la mise en œuvre des protocoles, prenant en compte les résultats de l'analyse des pratiques professionnelles et d'autre part, une formation par simulation en collaboration avec le CESU34 afin de sécuriser et d'encadrer la mise en œuvre des protocoles en permettant d'explorer les capacités procédurales et réflexives des professionnels des urgences à partir de situations contextualisées).

Le déploiement de cette démarche est en cours. La présentation de deux expériences d'équipes permettra d'illustrer l'impact de cette démarche sur l'amélioration des pratiques professionnelles en matière de prise en charge de la douleur aux urgences.



## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure -

### Organisation

#### **P-40 : Evaluation de la prise en charge de la douleur aiguë d'origine traumatologique par l'infirmier organisateur de l'accueil en service d'urgence**

*C. Perroy<sup>(1)</sup>, C.Ferran<sup>(1)</sup>, P.Fenot<sup>(1)</sup>*

(1) CH d'Arcachon, La teste de buch, France

Aux urgences, l'infirmier organisateur de l'accueil (IOA), premier acteur dans la prise en charge des patients, rencontre 60% d'usagers douloureux, moitié relevant de la traumatologie. Afin d'améliorer la prise en charge de la douleur dès le début du parcours de soins, nous avons étudié si les caractéristiques de la population cible et l'heure de prise en charge influaient sur les pratiques soignantes.

Etude rétrospective portant sur un échantillon de 530 dossiers parmi 2013 passages aux urgences du Centre Hospitalier d'Arcachon entre le 14 juillet et le 15 août 2014, répartis en 154 patients de pédiatrie (129 accueils de jours / 25 de nuits) et 376 adultes (295 accueils de jours / 81 de nuits). Trois indicateurs ont été étudiés : évaluation de la douleur, utilisation du protocole existant, information donnée au médecin d'accueil et d'orientation. Résultats: Pour l'ensemble de l'échantillon étudié, la description de la douleur n'est jamais renseignée tandis que sa localisation et l'identification du soignant le sont toujours. Les non-conformités relèvent essentiellement d'un défaut d'application du protocole en vigueur : - Absence trop fréquente de renseignements (échelle, intensité...) dans la prise en charge de l'adulte - Choix inadapté de l'outil d'évaluation et défaut d'information donnée au médecin d'accueil et d'orientation, surtout la nuit pour les patients de pédiatrie - Absence de proposition de traitement antalgique justifié dans 55% des cas la nuit.

L'évaluation de la douleur et sa prise en charge sont à améliorer. Les objectifs de ce travail sont la mise en place d'un plan d'actions et d'une révision du protocole existant. Enfin, le recueil de données plus précis permettra de réaliser une cartographie des patients douloureux de traumatologie aux urgences et ainsi de cibler des actions soignantes plus adaptées. La formation des intervenants médecins et IDE est à poursuivre.

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure -

### Organisation

#### **P-42 : Approche compréhensive de l'expérience des patients porteurs d'un syndrome douloureux régional complexe suivis au Centre de la Douleur du CHU de Nantes.**

*C. Blancart<sup>(1)</sup>, J. Courtial<sup>(2)</sup>, J. Canevet<sup>(3)</sup>, J. Nizard<sup>(1)</sup>, P. Granier<sup>(4)</sup>*

(1) Centre d'évaluation et de traitement de la douleur-CHU, Nantes, France, (2) Université de Nantes, Nantes, France, (3) Département de Médecine Générale, Nantes, France, (4) Unité Mobile de Soins Palliatifs-CHU, Nantes, France

Recueillir le discours des patients suivis pour un SDRC, grâce au récit fait par le patient de sa maladie (approche narrative), dans un contexte de prise en charge difficile de cette pathologie rendant difficile la relation soignant-soigné.

Méthode: Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès d'un échantillon de 10 patients suivis au CETD de Nantes pour un SDRC. Les entretiens ont fait l'objet d'une triple analyse (descriptive, thématique et par le logiciel Wordmapper) Résultats : La douleur est une désinscription du corps des relations sociales. Le rôle du réseau social, qu'il s'agisse de la société en général, du corps médical, de la famille ou du milieu de travail, est essentiel comme en témoignent les observations suivantes extraites des analyses des entretiens : notion d'isolement avec besoin de reconnaissance (la solidarité étant mise en défaut : « les gens t'oublient vite»), impuissance du corps médical ressentie par le patient (« on ne sait pas pourquoi ça arrive »), rôle de la culture familial (« je me dis que ce que moi j'ai, par rapport à ce que ma mère a dû subir, c'est rien ! »), volonté de continuer à travailler (« pour moi c'est la fin de ne pas travailler ») et dépersonnalisation du membre atteint (« ma main... J'ai l'impression qu'elle est morte »).

Le travail souligne la notion de désinscription du corps, ou du système corps-esprit, dans les réseaux du lien social. On rejoint donc le modèle de « l'élan vital » proposé par Bergson dans « l'évolution créatrice ». D'où la nécessité de multiplier les offres de prises en charge, de systèmes intégrés allant du médical au social en passant par le psychologique.

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure -

### Organisation

#### **P-46 : Programme DPC (Développement Professionnel Continu) en douleur : exemple de l'utilisation du MEOPA par simulation**

*N. Roux<sup>(1)</sup>, C.Thiberge<sup>(2)</sup>, K.Pape<sup>(1)</sup>, E.Cheron<sup>(1)</sup>, A.Jossomme<sup>(1)</sup>, C.Guillaumé<sup>(1)</sup>*

(1) CHU, Caen , France

Depuis 2001, l'équipe de la douleur du CHU de Caen assure la formation théorique et pratique des professionnels à l'administration du MEOPA. Toutefois, cette formation en deux temps, n'a pas permis le développement et l'autonomisation de nombreux services malgré l'augmentation de la consommation du MEOPA chaque année. L'objectif principal est de mettre en place un nouveau dispositif pédagogique pour former plus de professionnels au MEOPA selon les règles de bonnes pratiques, en sécurisant son utilisation dans une démarche institutionnelle.

- Ecriture de la procédure de formation et validation par le CLUD et la commission DPC - Formation sur une demi-journée faite par 3 infirmières (IDE) et un médecin de l'équipe mobile douleur - Professionnels concernés : IDE, manipulateurs en électroradiologie, kinésithérapeutes, sages-femmes, médecins - Début de la formation en janvier 2015 à raison d'une fois par mois pour 30 personnes maximum - Déroulement de la formation : . QUIZZ d'évaluation en début de formation . Formation théorique d' 1 heure avec pour supports : le protocole institutionnel et le DVD "Utilisation du MEOPA chez l'enfant, l'adulte et la personne âgée" du Centre National de Ressource de Lutte contre la Douleur . Ateliers pratiques de 2 heures avec mises en situation individuelles, à partir de vignettes cliniques, évolutives (selon tirage au sort de cartes) . QUIZZ d'évaluation de fin de formation . Synthèse En 2013 et 2014, 260 personnes ont été formées à la théorie et seulement 65 ont pu finaliser leur formation avec la pratique. En 2015, avec cette nouvelle procédure, 76 personnes ont été formées en 6 mois.

Cette démarche pédagogique originale entre dans le cadre d'une démarche qualité grâce au DPC avec une évaluation des pratiques professionnelles à distance de la formation. Aussi, l'originalité de ce programme est de renforcer pendant une demi-journée les compétences des différents professionnels sur la douleur induite par les soins en abordant, grâce à ce temps d'échange, la communication, la relation à l'autre, les prémédications, les techniques de distraction...

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure -

### Organisation

#### **P-47 : Mésusage et/ou abus de fentanyl transmuqueux : à propos de 11 cas**

*C. Leveque<sup>(1)</sup>, A.Simonpoli<sup>(2)</sup>*

(1) Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre, Nanterre, France, (2) Hôpital Louis-Mourier, Colombes, France

Les prescriptions hors AMM de fentanyl transmuqueux (TM) non rares[1], seraient à l'origine de complications et dépendances/addictions plus fréquentes. Nous rapportons une série de 11 cas sur ces 2 dernières années. Pour chaque cas sont notés : sexe, âge, antécédents de toxicomanie ou psychiatriques ; pathologie douloureuse ; origine de la prescription ; critères de prescription hors AMM ; préparation incriminée ; doses initiale et au moment du repérage ; durée des prises ; dépendance ou d'addiction (DSM V) ; sevrage en milieu hospitalier et/ou traitement opioïde substitutif ; conséquences délétères. Statistiques avec R (significativité  $p < 0,05$ ).

6F/5H d'âge moyen  $65 \pm 23$  (30-89) ans ; antécédents de toxicomanie : 1 ou psychiatriques : 3. Douleurs neuropathiques : 7, rhumatologiques : 3 cas, mixte : 1 buccale; antécédent de cancer : 3. Prescription médicale de ville : 3 ; hospitalière : 7 et +autoprescription : 1. Critères hors AMM : douleur non cancéreuse (8) ; pas de traitement opioïde de fond (6) ; pas de traitement étiologique (4) ; contre-indication (2). Préparation incriminée : buccale (3) ; nasale (6) ; sublinguale (2) Doses (mcg/jour) initiale :  $463 \pm 212$  (200-900) et au repérage :  $3127 \pm 10889$  (300-16000)  $p = 0,005$  Durée consommation :  $3,3 \pm 5$  ans (2 mois-12 ans) Dépendance sévère/addiction : 6 ; nécessité de traitement substitutif opioïde : 2 Conséquences délétères : sevrage en hospitalisation (4) ; respiratoires (3) ; douleurs mal contrôlées (9) Durée moyenne de consommation  $5,4 \pm 4,9$  ans vs  $1,05 \pm 1,3$ , significativement plus longue chez les patients sevrés en hospitalisation (6) vs ambulatoires (5)  $p = 0,04$ .

Prescriptions hors AMM et mésusages favoriseraient l'apparition d'effets délétères et de dépendance/addiction[2] ; le court délai d'action des opioïdes est connu pour favoriser les effets psychodysléptiques et la tolérance aiguë[3]. De telles prescriptions doivent être sinon évitées du moins strictement encadrées. [1] Eur J Pain 2014 ; 18 : 506-12 [2] Eur Addict Res 2012 ; 18 : 228-45 [3] J Pharmacol Exp Ther 2001 ; 1056-65 [4] Pain Pract 2008 : 8 : 157-63

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure - Organisation

### P-49 : DIFFUSION DE LA CULTURE DOULEUR AUTOUR DES CAFES CLUD

*C. Michel-dhaine<sup>(1)</sup>, L.Gautier-leroy<sup>(1)</sup>, S.Carneiro-pereira<sup>(1)</sup>, A.Martin<sup>(1)</sup>*

(1) CHI Meulan Les Mureaux, Meulan, France

Le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD) a constaté que les actions de formations autour de la culture douleur impliquaient principalement les soignants paramédicaux. Or, une culture douleur ne peut aboutir sans l'implication du corps médical. Il a été nécessaire d'élaborer une stratégie de formation ciblant les médecins. C'est pour répondre à cet objectif que les Cafés CLUD ont été pensés : sous forme d'un échange informel autour d'un café à la sortie du self, les membres du CLUD invitaient les autres professionnels à débattre autour d'un sujet « Douleur ».

Reprenant l'idée des « Cafés Alzheimer », les « Cafés CLUD » permettaient une diffusion courte, répétée et personnalisée autour de thèmes prédéfinis. Cela établissait un lieu d'échanges autour de la douleur et permettait de diffuser des supports (documents, réglottes...). Les thèmes étaient choisis par le CLUD se basant sur les événements indésirables ou les retours des professionnels. Les 5 thèmes choisis étaient : - L'éducation du patient à l'utilisation des antalgiques au domicile - Douleurs neuropathiques - Migraines/céphalées - L'évaluation de la douleur - Les morphiniques. L'ampleur de notre action a été évaluée sous forme d'un questionnaire remis aux membres du CLUD ayant participé au Café CLUD et, sous forme d'un ultime Café CLUD où un questionnaire court regroupant 5 questions (une par thème présenté) était rempli et dont les réponses ont été analysées.

L'action des Cafés CLUD au sein de notre établissement a rempli son objectif de diffusion de la culture douleur auprès des personnels médicaux sur un seul des deux sites de l'hôpital. Les soignants ont appréciés la possibilité de dialogue avec les membres du CLUD. Il sera intéressant de présenter à nouveau les documents élaborés et rappeler leur utilisation. Une nouvelle formule des cafés CLUD « mobiles » a été retenue.

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure -

### Organisation

#### **P-50 : Evaluation des pratiques professionnelles à l'usage du MEOPA en service d'imagerie par les correspondants douleur au CHU de Nantes**

*E. Bougouin-Kuhn<sup>(1)</sup>, L.Aurelie<sup>(1)</sup>, C.Theron<sup>(1)</sup>, V.Barre<sup>(1)</sup>, M.Mazan<sup>(1)</sup>*

(1) CHU Nantes, Nantes, France

Dans le service d'imagerie du CHU de Nantes sont réalisés chaque jour de nombreux examens interventionnels potentiellement responsables de douleurs induites. La prise en charge de cette douleur est devenue une préoccupation des soignants. L'évaluation des pratiques a montré une utilisation peu fréquente du MEOPA. Le travail avait pour objectif d'identifier les freins à l'usage du MEOPA et de proposer un plan d'amélioration.

Après discussion avec le cadre du service, est élaboré en octobre 2014 un questionnaire permettant d'évaluer l'utilisation du MEOPA dans le service, il apparaît que les freins principaux sont une méconnaissance du produit et de son utilisation. Une EPP est alors mise en place avec pour objectif un nouveau programme de formation des équipes du service d'imagerie avec la création : d'un document informatif sur l'utilisation du MEOPA en service d'imagerie, d'un document photo expliquant le montage du matériel. Fin d'année 2014 se déroulent l'ensemble des formations auprès de 59 manipulateurs de radiologie, 7 médecins radiologues et 2 internes soit 90% du service. A la fin de chaque formation un deuxième questionnaire est distribué afin d'en évaluer le contenu et son impact. Après une remise à niveau des correspondants douleur, l'ensemble des manipulateurs du service et une partie des radiologues ont reçu une formation spécifique lors d'ateliers de mise en pratique avec rappel des fondamentaux. Une dynamique autour de la prise en charge de la douleur a été créée au sein du service avec une bonne coopération des radiologues et des manipulateurs.

Notre statut de correspondants douleur a été reconnu et nous sommes identifiées au sein du service. Une EPP a été initiée afin d'évaluer l'utilisation à long terme du MEOPA et le retour d'expérience de nos collègues.

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure -

### Organisation

#### **P-54 : Intérêt d'une consultation dédiée aux douleurs liées au cancer au sein d'une consultation de Douleur Chronique**

*S. Pugliese<sup>(1)</sup>, C.Couteau<sup>(1)</sup>, A.Marcerou<sup>(1)</sup>*

(1) Hopital J Ducuing, Toulouse, France

Ce poster devra démontrer l'intérêt pour les patients atteints d'une pathologie cancéreuse douloureuse à être pris en charge par une équipe spécialisée dans la douleur chronique. Ceci est à replacer dans le contexte d'une structure hospitalière de 300 lits, dotée d'un service d'oncologie, d'une consultation de prise en charge des douleurs chroniques et d'une Unité de Soins Palliatifs. L'objectif est de démontrer que la pluri-disciplinarité, dans la prise en charge de la douleur du cancer, apporte un bénéfice pour le patient et pour les soignants.

Explications du fonctionnement de ce type de consultation (2 ans d'existence). Lien avec le plan cancer Chronicité des maladies cancéreuses. Mise en avant des différents points: -Mode d'entrée des patients dans la consultation: nombre de patients reçus à la consultation dédiée / nombre de patients vus en équipe mobile dans le service d'oncologie -nombre de patient vus pour des douleurs liées à la maladie évolutive/ patients en phase palliative/ patient vus pour des douleurs séquellaires - Suivi des patients: nombre de consultations avec l'algologue/ nombre de patient suivi en Hypnose par l'IDE de la consultation Douleurs Chroniques, -Devenir des patients: nombre de patients pris en charge en Soins Palliatifs/ nombre de patients améliorés et ne nécessitant plus de suivi à cette consultation/ nombre de patients suivis à distance pour des douleurs séquellaires du cancer -Indice de satisfaction des patients -Indice de satisfaction des soignants impliqués : Oncologie, Douleur chronique, Soins Palliatifs.

Démonstration de l'intérêt de la prise en charge par une équipe spécialisée dans la douleur chronique des patients cancéreux. Adéquation au plan cancer Adaptation des structures de Douleurs chroniques à la chronicisation de la maladie cancéreuse, en lien avec l'amélioration de certains traitements.

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure -

### Organisation

#### **P-55 : Création d'une Equipe Mobile Douleur Aigüe au Centre Hospitalier de Charleville-Mézières**

*D. Léonard<sup>(1)</sup>, J.Lair<sup>(1)</sup>, A.Schmitz<sup>(1)</sup>, E.Schmutz<sup>(1)</sup>, M.Lefèbvre<sup>(1)</sup>, S.Muzalski<sup>(1)</sup>, A.Barbe<sup>(1)</sup>*

(1) Centre hospitalier , Charleville mézières, France

Le but de l'EMDA est d'organiser une stratégie institutionnelle, pour améliorer les pratiques professionnelles dans le domaine de la douleur post-opératoire.

Qui sommes-nous? Une équipe pluridisciplinaire composée de personnels médicaux et paramédicaux, issus du service d'anesthésie. Nos actions: -activité d'information des patients en pré-opératoire; -activité clinique auprès des opérés dans les services de soins; -élaboration de protocoles de prescriptions post-opératoires; -travail sur la systématisation de la traçabilité de l'évaluation de la douleur; -activité de formation et compagnonage auprès des personnels de soins; -travail de recherche pluriprofessionnelle ,permettant l'acquisition et le développement de nouveaux matériels et de nouvelles techniques d'analgésie post-opératoire; -création d'un groupe de travail interprofessionnel (Chirurgiens, Médecins anesthésistes, Pharmaciens, Cadre, IADE, IDE,Kiné ); - enquêtes et statistiques Nos moyens humains: -1 médecin Anesthésiste, -1Cadre IADE , 2 IADE, 1 IDE de SSPI Cette équipe s'est constituée sur la base de l'équipe d'anesthésie à moyens contants (aucune création de poste).

Après deux années d'existence, les différentes études menées par l'EMDA,ont permis de mettre en évidence: - l' amélioration notoire de la traçabilité de l'évaluation de la douleur post-opératoire; - l'amélioration de la satisfaction des opérés (ex: diminution des scores de douleur pour les opérés de prothèse totale de genou , avec une diminution de la durée de l'hospitalisation) -diversification des méthodes analgésiques post-opératoires (cathéters multiperforés péricatricsiels, MEOPA...) Ces résultats prometteurs nous permettent de légitimer l'existence et la pérennité de cette EMDA, voire de la développer davantage.

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure -

### Organisation

#### **P-57 : ORIGINALITE ET AVANTAGES DE LA CONSULTATION PLURIDISCIPLINAIRE LYONNAISE DES ALGIES PELVIENNES CHRONIQUES**

*C. Baude<sup>(1)</sup>, M.Kalfallah<sup>(2)</sup>, B.Lietar<sup>(3)</sup>, A.Forest<sup>(4)</sup>, M.Godot<sup>(5)</sup>*

(1) Clinique Mutualiste, Lyon, France, (2) Polyclinique Côte Basque Sud, Saint jean de luz, France, (3) Centre de la Douleur Hôpital Nord, Saint etienne, France, (4) Exploration pelvienne, Lyon, France, (5) Cabinet , Lyon, France

Les algies pelviennes chroniques sont fréquentes et difficiles à prendre en charge car leur diagnostic est souvent difficile à poser .Dés lors les traitements adaptés sont multiples avec nécessité d'une stratégie thérapeutique suivie et évaluée en particulier pour la chirurgie du nerf pudendal (à 6 mois et 1 an ) de façon pluridisciplinaire . L'objet de cette communication est de décrire l'activité du groupe pluridisciplinaire lyonnais . Ce groupe se réunit une fois par mois et comprend deux algologues , un médecin explorateur , un neurochirurgien spécialiste du nerf pudendal et une psychologue . L'originalité de la consultation pluridisciplinaire lyonnaise réside dans son côté multi-ville et sa mixité privé-public (praticien public/ privé de LYON , SAINT ETIENNE et SAINT JEAN DE LUZ)

D'Avril 2014 à Mai 2015 104 patients d'âge moyen 51,5 ans dont 68 femmes ont été vus adressés par un centre anti-douleur dans 50% des cas et par un spécialiste d'organe dans 50% des cas. L'ancienneté de la douleur était de 28,2 mois. Dans 94% des cas un diagnostic a été posé avec une proposition thérapeutique dans 98% des cas. Les diagnostic posés ont été les suivants :Une névralgie pudendale ( 48% avec proposition de chirurgie dans 88% des cas ) , un syndrome myofascial ( 9% ) , une cooccygodynie ( 5,7% ) , un syndrome d'hypersensibilité pelvienne ( 5,7% ) , un problème lombaire ( 3,8% ) ,une vulvodynie (1,9% ) et un suivi de chirurgie pudendal dans11,5% des cas.

En conclusion la plus value de notre groupe pluridisciplinaire se situe dans son originalité ( praticien multi ville et mixité public privé au profit du patient) et dans ces intérêts ( diagnostic posé dans 94% des cas avec proposition thérapeutique dans 98% des cas et suivi régulier des patients opérés de la névralgie pudendale

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure - Techniques thérapeutiques

### P-58 : Enquête douleur 2015 au Centre H Becquerel Haute-Normandie

A. Benchemam<sup>(1)</sup>, N. Le moal<sup>(1)</sup>, O. Rigal<sup>(1)</sup>

(1) CRLCC Henri Becquerel, Rouen, France

Portée par les correspondants douleur (professionnels de santé issus des différents services de soins et médico-techniques), notre enquête a pour but d'évaluer, un jour donné, le nombre de patients douloureux et dans quelle mesure la douleur retentit sur leur quotidien.

Choix du support : Questionnaire remis en main propre au patient. 192 questionnaires ont été distribués et 150 ont été complétés, soit un taux de participation de 78%. Période d'investigation : L'enquête s'est déroulée sur une journée (16 avril 2015). Population cible : Les patients pris en charge en hospitalisation (conventionnelle et de jour), dans les services médico-techniques et les soins externes. 1.4 Résultats : 45% des patients interrogés se déclarent douloureux et 96% d'entre eux sont satisfaits de leur prise en charge. 6% estiment qu'il n'y a aucun retentissement sur la qualité de leur vie. 10% ont au contraire un retentissement majeur sur la qualité de leur vie.

Des efforts restent à faire pour mieux repérer les patients douloureux. Les correspondants douleur, vont se pencher sur les pistes à explorer à partir des besoins des patients dans le vivre avec la douleur en cancérologie.

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure - Techniques thérapeutiques

### P-60 : Cathéter péricatriciel en gynécologie-obstétrique: premiers retours d'expérience

L. Ronchi<sup>(1)</sup>, D.Passays<sup>(2)</sup>, D.Khalifa<sup>(3)</sup>, C.Jaunasse<sup>(3)</sup>

(1) Centre hospitalier, Saint-nazaire cedex, France, (2) Infirmier ressource douleur - Centre hospitalier, Saint-nazaire, France, (3) Centre Hospitalier, Saint-nazaire, France

L'analgésie post interventionnelle s'est récemment enrichie de la technique du cathéter péri cicatriciel. Initialement appliquée à l'analgésie des interventions abdominales au cours d'hospitalisations complètes, elle a vu ses indications étendues à d'autres type d'interventions (gynécologie, césariennes, orthopédie) et aux prises en charge ambulatoires. Nous avons repris rétrospectivement sur une année les dossiers de chirurgie carcinologique mammaire ainsi que les césariennes aux fins d'analyse.

Le matériel employé est le cathéter Profils Pain-Cath (R) commercialisé par la société Districlass. Le cathéter a été posé en fin d'intervention par l'opérateur, immédiatement rincé avec de la ropivacaine (solution à 0.2%), fixé à la paroi puis relié à un diffuseur élastomérique assurant la diffusion d'une dose de 400 mg de ropivacaine sur une durée de 36 heures. Au sein de la population de césariennes, le choix était laissé au binôme obstétricien-anesthésiste pour la technique d'analgésie post intervention (analgésie parentérale avec relais secondaire par voie orale, TAP bloc, cathéter péri cicatriciel). Dans le groupe Paincath, les antalgiques par voie orale étaient débutés dès la 6e heure post opératoire après une première dose délivrée par voie intraveineuse en fin d'intervention. Les 50 dossiers examinés (césarienne ayant bénéficié d'un cathéter péricatriciel) montrent une analgésie d'excellente qualité, de durée égale ou supérieure à 30 heures, sans nécessité de recourir à un antalgique de secours administré par voie parentérale. La satisfaction des femmes était constamment relevée comme "bonne" ou "très bonne". Cette modalité d'analgésie a rencontré une adhésion forte de la part des sages-femmes dans l'unité de suites de couches. L'analyse du groupe de femmes ayant bénéficié de mastectomies partielles complétées par l'insertion d'un cathéter péricatriciel (mêmes modalités techniques que pour les césariennes) a relevé un indice global de satisfaction très positif ou positif. Deux événements ont été notés, un arrachage accidentel à la 3e heure d'un cathéter mal fixé, et l'interruption à la 6e heure de l'infusion continue du fait de la survenue d'un état de malaise sans signe clinique de surdosage en anesthésiques locaux, rapidement résolutif (les dosages plasmatiques n'ont pu être pratiqués).

Le cathéter péricatriciel constitue une alternative intéressante aux techniques classiques employées pour l'analgésie post opératoire de ces interventions. Il permet une analgésie prolongée par rapport aux techniques "single-shot" en assurant une diffusion continue de l'anesthésique local, et facilite un parcours de soin ambulatoire dans le cadre des mastectomies partielles. Le surcoût induit par le matériel (cathéter, diffuseur élastomérique) est relativement réduit par rapport à une analgésie parentérale. Ce surcoût est à remettre en perspective dans le cadre du parcours de soin des patientes (réhabilitation rapide des césariennes, ambulatoire des mastectomies partielles).

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure - Techniques thérapeutiques

### P-63 : VIVRADOL, la douleur dans la vie.

*F. Marcaillou<sup>(1)</sup>, N. Delage<sup>(1)</sup>, S. Chaib sentenac<sup>(1)</sup>, S. Poulet garcia<sup>(1)</sup>, P. Picard<sup>(1)</sup>*

(1) CETD CHU Gabriel Montpied Clermont-Ferrand, Clermont ferrand, France

Programme d'éducation thérapeutique pour le patient douloureux chronique non cancéreux (CETD Clermont-Ferrand) La douleur chronique non cancéreuse, expose le patient à de nombreux impacts sur sa vie : impact social, familial, sur les activités professionnelles et de loisirs, sur le sommeil, et son humeur. Malgré tous les efforts des soignants et acteurs sociaux il est fréquent que la douleur chronique non cancéreuse reste un problème. La vie du patient va se transformer. Ces changements inattendus vont forcément déstabiliser le patient qui éprouvera des difficultés ou une incapacité à s'y adapter, augmentant la vulnérabilité de certains patients déjà parfois en situation de précarité. Il est donc essentiel que le patient douloureux chronique puisse acquérir certaines compétences médicamenteuses, sociales mais aussi d'ordre cognitif et comportemental pour qu'une amélioration de la qualité de vie se dessine alors même que bien souvent la douleur « zéro » -ou disparition de la douleur- n'est pas de mise.

Depuis juin 2012, nous nous sommes penchés sur l'élaboration d'un programme d'éducation thérapeutique destiné au patient douloureux chronique non cancéreux. L'objectif général de ce programme est de permettre au patient d'acquérir des connaissances et des outils pour devenir plus compétent dans l'auto gestion de la douleur chronique et ainsi permettre une amélioration de sa qualité de vie. Nous avons retenu 8 domaines principaux : 1. Différencier la douleur aiguë et la douleur chronique pour aller vers une amélioration de la sensation de confort. 2. Repérer individuellement les traitements antalgiques de fond et de crise, connaître les effets indésirables des médicaments afin de les prévenir et d'améliorer l'observance aux traitements allopathiques instaurés. 3. Bouger son corps sans crainte d'avoir mal. 4. Connaître les démarches sociales en lien avec les arrêts maladie et leurs conséquences afin de planifier l'avenir. 5. Apprendre à transformer la relation entretenue avec la douleur et le sentiment de solitude/marginalité qui l'accompagne. 6. Comprendre et identifier ses émotions afin d'en limiter leurs impacts sur le vécu de la douleur. 7. Découvrir la relaxation pour gérer le stress et la douleur. 8. Réfléchir à l'impact de l'alimentation sur la douleur et le bien-être. Ce travail a ensuite conduit à la modélisation de huit ateliers, chacun dédié à un domaine ou objectif spécifique.

Le programme Vivradol est validé par l'ARS depuis janvier 2014 et 65 patients l'ont déjà suivi. 85% d'entre eux estiment en avoir retiré un bénéfice.

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure - Techniques thérapeutiques

### **P-73 : Utilisation des méthodes de distraction pour la prévention des douleurs induites par les soins dans un service d'urgence pédiatrique**

*V. Ducoulombier<sup>(1)</sup>, F. Martellier<sup>(1)</sup>, M. Pelabon<sup>(1)</sup>, L. Ribassin<sup>(1)</sup>, C. Verreman<sup>(1)</sup>, V. Ducoulombier<sup>(1)</sup>*

(1) GHICL, Lille (Lomme), France

La distraction vise à diminuer les douleurs induites par les soins, en agissant sur les composantes cognitives et émotionnelles de la douleur.

Cette technique repose sur la prise en compte du caractère pluridimensionnel de la douleur. L'objectif est de proposer un accompagnement personnalisé, pour aider l'enfant à faire face à l'évènement douloureux, en captant toute sa sensorialité, en mobilisant ses ressources propres, en s'adaptant à ses capacités cognitives, à son état de stress et au contexte du soin. Il est du rôle de l'infirmière de participer à la prévention et au soulagement de la douleur et de la détresse physique. La distraction rentre ainsi parfaitement dans son champ d'action et ses compétences. Introduire la distraction lors des soins ne vient pas modifier profondément les pratiques soignantes. Il s'agit d'envisager le soin d'une autre façon pour compléter l'action des antalgiques, de l'inscrire dans une dimension positive et de lever les éventuelles appréhensions vis-à-vis des soins ultérieurs. Au départ, ce projet fut le fruit d'une réflexion sur l'amélioration de la qualité des soins, menée par un groupe de professionnelles souhaitant se former à des techniques alternatives. Il s'est étendu à l'ensemble de l'équipe avant de se propager au niveau institutionnel. Pour les porteurs de ce projet, il y avait une réelle volonté que les enfants bénéficient tous d'une approche identique dans la gestion de la douleur induite tout en tenant compte de leur peur, anxiété et appréhension.

Ce projet a permis à chaque soignant de promouvoir toute son identité relationnelle, humaine et technique. Il a apporté du confort à la fois pour les soignés et les soignants.

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure - Techniques thérapeutiques

### P-75 : DOLOKIDS

*M. Cartal<sup>(1)</sup>, V. Albaladejo<sup>(2)</sup>, F. Pasquier<sup>(2)</sup>*

(1) Hôpital Couple Enfant , Grenoble cedex 9, France, (2) CHU , Grenoble, France

Création d'un groupe de travail sur l'évaluation, le prise en charge et le traitement de la douleur de l'enfant à l'Hôpital Couple Enfant du CHU Grenoble.

En 2012 six mois après l'ouverture de l'Hôpital Couple Enfant du CHU de Grenoble et en parallèle au développement d'une consultation douleur pédiatrique dans la structure nous avons souhaité créer un groupe de travail sur l'évaluation et le traitement de la douleur. Nous sommes allé à l'encontre des professionnels pour identifier les besoins. Tous les services de l'établissement (urgences, réanimation pédiatrique et néonatale, médecine néonatale, médecine pédiatrique polyvalente, oncologie, chirurgie, bloc opératoire, radiologie) ont manifesté leur enthousiasme et sont actuellement représentés dans le groupe par des soignants médicaux et para médicaux. Notre premier travail a consisté en la réalisation d'un audit sur les pratiques. L'analyse des réponses a débouché sur la réalisation et/ou la mise à jour de procédures et de protocoles. A titre d'exemple : - Uniformiser les outils en créant un kit d'échelles d'évaluation - Protocoles et Fiches Réflexes sur des thérapeutiques ou des prises en charge spécifiques (douleur aux urgences, brûlés, MEOPA, analgésie sucrée, analgésie loco régionale, morphiniques, actes de radiologie ect). Nos travaux sont validés au niveau institutionnel par le Comité de Lutte contre la Douleur.

La mise en place d'un groupe de travail multidisciplinaire sur la prise en charge et le traitement de la douleur de l'enfant (DOLOKIDS) dans notre établissement a amélioré les pratiques, soudé les équipes, crée un lien autour d'un sujet majeur. Les réunions trimestrielles sont un lieu de partage et d'échange.

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure - Techniques thérapeutiques

### P-76 : INTERCLUD dans le Dunkerquois depuis l'an 2000!!!!

A. Cadart<sup>(1)</sup>

(1) CH Dunkerque, Dunkerque cedex 1, France

Missions :

- Créer une consultation douleur sur le Dunkerquois
- Former les personnels : mise en commun des forces
- Elaborer des protocoles ----> l' HAD (Hospitalisation à Domicile) rejoint l'INTERCLUD en 2012 La consultation douleur : L'INTERCLUD a permis de créer une pluridisciplinarité des intervenants (anesthésistes - neurologues - médecins de soins palliatifs - médecins de médecine physique, psychologues, infirmières) ayant une formation spécifique douleur.
- Création d'une consultation douleur sur 2 établissements (Hôpital Maritime de Zuydcoote et le Centre Hospitalier de Dunkerque) avec plateau technique de médecine physique (HMZ) et hospitalisation de jour pour gestes techniques (CHD)
- Réunions de synthèse bimestrielles
- Reconnaissance par l'ARS (Agences Régionales de Santé) de cette consultation sur 2 sites en 2012

Les Formations des personnels soignants :

- 2001 et 2002 : Formation par TONIC PLUS « améliorer la prise en charge de la douleur » assurée par le Dr DONNADIEU ( PH à l'hôpital européen Georges Pompidou APHP de Paris) Thèmes abordés : « la douleur état des lieux » - « l'amélioration des compétences dans la prise en charge infirmière de la douleur » « la prise en charge de la douleur en pédiatrie » - « l'importance de l'écoute et le suivi psychologique » « la prise en charge des douleurs neuropathiques »
- 2003 : Formation en pédiatrie par l'équipe de pédiatres du CHR de Lille (médecins oncologues anesthésistes) - Formation à la prévention de la douleur induite par les soins ( MEOPA – EMLA – Morphiniques à libération immédiate – tou cher massage – relaxation- manutention )
- 2003 -2004-2005 : Formation douleur aigue « enfant et adulte aux urgences »- évaluation de la douleur – le potentiel traumatique psychologique- cas concret de prise en charge de patients douloureux
- 2004 à 2014 : Formations sur les différents aspects de la douleur et sa prise en charge répartis en 2 puis 3 jours Ajout d'une journée spécifique pour les aides – soignant(e)s en 2011 – 2014
- 2005 : Formation « prise en charge de la douleur chez le prématuré, le nourrisson et l'enfant handicapé
- 2013 : Formation sur les douleurs musculo squelettiques et sur les techniques non médicamenteuses de la douleur sous forme d'ateliers



- 2014 : formation « douleur et soins palliatifs » Elaboration de protocoles sur un support commun :
- 2003 : un groupe pluridisciplinaire inter établissement rédige un livret douleur comportant : - les généralités et évaluation de la douleur - la pharmacologie : fiches techniques - Les protocoles par spécialités Réactualisation du livret régulièrement par le groupe 2006-2007 : « Foire aux protocoles » mise en commun des protocoles avec CHD – HMZ et PGS 2008 : Elaboration et distribution d'une plaquette de conversion des opioïdes et de thérapeutique de la douleur chez l'adulte. Et plaquette thérapeutique de la douleur chez l'enfant 2013 : « foire aux protocoles » : TENS – pansement VAC – Kétamine- sédation et soins palliatifs.

Conclusion :

- créer une consultation pluridisciplinaire dans le dunkerquois
- Former les personnels (soins actifs, soins de suite) par groupe hétérogène et partage d'expériences.
- Elaboration de protocoles sur des supports communs que chaque établissement peut s'approprier
- Collaboration entre les établissements pour le suivi des patients
- Collaboration entre les infirmières ressource douleur pour le suivi des patients douloureux entre les soins aigus (CHD) et les structures de soins de suite.

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure - Techniques thérapeutiques

### P-82 : Thérapie intrathécale : processus de prise en charge.

*J. Schoch<sup>(1)</sup>, M. Idelcadi<sup>(1)</sup>, S. Savas<sup>(1)</sup>, V. Delarminat<sup>(1)</sup>, S. Crelerot<sup>(1)</sup>*

(1) HNFC, Montbéliard, France

Soigner l'interface pour une organisation efficace.

L'unité d'algologie interventionnelle mise en place en 2007 au centre douleur de l'H N FC, prend en charge l'ensemble des techniques de neuromodulation : neurostimulation médullaire et pompe intrathécale. La forte prévalence de douleurs cancéreuses réfractaires nous a amené à privilégier la prise en charge par thérapie intrathécale. Fort d'une expérience de plus de 160 implantations intrathécales dont une centaine avec pompe implantée, une file active actualisée de 40 pompes et de 5 CIP intrathécales, notre efficacité à améliorer la qualité de vie des patients dans la gestion de la prise en charge des douleurs réfractaires, a été rendue possible par la mise en place d'une filière de soins dans le Nord Franche-Comté avec protocolisation du circuit patient. La méthode comprend 3 étapes : – recrutement, indication. – Hospitalisation, pose. – Suivi, liens ville hôpital. 1 - Le recrutement se fait: – Soit en consultation externe programmée (avec évaluation pluri professionnelle). – Soit en urgence, lors de la présence de douleurs cancéreuses évolutives avec échappement des thérapeutiques conventionnelles (avec évaluation pluri professionnelle). Cette évaluation amène à discuter l'indication en réunion de concertation pluridisciplinaire, avec une proposition du choix de la technique : CIP ou pompe. 2 - L'organisation de l'hospitalisation passe par: - la programmation d'une date d'intervention en fonction des impératifs du service et du bloc opératoire avec traçage par le secrétariat de toute la documentation nécessaire à l'hospitalisation, - une consultation IRD avant l'hospitalisation avec remplissage d'un document concernant les caractéristiques du patient pour son hébergement dans le service. Le patient reçoit des informations pratiques (déroulement des différentes étapes, présentation du matériel implanté, etc). - la programmation au bloc opératoire avec un listing prévisionnel du matériel, du mode de prise en charge anesthésique et positionnelle du patient, de l'environnement technique nécessaire dans la salle d'intervention. L'hospitalisation se fait en hospitalisation de semaine. Le centre dispose d'une vacation complète au bloc opératoire le mardi avec mise à disposition du personnel et du matériel d'imagerie. La prise en charge du patient en hospitalisation est plurielle, avec passage si nécessaire de la psychologue, du kiné, de l'aide soignante, de l'EMSP. Le patient sort avec : – les ordonnances de sortie, avec relais programmé des antalgiques. – Une conduite à tenir en cas de problème, avec un numéro de téléphone du centre de la douleur. – Un livret de suivi. Un rendez-vous postopératoire est fixé à J8 pour évaluation de la douleur et révision du pansement et des cicatrices. 3 - La qualité du suivi CIP/pompe dépend : - d'une bonne collaboration ville/hôpital. Il permet l'évaluation de l'efficacité de l'analgésie et la présence des effets secondaires. Le recueil de ces données est reprise sur un répertoire informatisé partagé au CAD et sur un carnet de suivi au domicile du patient. Les réajustements se font en temps réel : - modification des protocoles. - Convocation rapide du patient au CAD si problème - De la mise en place d'une permanence de soins organisée.



Contact en cas de difficultés : urgence vitale = 15.

Douleurs non maîtrisées, effets secondaires, difficultés techniques :  
jours ouvrables : téléphone au CAD.

Week-end, férié, nuit : téléphone au standard de l'hôpital qui contacte un algologue.

Au niveau des résultats, nous relevons les points suivants : 1 – retour à domicile pour 90 % des patients dans le délai annoncé. 10 % passent en USP pour non atteinte de l'équilibre antalgique. 2 – amélioration de l'autonomie de la qualité de vie du patient, par une diminution des effets secondaires liés aux doses élevées des opiacés et absence d'entrave par des pompes externes. 3 – détection rapide des problèmes (insuffisance thérapeutique, complications infectieuses ou mécaniques) grâce à la culture de la communication, de la transmission via les supports protocolisés. 4 – réajustements en temps réel grâce à la disponibilité de l'équipe douleur. 5 – amélioration des délais de prise en charge de l'indication de douleurs cancéreuses par l'implication de l'équipe douleur et l'EMSP dans le service d'oncologie.

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure - Techniques thérapeutiques

### **P-83 : Echecs de ponctions lombaires en oncohématologie pédiatrique: comment améliorer les conditions de ce geste ?**

*T. Buttez<sup>(1)</sup>, M.Goutagny<sup>(1)</sup>, C.Renard<sup>(1)</sup>, P.Marec-bérard<sup>(1)</sup>*

(1) Institut d'Hématologie et d'Oncologie Pédiatrique, Lyon, France

Les référents douleurs de l'IHOP ont été interpellés par l'augmentation des vécus négatifs et les différences de pratique en fonction des services lors de la réalisation des ponctions lombaires (PL). Un audit a été réalisé afin d'évaluer l'organisation du geste, les moyens mis en œuvre pour la prévention de la douleur et les techniques de contention utilisées.

Du 13/01 au 26/03/2015, 18 PL ont été observées par 2 auditeurs. Des photographies ont été réalisées. Les 18 gestes concernaient 13 filles et 5 garçons de 3 mois à 17 ans (médiane=6,3 ans). Tous avaient déjà subi une ou plusieurs PL. Prémédication par anxiolytique + application d'anesthésique local topique pour tous (+ MEOPA pour 16). Onze enfants ont bénéficié de techniques d'hypno-analgésie. Gestes réalisés en chambre pour 16 enfants et en présence des parents pour 14. Sept PL répondent aux critères de succès. Echec pour tous les enfants de moins de 3 ans (n=4) en cumulant les 2 critères. Les PL hémorragiques (GR > 50/mm<sup>3</sup>) ne sont pas corrélés au nombre de tentatives de ponction et concerne tous les âges. La position de l'enfant (sur des critères d'observation et les photographies) était jugée satisfaisante dans la majorité des cas, néanmoins 8/18 enfants ont bougé pendant le geste. Dans 95% des cas il y a concertation entre les différents opérateurs sur la bonne position de l'enfant avant la ponction.

Cet audit confirme que le bon déroulement d'une PL est conditionné par le temps de préparation, le type d'assise, le nombre d'intervenants, la qualité de la contention et la formation des acteurs. Contenir les moins de 3 ans apparaît plus difficile. Réaliser ce geste dans une salle technique plutôt qu'au lit semble un facteur de réussite. Il permet d'objectiver les différences de pratiques et de proposer des pistes d'amélioration : - réalisation des gestes en salles dédiées - préparation anticipée du matériel pour réduire l'anxiété anticipatoire - éducation des soignants à l'aide d'un film sur l'ensemble des techniques disponibles (en particulier position et maintien) permettant d'améliorer la prise en charge de cet acte invasif.

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure - Techniques thérapeutiques

### P-84 : Aide à la prescription d'antalgiques et génotypage et/ou phénotypage des cytochromes P450 (CYP2D6)

R. Alibaud<sup>(1)</sup>, D. Metadier de saint denis<sup>(1)</sup>

(1) Centre hospitalier, Narbonne, France

Il s'agit d'apporter une aide aux prescripteurs dans le but d'optimiser la prescription individuelle d'antalgiques chez les patients présentant des réponses variables (inefficacité, effets indésirables, toxicité) en lien avec des polymorphismes génétiques concernant les cytochromes P450, système enzymatique hépatique impliqué dans le métabolisme des médicaments. Le CYP2D6 est plus particulièrement concerné.

Les données bibliographiques sont regroupées de façon synthétique dans deux tableaux. Le premier tableau, calqué sur la classification de l'IASP, indique les différents types de douleur, d'antalgiques, et les cytochromes principalement et spécifiquement impliqués dans le métabolisme des molécules (CYP3A4, 2D6, 2C19, 1A2, 3A5, 2C8, 2C9, 1A2, 2E1...) (1,2) Le deuxième tableau indique des recommandations cliniques concernant l'utilisation personnalisée de la codéine (prodrogue de la morphine), de l'oxycodone, du tramadol, des antidépresseurs tricycliques, lorsque les patients sont, selon l'activité de leur gène du CYP2D6, des métaboliseurs ultrarapides, rapides, intermédiaires, lents. Ces recommandations sur la conduite à tenir vont du recours à d'autres molécules ou à des adaptations de posologies, augmentées ou diminuées selon le génotype/phénotype du patient (3,4)

L'utilisation de kits évaluant les génotypes CYP2D6 (5) permettrait d'optimiser et de sécuriser la prise en charge de la douleur chez des patients présentant un polymorphisme génétique et pour lesquels certains antalgiques sont inefficaces ou à l'inverse toxiques, aux doses thérapeutiques. Ce poster est le préambule à un article plus large sur la pharmacogénétique des antalgiques. 1- [http://titan.mehyg.ch/mh/formation art/33867.html](http://titan.mehyg.ch/mh/formation_art/33867.html), 18/5/2015 2- [http://titan.mehyg.ch/mh/formation art/23775.html](http://titan.mehyg.ch/mh/formation_art/23775.html), 18/5/2015 3- Influence des polymorphismes génétiques sur la variabilité de la réponse aux opioïdes, MARSOUSI, N. et al, Douleur Analg, 2013, review article, 1-5 4- Cytochromes P450: génotypes et/ou phénotypage pour l'individualisation du traitement médicamenteux, CRETTOI, S. Pipette, Swiss laboratory medicine, 1, 2013, 10-11 5- Establishment of CYP2D6 reference samples by multiple validated genotyping platforms. FANG, H et al. The pharmacogenomics Journal, 2014, 14, 564-572.

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure - Techniques thérapeutiques

### P-85 : Un peu de piment sur l'extrémité céphalique !

G.Fontaine<sup>(1)</sup>, J.Leclerc<sup>(2)</sup>, L.Douay<sup>(3)</sup>

(1) GHPSO, Senlis, France, (2) CETD CHU / CH, Amiens / Beauvais, France, (3) CETD CHU, Amiens, France

Nous avons réalisé une étude observationnelle multicentrique (trois centres de pose) d'un traitement pour les douleurs neuropathiques de l'extrémité céphalique à partir d'un protocole d'application de patch de capsaïcine.

Nous avons colligé 14 dossiers : Post-chirurgicale 2, Post-traumatique 3, Post-zostérienne 5, névralgie faciale 4. Le patient reçu précédemment en consultation, s'est vu expliquer le protocole ainsi que cette utilisation en dehors des indications hors AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) habituelles. Le protocole de soin est le suivant : schématisation de la zone à traiter, application de crème lidocaïne+prilocaine° pendant une heure, puis application du patch de capsaïcine pendant une heure sur la zone pré définie. Des mesures de protections sont adaptées pendant la pose : lunettes/masque de piscine, et un masque bucco nasal. Le patient peut quitter l'hôpital de jour une heure après le retrait du patch. Il rentre chez lui avec un document concernant les consignes à suivre. Le patient est réévalué téléphoniquement à 48-72 heures et il est revu en consultation ultérieurement. Les patients bénéficiant de ce protocole ont des douleurs neuropathiques réfractaires aux traitements habituels et/ou des effets indésirables sous traitements médicamenteux et/ou ne souhaitent pas de traitement médicamenteux par voie générale. Notre étude semble encourageante avec un recul actuellement de six mois. Il n'a pas été relevé d'effet secondaire ou d'événement indésirable, notamment pas de symptomatologie d'irritation des muqueuses oculaire, nasale, buccale. Le soulagement varie de 30 à 90% selon la pathologie et selon le patient.

Cette modalité thérapeutique novatrice pour les douleurs neuropathiques faciales rebelles et du crâne méritent d'être évalué sur un plus grand nombre de pose et sur le suivi de ces patients à distance. Si ces premiers résultats plutôt encourageants été confirmé, nous pourrions entrevoir une modification dans les décisions de stratégies thérapeutiques des douleurs neuropathiques rebelles de l'extrémité céphaliques.



## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure - Techniques thérapeutiques

### P-86 : Organisation centralisée d'une préparation pour analgésie intrathécale

Y. Pluchon<sup>(1)</sup>, D. Dupoirion<sup>(2)</sup>, C. Device<sup>(3)</sup>, E. Raingeard<sup>(4)</sup>

(1) CHD la roche sur yon- CETD, Niort, France, (2) ICO Angers, Angers, France, (3) ICO Angers- pharmacie, Angers, France, (4) CHD - pharmacie, La roche sur yon, France

En vendée, les ETS ne pratiquent pas l'analgésie intra-thécale implantée. Et pourtant depuis cette année 2015, les patients qui le nécessitent n'ont plus besoin d'effectuer des déplacements longs et fatigants pour recharger leurs pompes implantées à Angers ou à Nantes. Au CHD de La Roche sur Yon, une équipe (médecins, IDE, pharmaciens) a travaillé leurs homologues de l'ICO d'ANGERS pour mettre en place une procédure de qualité, innovante et économique.

Après une convention entre les directeurs de l'ICO ANGERS et du CHD La Roche sur Yon, les prescriptions médicales pour remplissage de pompes implantées sont effectuées à La Roche sur Yon, validées par la pharmacie de cet Ets et transmis à la pharmacie de l'ICO d'Angers. La prescription se fait sur un logiciel dédié visible par les deux sites. La seringue de préparation est transférée selon une procédure draconienne sur le site de La Roche sur Yon où le remplissage est effectué le lendemain de la prescription. La préparation est réalisée dans des conditions optimums. Cette procédure a été visée par l'ARS des Pays de Loire.

Cette procédure a permis de limiter le déplacement du patient le plus souvent dans un contexte de maladie cancéreuse diminuant à la fois la fatigue de ce patient, et la dépense inhérente au transport en ambulance.

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure - Techniques thérapeutiques

### **P-96 : Douleur et trajectoire du patient en chirurgie : optimiser la prise en charge tout au long du séjour**

*V. Ducoulombier<sup>(1)</sup>, S.Joos<sup>(1)</sup>, F.Martellier<sup>(1)</sup>, F.Malezieux<sup>(1)</sup>, D.Duquenne<sup>(1)</sup>, A.Rachati<sup>(1)</sup>, S.Dis<sup>(1)</sup>*

(1) GHICL, Lille (Lomme), France

De nombreux soignants interviennent au cours du séjour d'un patient opéré. Plusieurs structures sont impliquées successivement : les urgences très souvent, le bloc opératoire, le service de résidence. A chaque étape se posent des problématiques différentes concernant la douleur et sa prise en charge. Les référents douleur de chacune de ces structures se sont employés à identifier des circonstances particulièrement à risque de douleur puis à mener des projets d'amélioration spécifiques.

Les référents douleur des services de traumatologie ont mis en avant que la continuité de la prise en charge de la douleur n'était pas optimale dans les heures qui suivaient le transfert du patient des urgences vers le service d'accueil. Une réunion des différents intervenants de ces deux structures a été organisée, permettant d'exposer les problématiques et d'aboutir à des propositions concrètes, avec notamment rédaction d'un protocole définissant les rôles de chacun et visant à assurer la continuité des soins. Par ailleurs a également été mis en perspective l'importance des douleurs induites par la mobilisation du patient de traumatologie lors de l'utilisation du bassin. Ceci a conduit les soignants des services concernés à expérimenter l'utilisation de l'urinal féminin, à valider son intérêt et à généraliser son usage. Les enquêtes de prévalence douleur généralisées à l'ensemble des structures de notre établissement ont permis de mettre en évidence un défaut dans l'évaluation de la douleur en SSPI. Ceci a motivé une campagne de sensibilisation des soignants par les référents douleurs, efficace au vu de l'audit réalisé dans les suites. Un audit a révélé l'importance des douleurs consécutives au premier lever des patients opérés de pathologies digestives. Ceci a conduit sous l'impulsion des référents douleur à une sensibilisation des soignants, à une réflexion sur les manipulations réalisées et à l'adaptation ponctuelle des antalgiques.

La prise en charge de la douleur répond à des problématiques différentes au fur et à mesure du parcours du patient en chirurgie. Ceci implique des réflexions et des mesures spécifiques pour chacune des structures d'accueil.

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure - Techniques thérapeutiques

### P-99 : Tracabilité de la douleur induite par les soins en onco-hématologie pédiatrique: état des lieux et création d'un support

C. Sakiroglu<sup>(1)</sup>, M. Gioia<sup>(2)</sup>, O. Petit simon<sup>(3)</sup>, F. Vivant<sup>(4)</sup>, M. Bida<sup>(5)</sup>, H. Billeau<sup>(6)</sup>, J. Chaillou<sup>(7)</sup>, N. Marquis<sup>(8)</sup>

(1) RIFHOP et Hopital d'Enfants Margency, Paris, France, (2) Coordinatrice RIFHOP, Paris, France, (3) CH Le Chesnay, Versailles, France, (4) HAD AP-HP, Paris, France, (5) Robert Debré, Paris, France, (6) Institut Curie, Paris, France, (7)HAD CSS, Paris, France, (8)Hopital Trousseau, Paris, France

Contexte: En 2013, Réseau d'Ile de France d'Hématologie et Oncologie Pédiatrique(RIFHOP) a décidé de travailler sur la traçabilité de la douleur induite par les gestes invasifs liés aux soins. Un groupe de travail comportant les professionnels volontaires issus de 9 établissements a été créé. Le but est de - faire un état des lieux - créer ensemble un support de suivi douleur pour les gestes invasifs liés aux soins. - diffuser le support de liaison entre les équipes. - améliorer la prise en charge de la douleur induite.

Méthode: D'octobre à décembre 2013, réalisation d'une enquête dans tous les établissements adhérents au RIFHOP portant sur 28 questions permettant de réaliser un état des lieux : moyens médicamenteux et non médicamenteux mis en place pour les gestes invasifs, outils de traçabilité, existence de protocoles, existence des équipes ressources...etc. Population: Soignants médicaux et paramédicaux travaillant dans 5 centres spécialisés(CS), 25 centres de proximités(CP), 6 SSR, 3 HAD ont été questionnés. Résultats : 105 retours :19 médecins, 60 IDE, 6 Cadres, 19 auxiliaire puéricultrices (AP)et aides soignants(AS). Origines: 23% CS, 52%CP,18%SSR, 7% HAD. La durée médiane d'exercice des professionnels répondant : 11 ans. 97% évaluent la douleur quotidiennement. Plus de 50% des médecins et des IDE ont une formation concernant la prise en charge de la douleur, mais seulement 1/3 des AP-AS sont formés. 91% des soignants rencontrent des douleurs difficiles à soulager. Ils font appel au CLUD ou au référent douleur en cas de douleurs complexes, rebelles ou de situations palliatives (66%) mais rarement pour la douleur iatrogène(14%). Les informations concernant la prise en charge des gestes douloureux dans un autre établissement d'amont sont données par les parents dans plus de 80% de cas, alors que 42% des personnes interrogées disent avoir tracer. Les supports de la traçabilité sont variables, il n'y a pas d'outil commun. La cotation de la douleur lors de soins(PL, Myélo..) varie entre soignants médicaux et paramédicaux.

Le groupe de travail a créé une fiche de recueil à remplir initialement par le centre spécialisé puis par le centre de proximité ou SSR ou HAD à chaque fois que la prise en charge est modifiée. Cet outil a été présenté aux membres de Rifhop en juin 2014 dans une réunion plénière et en aout 2014 cette fiche est intégrée dans le classeur de RIFHOP qui suit le patient. A l'usage, si nécessaire une modification sera apportée à cette fiche.



## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure - Autres

### P-100 : ÉVOLUTION DE L'ÉTAT ET DU RESENTI DU FIBROMYALGIQUE LORS DE SON SÉJOUR EN CURE THERMALE

*C. Robert<sup>(1)</sup>, S. Robert<sup>(1)</sup>*

(1) FIBROMYALGIE FRANCE, Paris, France

Cette étude, réalisée en partenariat avec la Chaîne Thermale du Soleil (CTS), visait, à l'aide d'un questionnaire simple, à évaluer l'évolution de différents symptômes des fibromyalgiques curistes, lors de leurs séjours de 3 semaines de cures. Il s'agissait ainsi, à l'aide d'un outil spécifique créé par nos soins et suite à l'expérience acquise lors de nos enquêtes auprès des malades, de quantifier l'effet des cures qui semblent faire partie d'approches thérapeutiques souhaitées par les patients.

Utilisant la même méthodologie que précédemment (transposition de l'échelle 'douleur' de 1 à 10 aux différents symptômes répertoriés) la présente étude a été réalisée en deux parties. D'abord, grâce au personnel des établissements, nous nous sommes attachés à caractériser le fibromyalgique curiste en début de séjour à l'aide de 53 items regroupés en 6 thèmes : douleurs (6 items) ; efforts (5) ; mobilité (7) ; fatigue (5) ; troubles associés (15) ; ressenti (6) ; détermination (3) ; humeur (4) ; évaluations des pertes d'autonomie et de qualité de vie. Concernant cette première partie, il a été reçu 200 réponses. Ensuite, afin d'évaluer les effets proprement dits des soins en établissement thermal, la même méthodologie scalaire a été appliquée en début et fin de séjour en se basant sur les 6 symptômes les plus caractéristiques de la fibromyalgie : douleurs, fatigue, humeur, mobilité, perte d'autonomie, perte de qualité de vie, ainsi que leurs seuils d'acceptabilité respectifs (définis lors de l'enquête 'PAQV' précédente). Cette seconde partie a recueilli 217 réponses complètes.

Outre un rapport définitif, cette enquête devrait aboutir à des enseignements prochainement pris en compte dans l'organisation des séjours thermaux spécifiquement dédiés 'fibromyalgie'. Il s'avère, par ailleurs, que les cures thermales sont bénéfiques pour le fibromyalgique, faisant ainsi reculer de 2 degrés la fatigue et les douleurs et de un degré le reste des items étudiés.

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure - Autres

### P-102 : Enquête de pratique sur la douleur induite par les soins dans un service d'urologie

*F. Gressani-altoé<sup>(1)</sup>, A. Gairard-dory<sup>(1)</sup>, N. Montaudoin-brunner<sup>(1)</sup>, B. Grass<sup>(1)</sup>, C. Saussine<sup>(1)</sup>, B. Gourieux<sup>(1)</sup>, L. Des hus<sup>(1)</sup>*

(1) Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg, France

Réaliser un état des lieux de la prise en charge des gestes douloureux et anxiogènes chez les patients hospitalisés et ambulatoires du service d'urologie des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.

Les 155 patients ayant participé à l'étude ont reçu une information relative au déroulement du soin dans 81% des cas (sur un total de 345 actes réalisés durant l'enquête, parmi une vingtaine d'actes douloureux recensés). Dans le service d'urologie, les actes anxiogènes selon les patients (score moyen  $\geq 3$  sur une échelle d'anxiété de 0 à 10) sont : la pose de cystocathéter, l'ablation d'agrafes, l'autosondage, le changement d'appareillage de stomie et l'incision d'abcès. Les soins ressentis comme étant douloureux par les patients (score moyen à l'échelle numérique  $\geq 3$ ) sont : la pose de cystocathéter, le décaillotage, l'ablation d'agrafes, la mobilisation de lame et l'incision d'abcès. Les 41 soignants (65% de l'effectif du service) ayant participé à l'étude ont également considéré ces soins comme douloureux. Pour ces actes, une absence de prémédication ou un délai insuffisant entre l'administration de la prémédication et le soin sont à l'origine de la douleur ressentie. En effet, le service ne dispose actuellement pas de protocole antalgique spécifique à chaque soin douloureux et 85% des soignants se disent intéressés par la mise à disposition de protocoles antalgiques. Ils sont également 68% à être intéressés par une formation à des techniques antalgiques non médicamenteuses. Néanmoins, les patients sont satisfaits de la prise en charge de la douleur iatrogène dans 95% des cas.

L'enquête a permis de mettre en évidence les soins douloureux et/ou anxiogènes pour lesquels des protocoles antalgiques seront mis en place (et notamment la place du protoxyde d'azote), associés à la formation de l'équipe à la prise en charge de la douleur iatrogène.

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure - Evaluation

### P-105 : L'ECOUTE de l'ASSISTANT de REGULATION MEDICAL (ARM) FACE à la DOULEUR.

*Ja. Leclerc<sup>(1)</sup>, J.Leclerc<sup>(2)</sup>, L.Douay<sup>(3)</sup>, B.Douay<sup>(1)</sup>, E.Bourdon<sup>(1)</sup>, P.Valette<sup>(4)</sup>, T.Ramaherisson<sup>(5)</sup>, E.Serra<sup>(3)</sup>*

(1) SAMU 80 CHU, Amiens, France, (2) CETD CHU / CH, Amiens / Beauvais, France, (3) CETD CHU, Amiens, France, (4) SAMU 62 CH, Arras, France, (5) SAMU 60 CH, Beauvais, France

La régulation du SAMU Centre 15 est souvent le 1er contact avec le système de soin. La notion de douleur est un motif fréquent d'appels. Qu'en est-il de l'évaluation de la douleur chez les ARM ?

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une étude observationnelle prospective multicentrique, auprès des ARM de quatre SAMU, à partir d'un questionnaire à réponses ouvertes. Résultats : Nous avons obtenu 69,2 % de réponse. La population est représentée pour 63,75 % des femmes de 38 ans de moyenne d'âge, de 11,5 ans d'ancienneté. A l'appel, la douleur est demandée dans 51 %. Il représente un critère de gravité pour 76,5 % et influence la rapidité de passage au médecin régulateur dans 66,2 %. La cotation moyenne à 7,2/10 en fait un critère de gravité, l'appel est passé rapidement au médecin dès une intensité moyenne de 6,9. La localisation de la douleur est un critère d'urgence pour 79,5 %. Lors d'un bilan secouriste, l'item douleur est relevé dans 63,3 %. C'est un critère de gravité dans 79,8 %. Les ARM connaissent l'échelle numérique décimale dans 72,4 %, d'autres échelles dans 36,2 %. Discussion : L'évaluation de la douleur reste un critère obligatoire mais très difficile à obtenir dans ce contexte d'urgence où l'on doit faire face au stress, à l'anxiété de l'appelant qui se trouvant dans une situation inhabituelle, soit en tant que victime soit en tant que témoin. Les ARM sont sensibilisés à la notion de douleur. Les critères d'évaluation sont identiques quelques soient l'appelant (public ou secouristes). Deux notions de gravités sont relevées lors du bilan secouriste : la douleur de mobilisation du patient et lors des accidents de la voie publique.

Les axes d'amélioration sont: formation sur la douleur, formation sur les méthodes d'évaluation notamment en pédiatrie, conseils à donner à l'appelant, envoi de relais pour mise en place d'antalgique.

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure - Evaluation

### **P-106 : le TENS: de l'homme à l'animal. L'expérience à propos d'une douleur neuropathique d'hernie cervicale "commune".**

*S.Coronas<sup>(1)</sup>, J.Leclerc<sup>(2)</sup>, L.Douay<sup>(3)</sup>, S.Soriot - thomas<sup>(4)</sup>, P.Debonville<sup>(3)</sup>, P.Coronas<sup>(5)</sup>, E.Serra<sup>(3)</sup>*

(1) IDE, Arras, France, (2) CETD CHU / CH, Amiens / Beauvais, France, (3) CETD CHU, Amiens, France, (4) CRC CHU, Amiens, France, (5) VETERINAIRE, Arras, France

Philippe, vétérinaire a présenté en 2012 une hernie discale cervicale C5. Il a refusé la prise en charge chirurgicale face aux risques opératoires et la nécessité, dans les suites de l'intervention, de mettre en parenthèse son activité de chirurgie et consultation vétérinaire. Il a bénéficié au sein du CETD d'une prise en charge multimodale associant les traitements médicamenteux et non médicamenteux avec une éducation thérapeutique à la neurostimulation transcutanée (TENS) permettant un soulagement satisfaisant. Rudy, berger allemand de 7 ans, présente une hernie cervicale C4 responsable d'une douleur neuropathique. Son propriétaire n'a pas les moyens financiers de le faire opérer. Philippe et son assistante vétérinaire par ailleurs infirmière référente douleur dans un service d'urgence à temps partiel, ont eu l'idée de proposer le TENS à Rudy. Le chien comme l'homme ont bénéficié de tests d'efficacité, d'une éducation au TENS (via son maître), puis d'un suivi d'efficience.

La satisfaction de l'humain tant sur sa douleur que sur l'impact au cours de son activité professionnelle et sa qualité de vie sont évaluées. Le chien, lui a été évalué par l'HELSINSKI (échelle comportementale d'hétéro évaluation validé en 2006), la modification de posture et la reprise d'autonomie. Les deux sujets ont diminués leurs traitements médicamenteux (jusqu'à l'arrêt pour l'humain). Le TENS est poursuivi de façon régulière afin de maintenir les acquis tant en soulagement qu'en autonomie. L'ergothérapeute a permis d'adapter le poste de travail du vétérinaire et donner des conseils au maitre pour le portage du chien.

Ce retour d'expérience nous permet d'adapter l'utilisation de cette technique non médicamenteuse à la médecine vétérinaire, et de conforter le travail d'éducation même au travers d'une tierce personne.

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure - Evaluation

### P-107 : L'incident d'une PCA sur nos pratiques professionnelles

*M.Camus<sup>(1)</sup>, J.Leclerc<sup>(2)</sup>, L.Douay<sup>(3)</sup>, S.Soriot - thomas<sup>(4)</sup>, E.Allybe<sup>(3)</sup>, J.Capelle<sup>(1)</sup>, E.Serra<sup>(3)</sup>*

(1) CH, Doullens, France, (2) CETD CHU / CH, Amiens / Beauvais, France, (3) CETD CHU, Amiens, France, (4) CRC CHU, Amiens, France

Dans le cadre d'une prise en charge d'un patient douloureux dans un service de médecine, il s'est produit lors de la pose d'une PCA (Analgésie Contrôlée par le Patient) de Morphine\* un incident. L'infirmière en poste a fait une erreur de retranscription en programmant sa PCA. Cet événement a fait l'objet d'une déclaration d'événement indésirable, a été analysé en équipe pluridisciplinaire piloté par la direction des soins et le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD). Un groupe de travail a été constitué afin de répondre à la problématique : comment améliorer les pratiques professionnelles lors de l'utilisation de la PCA ?

Un audit a été réalisé auprès de tous les infirmiers. Les résultats se décomposent en trois parties: l'identification de la population étudiée, l'évaluation de la charge de travail autour de la PCA et l'intérêt des soignants envers des propositions de formation (ateliers pratiques, mise à disposition d'outil ...). Le taux de réponse est de 86%. L'analyse démographique retrouve une différence d'âge importante entre les infirmiers et donc plusieurs types de formations. 42% des professionnels disent être en état de stress lors de l'utilisation d'une PCA contre 30% de sereins. Leurs difficultés sont : la clarté de la prescription médicale, les réglages des paramètres de la machine et enfin les calculs de doses. Afin d'améliorer les pratiques, le CLUD a actualisé le protocole et instauré une formation sous forme d'ateliers (manipulations des PCA, calculs de doses, relecture des protocoles, foire aux questions/réponses).

Ces actions correctrices mises en place, un second audit est en cours afin d'analyser les savoirs acquis par les soignants, l'utilisation du protocole et sa mise en pratique par les professionnels lors de l'utilisation de PCA.

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure - Evaluation

### P-108 : Evaluation d'un protocole de prise en charge de la douleur traumatique aigue chez l'enfant à Oran.

*S. Abassini<sup>(1)</sup>, M.Negadi<sup>(1)</sup>, Y.Touhami<sup>(1)</sup>, S.Boudjahfa<sup>(1)</sup>, K.Tabeliouna<sup>(1)</sup>, B.Khemliche<sup>(1)</sup>, Z.Mentouri<sup>(1)</sup>*

(1) Faculté de médecine d'Oran, Oran, Algérie

Evaluer la mise en place d'une procédure écrite standardisée d'évaluation et de traitement systématique et adapté à la douleur aigue post traumatique chez l'enfant à l'admission aux urgences chirurgicales pédiatriques (UCP).

Il existe une grande diversité des modes de prise en charge de la douleur d'un service d'urgences pédiatriques à un autre et un manque d'analgésie évident comme en témoigne plusieurs études. Patients et méthodes: Etude descriptive, observationnelle, transversale à recueil prospectif et mono-centrique d'une cohorte d'enfants âgés de 1 j à 15 ans hospitalisés aux urgences chirurgicales pédiatriques du CHU d'Oran (Algérie), admis durant la période du 01 Juin 2013 au 31 Décembre 2014 pour lésion traumatique afin de décrire les modalités d'évaluation et de traitement de la douleur traumatique aigue pré opératoire. Plusieurs séances de formation ont été données aux jeunes médecins résidents en anesthésie sur le protocole proposé d'évaluation et de traitement de la douleur aigue traumatique chez l'enfant. Résultats: 275 enfants admis aux urgences pour lésion traumatique nécessitant un geste chirurgical ont été inclus dans l'étude. Age moyen est de 8,5 ans. La douleur légère retrouvée dans 29%, modérée: 47%, intense: 14%, très intense: 10% L'utilisation d'antalgiques selon l'intensité de la douleur: Paracétamol en intra veineux lent dans 90%, Acide niflumique en intrarectal: 64%, introduction première dans les urgences du Paracétamol codéiné en comprimé: 10%, Nalbuphine en intra veineux lent: 5% et Morphine en intraveineux: 3%. L'objectif antalgique global a été atteint dans 80% de la population étudiée avec un délai moyen de 64 minutes.

La mise en place du protocole proposé de traitement de la douleur aigue traumatique et une formation adéquate du personnel soignant ont permis de changer une situation antérieure d'oligo-analgésie et de couverture antalgique médicamenteuse rare qui régnait aux urgences chirurgicales pédiatriques.

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure - Evaluation

### P-109 : Application numérique Lud'hôp

*E. Salvat<sup>(1)</sup>, C.Gaulier<sup>(2)</sup>, C.Schaal<sup>(1)</sup>, A.Zatti<sup>(1)</sup>, F.Ezzinadi<sup>(1)</sup>, I.Bayard<sup>(1)</sup>, A.Franck<sup>(1)</sup>, J.Bonnomet<sup>(1)</sup>*

(1) Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg, France, (2) Pédiatrie / Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg, France

Expliquer de manière ludique les différents étapes du parcours de soin afin dédramatiser l'hospitalisation et de permettre une meilleure prise en soin de la douleur. Distraire l'enfant et renforcer la qualité de la relation de communication entre le soignant, l'enfant et ses parents. Disposer d'un nouvel outil de médiation ludique et attractif.

Il s'agit de mettre à disposition de l'enfant hospitalisé une application numérique. Dès l'arrivée de l'enfant à l'hôpital, le soignant pourra créer un parcours de soins via une sélection de modules: sa future chambre, la salle IRM, etc... L'enfant pourra alors créer son avatar et découvrir une carte comportant des activités variées: des points d'information, des mini-jeux (la distraction étant également un moyen efficace de diminuer la sensation douloureuse chez les enfants), des éléments multimédias ainsi qu'un trombinoscope des soignants. Autant d'éléments qui permettent de favoriser la compréhension de l'enfant face à ces situations inconnues et de renforcer sa relation avec les soignants. En devenant acteur de l'expérience vidéoludique, l'enfant évolue à son rythme; une posture plus motivante propice à favoriser les échanges avec le soignant. A sa sortie de l'hôpital l'enfant reçoit un diplôme, peut créer un récit interactif. Une manière de terminer son expérience par une touche créative positive: l'enfant pourra ainsi raconter ses exploits à sa famille !

Déjà primé par le prix de "la meilleure solution pour les patients" suite à la présentation d'un prototype fonctionnel durant un salon numérique dédié à la Santé à Strasbourg, le Hacking Health 2015, notre volonté est de poursuivre le développement de l'application. Prendre en soin un enfant et son entourage à l'hôpital est une tâche complexe que les soignants tentent de mener à bien dans leur quotidien : cette application numérique sera un outil complet et ludique ayant pour principal objectif l'amélioration de la qualité des soins dans les services de pédiatrie.

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure - Evaluation

### P-120 : Impact de la prise en charge de la douleur sur les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence chez le sujet âgé institutionnalisé

G. Pain<sup>(1)</sup>, C. Guillaume<sup>(2)</sup>, I. Prevost criniere<sup>(1)</sup>, V. Kowalski<sup>(2)</sup>

(1) CH Méorial Saint Lô, Saint lo, France, (2) CHU Caen, Caen, France

La douleur et les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence sont fréquents chez le sujet âgé institutionnalisé. Des échelles permettent d'optimiser leur détection et leur prise en charge. Des associations ont été signalées avec la douleur mais l'impact de sa prise en charge sur ces symptômes n'a pas été étudié. L'objectif a été d'examiner l'évolution des symptômes psychologiques et comportementaux après la prise en charge de la douleur.

Une étude observationnelle de type avant-après a été menée durant 12 semaines dans 7 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Elle a consisté, aux détections et suivis des symptômes psychologiques et comportementaux selon le NPI-ES, de la douleur par l'échelle verbale simple, l'Algoplus® et la Doloplus® avec des prises en charge thérapeutiques par les médecins référents. A 12 semaines, 88 sujets ont été analysés. 49 étaient soulagés et 39 restaient douloureux. Ces 2 groupes étaient comparables. Des diminutions statistiquement significatives ont été mises en évidence chez les soulagés concernant les évolutions des NPI-ES en termes de score (34 vs 27,  $p < 0.001$ ) et de retentissement (13.8 vs 11.4,  $p = 0.001$ ). Aucune différence significative n'a été révélée par l'analyse des sujets non soulagés.

Optimiser la détection et le suivi de la douleur semblent être en lien avec une amélioration des symptômes psychologiques et comportementaux comme de leur retentissement, à condition que des actions antalgiques soient menées. En institution, la prise en charge de la douleur chez le sujet âgé semble améliorer les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence et leur retentissement.

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure - Evaluation

### **P-121 : Erreur de programmation d'une PCA (Patient Controlled Analgesy) en douleur cancéreuse : analyse par une Revue de Morbi-Mortalité (RMM)**

*C. Cécire-Denoyer<sup>(1)</sup>, E.Chéron<sup>(1)</sup>, C.Guillaumé<sup>(1)</sup>*

(1) CHU , Caen, France

L'Unité Mobile Douleur et Soins Palliatifs (UMDSP) du CHU de Caen gère la mise en place des PCA ambulatoires en collaboration avec les équipes référentes dans les situations de douleur cancéreuse. Sur l'année 2014, 37 PCA ont été installées. Suite à une erreur de programmation de PCA chez une personne ayant alors présenté une insuffisance d'antalgie majeure, l'UMDSP a jugé nécessaire d'analyser à distance cette situation sous forme de RMM. En effet, cette méthodologie vise à améliorer nos pratiques professionnelles par une analyse collective, rétrospective et systémique de situations marquées par un dommage causé au patient. Elle renforce la qualité et la sécurité des soins mais, en aucun cas, recherche un responsable ou un coupable.

Après la présentation de la situation clinique et une revue bibliographique des référentiels de bonnes pratiques, la 1ère réunion pluridisciplinaire fait un état des lieux et identifie les problèmes suivants: - l'insuffisance d'appropriation de la technique par l'équipe référente pour la préparation et la surveillance de la PCA malgré le compagnonnage de l'infirmier de l'UMDSP et la mise à disposition de la procédure et du mode d'emploi simplifié - la modification de la préparation et de la programmation de la PCA dans l'urgence - la préparation non standardisée des cassettes d'opioïde - la double vérification de la programmation non systématisée - l'existence de 2 supports de traçabilité différents pour la prescription et la surveillance (papier et informatique) Des actions d'amélioration sont alors entreprises: la révision de l'informatisation de la prescription et de la surveillance des paramètres de la PCA en éliminant le support papier, l'uniformisation du matériel et des concentrations du produit dans la cassette, la rédaction de procédures complémentaires validées par le CLUD et la création d'un document permettant de lister les dysfonctionnements. Six mois après, la 2ème réunion n'a pas mis en évidence de nouveau problème pour les 19 PCA posées. La poursuite des actions est alors de lister les services utilisateurs et de compléter leur formation avec les nouvelles procédures.

L'appropriation de ce cadre méthodologique alimente et enrichit la démarche qualité sur la prise en charge de la douleur. Cette analyse systémique s'intègre alors dans une dynamique institutionnelle, développant d'une autre manière la culture douleur.

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure - Evaluation

### P-123 : Bilan d'un an de magnétothérapie, Consultation douleur Hôpital Joseph Ducuing

A. Marcerou<sup>(1)</sup>, C. Chauffour-Ader<sup>(1)</sup>, S. Pugliese<sup>(1)</sup>, V. Comparin-Ainard<sup>(1)</sup>, M. Tourenq<sup>(1)</sup>, H. Lamari<sup>(1)</sup>

(1) Hôpital Joseph Ducuing, Toulouse, France

Depuis un an, la consultation douleur de l'hôpital Joseph Ducuing s'est équipée d'un appareil de magnétothérapie MAS Classic. Le matériel sera présenté sur le poster. Plus de 100 patients ont bénéficié de cette proposition de soins, le plus souvent pour des séances corps entier. Nous avons commencé les prises en charge des patients après lecture d'une bibliographie, succincte sur ce sujet, et en suivant les recommandations préconisées par le fournisseur du matériel et le manuel d'utilisation. Nous nous proposons ici de faire le bilan de cette année d'utilisation, en termes de bénéfices et/ou d'effets secondaires pour les patients.

Nous avons proposé des séances groupées, 5 séances pendant un mois à 6 semaines pour chaque patient et recensé pour chacun le bénéfice, les effets secondaires, le ressenti du patient pendant et dans les jours qui ont suivi la séance. Nous exposerons sous forme de diagrammes nos résultats.

Le croisement d'une bibliographie récente et de l'expérience acquise pourrait permettre la mise en place de propositions d'utilisation adaptées aux patients accueillis dans le cadre de la consultation douleur, tout en restant attentif à la singularité de chaque personne et en adaptant la prise en charge en fonction du ressenti du patient.

#### **Bibliographie:**

Li S, Yu B, Zhou D, He C, Zhuo Q, Hulme JM. Electromagnetic fields for treating osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Dec 14;12:CD003523. Doi. Maestú C, Blanco M, Nevado A, Romero J, Rodríguez-Rubio P, Galindo J, Bautista Lorite J, de las Morenas F, Fernández-Argüelles P., Reduction of pain thresholds in fibromyalgia after very low-intensity magnetic stimulation: a double-blinded, randomized placebo-controlled clinical trial. *Pain Res Manag*. 2013 Nov-Dec;18(6):e101-6. Oral A, Ilieva EM, Küçükdeveci AA, Varela E, Valero R, Berteanu M, Christodoulou N., Generalised and regional soft tissue pain syndromes. The role of physical and rehabilitation medicine physicians. The European perspective based on the best evidence. A paper by the UEMS-PRM Section Professional Practice Committee. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2013 Aug;49(4):535-49. Review. Nizard J, Lefaucheur JP, Helbert M, de Chauvigny E, Nguyen JP. Non-invasive stimulation therapies for the treatment of refractory pain. *Discov Med*. 2012 Jul;14(74):21-31. Review. Omar AS, Awadalla MA, El-Latif MA., Evaluation of pulsed electromagnetic field therapy in the management of patients with discogenic lumbar radiculopathy. *Int J Rheum Dis*. 2012 Oct;15(5):e101-8. doi: 10.1111/j.1756-185X.2012.01745.x. Sutbeyaz ST, Sezer N, Koseoglu F, Kibar S., Low-frequency pulsed electromagnetic field therapy in fibromyalgia: a randomized, double-blind, sham-controlled clinical study. *Clin J Pain*. 2009 Oct;25(8):722-8. doi: 10.1097/AJP.0b013e3181a68a6c. Thomas AW, Graham K, Prato FS, McKay J, Forster PM, Moulin DE, Chari S. A randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial using a low-frequency magnetic field in the treatment of musculoskeletal chronic pain. *Pain Res Manag*. 2007 Winter;12(4):249-58. Shupak NM, McKay JC, Nielson WR, Rollman GB, Prato FS, Thomas AW., Exposure to a specific pulsed low-frequency magnetic field: a double-blind placebo-controlled study of effects on pain ratings in rheumatoid arthritis and fibromyalgia patients. *Pain Res Manag*. 2006 Summer;11(2):85-90. Durmus A, Cakmak A, Disci R, Muslumanoglu L., The efficiency of electromagnetic field treatment in Complex Regional Pain Syndrome Type I. *Disabil Rehabil*. 2004 May 6;26(9):537-45.

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure - Evaluation

### **P-124 : La séparation des enfants de leurs parents en salle de préparation pré opératoire majeure t'elle l'intensité de la douleur**

*S. Abassini<sup>(1)</sup>, M.Negadi<sup>(1)</sup>, Y.Touhami<sup>(1)</sup>, S.Boudjahfa<sup>(1)</sup>, K.Tabeliouna<sup>(1)</sup>, B.Khemliche<sup>(1)</sup>, Z.Mentouri<sup>(1)</sup>*

(1) Faculté de médecine d'Oran, Oran, Algérie

Les enfants présentant un traumatisme nécessitant un geste chirurgical sont transférés de l'accueil des urgences vers la salle de préparation opératoire pour leur offrir le maximum de sécurité au moment du traitement de la douleur, par conséquent ces malades sont séparés de leurs parents.

Etude descriptive à recueil prospectif menée auprès d'une cohorte d'enfants âgés de 1 à 15 ans hospitalisés en service de chirurgie pédiatrique du CHU d'Oran (Algérie), admis durant une période de 09 mois pour lésion traumatique nécessitant un geste chirurgical. L'évaluation de l'intensité de la douleur était effectuée aux urgences (en présence du parent) et en salle pré opératoire (en absence du parent), au repos et après mobilisation de la zone douloureuse. Le traitement antalgique n'était administré qu'à la fin de ces évaluations. Résultats : 80 malades ont été inclus dans cette étude; 65 garçons et 15 filles. La moyenne d'âge était de 9.5 ans (1- 15 ans). Echelles d'intensité selon l'âge: Plus de 06 ans: EVA a été utilisée dans 66/80 (82%), échelle des « 06 visages » dans 02/80 (3%), moins de 6 ans: EVENDOL: 12/80 (15%). Au repos: 58 (72%) malades ont gardé la même intensité de la douleur, augmentation de l'intensité chez 7 (9%) et diminution de l'intensité dans 15 (19%). Après mobilisation de la zone douloureuse: 53 (66%) malades ont gardé la même intensité de la douleur, augmentation de l'intensité chez 6 (8%) et diminution de l'intensité dans 21(26%).

Contrairement aux idées pré requises, la séparation de l'enfant nécessitant un geste chirurgical de son parent en salle pré opératoire ne semble pas, réellement, majorer l'intensité de la douleur aigue et l'évaluation reflète le vécu douloureux de l'enfant.

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure - Evaluation

### P-125 : De l'IFSI à l'Hôpital : Comment appréhender la douleur induite en oncologie ?

*C. Manuel<sup>(1)</sup>, N. Gaspar<sup>(1)</sup>, V. Andjerakian<sup>(1)</sup>, I. Saad<sup>(1)</sup>, R. Boisfer<sup>(1)</sup>, M. Nana mabouila<sup>(1)</sup>, H. Bertrand<sup>(1)</sup>, V. Hammoudi<sup>(1)</sup>*

(1) IFSI du Groupe Hospitalier Paul GUIRAUD, Villejuif, France

Développer et renforcer les apprentissages procéduraux Développer la clinique infirmière Prévenir la douleur induite.

Suite à nos participations, en tant qu'auditeurs, aux 18<sup>ème</sup> Rencontres Infirmières en Oncologie et aux conférences de l'Espace Ethique, les questionnements professionnels qui en découlent nous ont amené à construire ce projet. Notre travail s'appuie sur la prise en charge de la douleur en oncologie qui est, pour nous, primordiale pour assurer des soins de qualité et instaurer un lien efficace et durable avec le patient. Être Infirmière implique de grandes responsabilités et, à fortiori, de nombreuses connaissances. Au sein de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers, nous grandissons à travers l'acquisition de cinq compétences « cœur de métier » et de cinq compétences « transverses », communes à d'autres professions paramédicales, aboutissant à des savoirs, savoir-faire et savoir-être indispensables. L'IFSI et les terrains de stage travaillent de concert pour développer les aspects tant théoriques que pratiques de la formation. Le corps formateur de l'IFSI Paul Guiraud assure un suivi individualisé avec la volonté de faire ressortir le meilleur de chacun des étudiants, et de repousser leurs limites dans un souci d'excellence, tout en restant disponible et sociable. Riches de notre enseignement depuis septembre 2013, nous souhaitons montrer le chemin parcouru, basé sur le référentiel de formation commun à toute la France, enrichi par l'expérience et la recherche perpétuelle de l'équipe formatrice afin de nous rendre efficient dans notre profession. En formation initiale, renforcer les apprentissages du savoir infirmier permet la construction de son identité professionnelle.

La prise en charge de la douleur ne repose pas uniquement sur des traitements médicamenteux, elle est multifactorielle. « L'activité ne se réduit pas à l'acte, à son expression tangible, matérialisée. Elle est d'abord mouvement de la pensée, réflexion, manière d'investir la tâche, dimensions internes qui se dérobent à l'observation sensible. » (Jacques BERNARDIN).

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure - Evaluation

### P-126 : Quand un Diplôme Inter Universitaire (DIU) devient un Diplôme Intéressant et Utile!

*F. Le dantec<sup>(1)</sup>, S.Goret<sup>(2)</sup>, J.Neau<sup>(3)</sup>, C.Le cam<sup>(4)</sup>*

(1) CHBS Lorient IDE Unité mobile douleur , Lorient , France, (2) CHBS Cadre de santé service pédiatrie , Lorient, France, (3) CHBS Medecin Unité Mobile Douleur , Lorient, France, (4) CHBS secrétaire Unité Mobile Douleur , Lorient , France

- Intérêt d'un DIU pour faire évoluer les pratiques professionnelles dans la prise en charge de la douleur pédiatrique ? - Quand « de la théorie à la pratique » devient « de la théorie et de la pratique ». Méthodologie : - Réalisation d'un état des lieux, rencontre des professionnels de pédiatrie - Détermination d'axes d'amélioration - Mise en place d'EVENDOL - Suivi de projet(s).

En pratique, un audit réalisé aux urgences pédiatriques début 2012 montrait une évaluation de la douleur peu tracée. Le projet consista à choisir un outil partagé : EVENDOL. 4 sessions de formation furent réalisées par l'IDE douleur sur l'outil auprès de tous les professionnels paramédicaux (38/44) et médicaux à l'issue desquelles chaque agent repartait avec une EVENDOL de poche. Depuis, chaque nouvel arrivant suit cette formation ou prend connaissance d'un classeur + DVD Evendol. Un audit entrepris annuellement avec les référents douleur pédiatriques montre une évolution significative de traçabilité de la douleur : 2012 (25%), 2013 (75%) ... L'apport de connaissances théoriques du DIU a permis d'intégrer des éléments spécifiques à la douleur de l'enfant au sein de notre Formation Douleur Institutionnelle. Le premier constat fut un retour de satisfaction des professionnels auprès de l'encadrement. Le deuxième fut la naissance d'une collaboration plus étroite entre les professionnels de pédiatrie et l'Equipe Mobile Douleur, demandes d'interventions multipliées par 4, la diffusion d'informations sur le congrès PEDIADOL, entraînant une participation systématique du service pédiatrie et l'impulsion d'un groupe souhaitant développer la distraction dans leur pratique quotidienne.

Deux ans après avoir suivi le DIU « La Douleur de l'Enfant en Pratique Quotidienne » l'aventure EVENDOL continue, d'autres projets voient le jour au sein de l'ensemble du pôle Femme - Mère - Enfant et au-delà.... Ce DIU est une formation valorisante personnellement en tant qu'infirmière Douleur mais aussi institutionnellement : « C'est l'effet papillon ».

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure - Evaluation

### **P-130 : Influences des « formations douleur » sur les représentations professionnelles et l'auto-efficacité des personnels infirmiers exerçant en pédiatrie ~ Une explication d'un faible transfert vers les pratiques ?**

*B. Bové<sup>(1)</sup>, N. Guirimand<sup>(2)</sup>*

(1) Hopital d'Enfants de Margency, Margency, France, (2) Université de Rouen, Rouen, France

Depuis le dernier quart du XXe siècle, la lutte contre la douleur est devenue une priorité. Des moyens considérables ont été dégagés pour la formation des professionnels soignants depuis 1998. Pourtant le bilan national de ces formations reste contrasté. C'est le constat qui a été formé pour les démarches antalgiques non médicamenteuses, à l'Hôpital d'Enfants de Margency. La question posée était d'identifier les déterminants possibles d'un faible transfert entre les formations et les pratiques cliniques des personnels infirmiers. Les hypothèses étaient une absence de différence dans les représentations sociales et dans le sentiment d'auto-efficacité vis-à-vis des démarches antalgiques non médicamenteuses chez les personnels formés et non formés.

Nous avons choisi de traiter les hypothèses par une évaluation de l'auto-efficacité et par une analyse structurale portant sur la position de l'élément « démarches antalgiques non médicamenteuses » dans la représentation de la douleur. Nous nous sommes appuyé sur la méthode des Schèmes Cognitifs de Base (cette démarche est appropriée à l'étude de petits effectifs) et sur un questionnaire d'auto-efficacité. Les tests statistiques étaient le Khi<sup>2</sup> et le T-test. Vingt-quatre questionnaires étaient exploitables.

Les résultats confirment la pertinence du cadre théorique posé et la corrélation existant entre pratiques, auto-efficacité et représentations professionnelles. Les résultats montrent une absence de différences significatives entre les deux échantillons pour l'aspect fonctionnel de l'objet et permettent de valider partiellement les deux hypothèses. Ces résultats vont dans le sens d'autres travaux publiés précédemment sur des objets différents. Nous préconisons la mise en place de dispositifs complémentaires à la formation pour accompagner les « novices » dans la mise en place de leurs pratiques.

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure - Evaluation

### P-135 : Etude descriptive de 40 cas de SDRC adressés au centre d'évaluation et traitement de la douleur du CHU de ROUEN.

A. Menet<sup>(1)</sup>, A. Duc trouvin<sup>(1)</sup>, S. Lignot<sup>(1)</sup>, M. Khetta<sup>(1)</sup>, M. Guidt<sup>(1)</sup>, R. Deleens<sup>(1)</sup>, S. Pouplin<sup>(1)</sup>

(1) CHU, Rouen, France

Description des cas de SDRC au CETD du CHU ROUEN.

Méthodologie : Etude descriptive des patients adressés au CETD pour SDRC entre les 1er novembre 2013 et 2014, inclus selon les critères de Budapest. Etaient recueillis de façon prospective et systématique: données épidémiologiques, cliniques, paracliniques, et thérapeutiques. Résultats : 40 patients ont été inclus: âge moyen = 44,5 ans, sex-ratio = 1/1,3 Le SDRC était majoritairement post traumatique (87,1%) et au membre supérieur (56%) Un contexte d'accident de travail ou maladie professionnelle était fréquemment retrouvé (56,3%). 87,2% des patients étaient inactifs et 33,3% avaient perdu leur emploi. La durée moyenne d'arrêt de travail était de 13 mois. Le délai diagnostique moyen était de 8 mois avec 16,5 mois d'évolution avant consultation au CETD. Les troubles sensoriels et moteurs étaient les plus fréquents (94,9 et 89,7%) suivis de troubles vasomoteurs (69,2%), œdème (59%), troubles trophiques (17,9%) et sudoromoteurs (15,4%). L'EN douleur moyenne était de 5,9/10, le DN4 de 6,9/10. Les patients avaient bénéficié d'une radiographie (71,7%), scintigraphie (69,2%), IRM (25,6%) et bilan biologique (64,1%) Ils présentaient une gêne fonctionnelle modérée à sévère (38,5%), des troubles anxieux et/ou dépressifs (51,3%), et une altération de la qualité de vie (SF-36 = 46,9%) physique (48,4%) et psychique (49,5%). Les patients avaient essayés en moyenne 4,6 classes médicamenteuses: paracétamol (79,4%), tramadol (69,2%), codéine (41%), opioïdes forts (30,8%), antiépileptique (46,1%), antidépresseurs (40,9%), bisphosphonates (10,2%) et calcitonine (10,2 %) Ils avaient bénéficié de kinésithérapie (69,2%) avec massage/drainage (52,2%), TENS (43,8%), bains écossais (41%), cryothérapie (28,2%), thermothérapie (12,8%), entretien articulaire (87,2%), gain d'amplitude (17,9%), renforcement musculaire (20,5%), travail proprioceptif (7,7%), balnéothérapie (12,8%). Seuls 5,1% des patients avaient une prise en charge psychologique.

Les patients pris en charge pour SDRC au CETD ont déjà de nombreuses propositions thérapeutiques. La prise en charge multimodale paraît dans ces situations primordiale.

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure - Evaluation

### P-136 : Cotation de l'activité dans les structures de prise en charge de la douleur chronique

*S. Rostaing<sup>(1)</sup>, C.Karanfilovic<sup>(2)</sup>*

(1) Saint-Antoine, Paris, France, (2) Centre Hospitalier de Bligny, Bligny, France

Il existe aujourd'hui une grande disparité dans la saisie d'activité des structures douleur, liée à une méconnaissance de l'intérêt du codage pour la structure. Conformément à la CIRCULAIRE N°DGOS/R5/2013/57 du 19 février 2013, la dotation de l'enveloppe MIG attribuée aux structures douleur finance uniquement leur fonctionnement mais pas leur activité externe, avec un forfait de base calibré en fonction du nombre de consultations médicales externes annuelles (seuil minimal de 500 consultations). Il est donc capital de coder toutes les activités pour que la structure douleur soit visible, pour justifier de sa reconnaissance par l'ARS comme structure labellisée et valoriser au mieux ses activités. L'intérêt du codage des actes douleur pour les patients hospitalisés, tout type de structure confondu, est également mal connu.

Sous l'impulsion du CLUD-SP central et avec le soutien de la Collégiale des Médecins douleur d'Ile-de-France, une enquête a été réalisée fin 2013, avec pour objectif de créer un répertoire des actes médicaux réalisés à visée antalgique, assorti des cotations appliquées. Tous les médecins impliqués dans la douleur étaient concernés, quelle que soit leur spécialité. Le taux de couverture des questionnaires d'enquête a été jugé correct (86% des structures labellisées) et le taux de retour jugé satisfaisant (41%). Les actes répertoriés dans l'enquête ont été rapprochés des actes CCAM existants et le constat suivant a été fait : il manque des actes douleur dans la CCAM, certains actes sont obsolètes, d'autres ne sont pas valorisés.

Cette enquête va permettre de proposer un nouveau thésaurus spécifique douleur, voire des propositions d'adaptation future de la CCAM. Ce projet soumis au Conseil d'Administration de la SFETD a reçu un accueil favorable et correspond à un véritable besoin. Le travail va se poursuivre avec élargissement du groupe de travail pour fournir un répertoire actualisé des actes qui sera testé avant diffusion large.

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure - Evaluation

### **P-137 : Le Réseau douleur des Hôpitaux Universitaires de Genève: Agissons ensemble contre la douleur!**

*S. Kupferschmid<sup>(1)</sup>, C. Bollondi pauly<sup>(1)</sup>, S. Merkli<sup>(1)</sup>, C. Luthy<sup>(1)</sup>*

(1) Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève, Suisse

Depuis 2003, les Hôpitaux Universitaires de Genève bénéficient d'un programme de soins, le Réseau douleur, dont la mission est l'amélioration de la qualité de la prise en charge de la douleur. Les moyens utilisés reposent notamment sur des actions de formation des soignants, le développement de l'information des patients ainsi que sur la création/diffusion d'aide à la décision. Dès 2010, des référents douleur infirmiers œuvrent au sein des unités de soins.

Le Réseau douleur présente trois structures : le bureau de coordination, constitué de trois cadres médico-soignants ; la commission douleur, constituée par des soignants délégués des services cliniques, ainsi que d'experts. Ces deux entités ont une fonction stratégique et de parrainage. La troisième structure : les cellules douleur, composées par des soignants des unités, a une fonction opérationnelle au niveau des services. Ces cellules ont une indépendance de fonctionnement : plusieurs travaillent avec des référents médico-infirmiers ainsi qu'avec des référents physiothérapeutes. Les actions proposées par ces cellules de proximité sont en adéquation avec les besoins spécifiques des patients et des soignants du terrain. Les référents ont un rôle de leader pour développer et promouvoir de bonnes pratiques. Résultats : Le Réseau douleur est composé de 48 membres et plus de 100 référents infirmiers. Outre les divers brochures, les protocoles et guides thérapeutiques transversaux produits par le Réseau, les cellules et les référents douleur participent à des actions de sensibilisation et de formation auprès des patients/soignants ainsi qu'à des audits cliniques.

L'amélioration de la prise en charge de la douleur au sein d'une institution est un défi qui nécessite la mise en œuvre d'actions interdisciplinaires multimodales, à la fois au niveau institutionnel et au niveau des unités. L'adaptation d'un tel programme en termes d'organisation, d'objectifs, mais également de choix d'indicateurs de résultats constitue un défi pour les services de soins.



## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure - Evaluation

### P-139 : Expérience de stimulation médullaire dans les SDRC

Y. Pluchon<sup>(1)</sup>, C.Cistac<sup>(2)</sup>, S.Durand<sup>(3)</sup>

(1) CHD la roche sur yon- CETD, Niort, France, (2) Clinique st charles, La roche sur yon, France, (3) Clinique bretéché, Nantes, France

Les SDRC de type 1 ou 2 peuvent avoir une évolution défavorable dans un faible pourcentage de cas. L'objectif était de proposer un traitement par stimulation médullaire implantée selon le protocole validé par l'OMEDIT pays de loire et d'en évaluer les bénéfices sur un certain nombre de paramètres.

24 stimulations médullaires, cervicales et lombaires ont été réalisées sur une période de 30 mois. Chaque patient a été évalué par un acteur qui n'était pas l'implanteur. L'évaluation a été réalisée sur le score de douleur EVA, sur le DN4, et sur un score de qualité de vie. La consommation médicamenteuse, la reprise d'une activité physique et d'une activité professionnelle ont été aussi relevées.

La stimulation médullaire reste un élément invasif mais efficace de certains SRDC qui garde une évolution compliquée. la question qui reste à préciser est à quelle période il doit être proposé dans l'évolution de ce syndrome douloureux chronique.

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure - Evaluation

### P-140 : ALGODYSTROPHIE BILATERALE OU SYNDROME CONVERSIF : A PROPOS D'UNE HISTOIRE BIEN SINGULIERE.

*L. David<sup>(1)</sup>, F.Normand<sup>(1)</sup>, P.Delpy<sup>(1)</sup>, F.Roch<sup>(1)</sup>*

(1) Centre hospitalier de la Côte Basque, Bayonne, France

Les algodystrophies ont des présentations parfois déroutantes. En cas d'incertitude diagnostic l'anamnèse est primordiale. Les cas bilatéraux sont peu fréquents. Nous relatons celui d'une jeune femme de 35 ans, aide à domicile, droitière, qui s'est plaint initialement d'une tendinite du poignet droit puis de symptômes identiques du poignet gauche 15 jours plus tard. A 1 mois d'évolution après arrêt de son activité professionnelle des décharges électriques et des paresthésies des 2 mains complètent le tableau et elle mobilise difficilement celles-ci. Nous la rencontrons 8 mois après le début des symptômes le diagnostic d'algodystrophie a été évoqué à plusieurs reprises.

L'IRM des deux mains, la scintigraphie osseuse avec temps vasculaire, l'EMG dans le doute d'un canal carpien et le bilan biologique sont normaux. La patiente se présente en supination bilatérale, l'ensemble des doigts figés à demi fléchis, décrit de vives douleurs à la moindre mobilisation et préférerait se faire couper les mains plutôt que de vivre dans ces conditions. En pronation l'extension des doigts est complète, non algique et elle fléchit complètement les doigts d'une main lorsqu'elle est distraite. L'examen ne retrouve pas d'allodynie ni d'hyperpathie. Aucun signe vaso moteur n'est clairement mis en avant au cours de l'évolution des symptômes. L'évaluation psychologique retrouve des traumatismes infantiles et des éléments en faveur d'une baisse thymique dans un contexte familial difficile. Après avis psychiatrique un trouble conversif initial ou associé à l'algodystrophie est posé.

A partir de ce cas nous évoquons les difficultés du diagnostic d'algodystrophie factice ou sur terrain psychiatrique.

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure - Evaluation

### P-141 : Stratégie institutionnelle de la prise en charge de la douleur

*S. Zambon<sup>(1)</sup>, B. Herisson<sup>(1)</sup>, A. Droulers<sup>(1)</sup>, O. Bouillanne<sup>(1)</sup>*

(1) Emile-Roux APHP, Limeil-brévannes, France

La lutte contre la douleur est une des pratiques exigibles prioritaires définies par la Haute Autorité de Santé lors de l'évaluation des établissements de santé. La nécessité de dépister, évaluer et soulager le patient douloureux est soulignée par la loi du 4 mars 2002. Face à ces demandes fortes, les institutions doivent mettre en place des actions adaptées au patient et à ses spécificités. Ainsi en gériatrie, les soignants sont souvent démunis face à la plainte douloureuse et aux différents visages qu'elle peut revêtir.

La mise en pratique des recommandations destinées à soulager le patient de sa douleur, a été pilotée par le comité local de lutte contre la douleur (CLLUD). Depuis 2008, le CLLUD a mis en place, des actions que l'on peut définir selon 5 axes qualité. Le 1er axe a consisté à sélectionner les échelles d'évaluation de la douleur adaptées à la population âgée démente et non démente ainsi qu'à les diffuser au sein de l'hôpital. Le 2nd a permis de vérifier si l'échelle choisie par le soignant est adaptée au patient via une EPP. Le 3ème axe s'est dirigé sur l'évaluation de la douleur avant et après l'administration d'un antalgique. Le 4ème s'est attaché à la mise en place de protocoles afin d'éviter les douleurs induites. Le dernier axe a permis le développement de formation en 5 modules destinée à tous les soignants.

Cette démarche qualité a certes permis une nette progression de la traçabilité de la douleur mais aussi la constitution et le développement du groupe des Référents douleur et des modules de formation (Pass'doul). Ce socle pérenne permet ainsi de maintenir les acquis sur le long terme mais aussi de s'appuyer sur une dynamique positive dans un souci continu d'améliorer les pratiques professionnelles.

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure - Evaluation

### **P-142 : Programme d'éducation thérapeutique pour les patients atteints de céphalées chroniques, au Centre Fédératif Douleur, Soins palliatifs et de Support, à l'hôpital Nord Laennec du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes**

*L. Delanoë<sup>(1)</sup>, E.Bougouin-kuhn<sup>(2)</sup>, C.Greffier<sup>(2)</sup>, J.Nizard<sup>(2)</sup>, S.Piessard<sup>(3)</sup>*

(1) Pharmacie Priouzeau, Saint laurent des autels, France, (2) CHU de Nantes, Nantes, France, (3) UFR de pharmacie de Nantes, Nantes, France

Les objectifs de notre étude étaient : tout d'abord, évaluer le besoin de création d'un programme d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) spécifique des céphalées chroniques au Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (CETD) du CHU de Nantes, alors que le CETD dispose déjà d'un programme d'ETP concernant la douleur chronique, labellisé et financé par l'ARS, et de consultations spécifiques des migraines et céphalées chroniques ; puis élaborer et mettre en œuvre ce programme le cas échéant.

Les migraines et céphalées chroniques ont un impact majeur sur la qualité de vie des patients, et engendrent des coûts importants pour la société. Elles nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire adaptée, avec un axe d'éducation thérapeutique. Leurs impacts et leurs prévalences considérables justifient la création d'un programme d'ETP spécifique. En lien avec l'Unité Transversale d'Education Thérapeutique (UTET) du CHU de Nantes, nous avons conçu et mis en place le référentiel de compétences, le dossier d'éducation thérapeutique du patient, le guide d'entretien de diagnostic éducatif, les conducteurs des séances, les diaporamas destinés à accompagner les séances, des questionnaires, des outils pédagogiques et le guide pour l'évaluation individuelle de l'ETP. Nous avons également renseigné le dossier de demande d'autorisation des programmes ETP de l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Ce programme d'éducation thérapeutique pour les patients atteints de céphalées chroniques, qui n'existait pas à Nantes, a ainsi été élaboré, afin de compléter les programmes concernant la douleur chronique, existants au CETD de l'hôpital Nord Laennec du CHU de Nantes. Il permettra d'offrir une prise en charge plus complète et plus adaptée aux patients souffrant de céphalées chroniques. Le dossier de demande d'autorisation va être déposé à l'ARS des Pays de la Loire. Le programme, s'il obtient l'autorisation, sera mis en place de façon officielle. Il sera ensuite destiné à être amélioré et fera l'objet d'auto-évaluations annuelles et d'évaluations quadriennales.

## Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure - Evaluation

### P-143 : Bouger plus: Intérêt de la remise à l'effort du patient douloureux chronique

*S. Freyssinet<sup>(1)</sup>, Q.Trillaud<sup>(1)</sup>, B.Causses<sup>(1)</sup>, C.Lestrades<sup>(1)</sup>, N.Cantagrel<sup>(1)</sup>*

(1) CETD CHU Toulouse Purpan, Toulouse, France

De nombreuses études montrent l'impact de l'activité physique dans l'amélioration de l'anxiété (Matos et collègues, 2009) et de la qualité de vie (Koutoukidis, Knobf, & Lanceley, 2015). L'objectif de l'étude est de montrer l'intérêt d'un programme court et personnalisé de reconditionnement à l'effort sur la qualité de vie et secondairement sur l'état dépressif et anxieux du patient douloureux chronique.

L'étude a été menée de Janvier à Avril 2015 dans le CETD (Centre d'Evaluation et Traitement de la Douleur) du CHU de Toulouse. 28 sujets âgés de 17 à 73 ans atteints de douleurs chroniques ont été inclus, 21 ont fini l'étude. Nous avons évalué l'état anxieux et dépressif (HADS), la qualité de vie (EQ5D), la kinésiophobie ainsi que certaines aptitudes physiques (force des membres inférieurs, souplesse des membres et l'aptitude aérobie). Un programme de reconditionnement à l'effort personnalisé à base d'auto-exercice a été remis aux patients à la suite d'un premier entretien (semaine 0). Les patients étaient ensuite revus en semaine 2 pour réajuster le programme et enfin en semaine 4 pour l'évaluation finale.

Nous notons une amélioration significative de la qualité de vie et de l'état anxieux avec une tendance à la baisse de l'état dépressif. De plus, nous observons une amélioration significative de la souplesse des quatre membres ainsi que de la force musculaire des membres inférieurs et de l'aptitude aérobie générale. Cette étude met en évidence qu'un programme court et personnalisé de reconditionnement à l'effort impact positivement la qualité de vie et l'anxiété des sujets atteints de douleur chronique. Cette amélioration peut être expliquée par une meilleure mobilité générale (amélioration de la souplesse et de la force) et une meilleure endurance à l'effort (amélioration de l'aptitude aérobie) facilitant ainsi les activités de la vie quotidienne.



## 2- Recherche Clinique

## Recherche clinique - Autres

### **P-01 : L'ibuprofène en vente libre en pharmacie : de la demande spontanée au conseil pharmaceutique. Enquête auprès d'officines de la région des Pays de la Loire.**

*C. Beaupeux<sup>(1)</sup>, A. Marquet<sup>(2)</sup>, F. Ballereau<sup>(2)</sup>, J. Nizard<sup>(3)</sup>*

(1) CHU de Nantes - Pharmacie du lac, Nantes, France, (2) Medqual - CHU de Nantes, Nantes, France, (3) CHU de Nantes, Nantes, France

En pharmacie, l'ibuprofène est disponible en vente libre, en libre accès et peut être acheté sur internet. Cet anti-inflammatoire est à la 3<sup>ème</sup> place des ventes de médicaments d'automédication, l'antalgie représentant le second marché de l'automédication. Or, de récentes alertes provenant des CRPV amènent les professionnels de santé à se montrer vigilants vis-à-vis de l'ibuprofène notamment dans un contexte infectieux. Évaluer les connaissances des équipes officinales sur l'ibuprofène et estimer la fréquence des délivrances et les conditions de dispensation de l'anti-inflammatoire comparativement à celles de paracétamol.

Deux questionnaires ont été proposés aux équipes : le premier abordait les généralités sur l'ibuprofène pour évaluer les connaissances du répondant. Le deuxième était une étude sur une journée donnée pour laquelle un questionnaire était renseigné dès que l'on délivrait du paracétamol ou de l'ibuprofène.

Questionnaire 1 : 61 retours pour 52 officines sollicitées. Dans l'ensemble, les équipes officinales ont de bonnes connaissances concernant l'ibuprofène quelle que soit leur fonction au sein de l'équipe. 85% d'entre elles conseillent la bonne posologie. Questionnaire 2 : 136 retours. Le paracétamol est des 2, la molécule la plus délivrée en automédication (72%). La démarche des équipes officinales est parfois insuffisante pour l'entière sécurisation de la dispensation. Le questionnement du patient est souvent incomplet avec seulement 39% des participants posant la question « c'est pour quoi ? », cette dernière étant la question la plus fréquemment posée. Cependant, l'attitude du patient, parfois pressé, représente un frein au bon déroulement de l'interrogatoire, 53% des patients n'étant pas attentif au rappel de posologie.

Les connaissances des équipes sur l'ibuprofène sont bonnes. Le temps consacré au questionnement du patient reste limité et doit être amélioré. Cependant, l'attitude du patient ainsi que l'image du médicament, banalisé à tort, représentent des freins à la sécurisation de sa dispensation.

## Recherche clinique - Psychologie

### **P-06 : Validation d'une technique de gestion du stress et de la douleur (CBSM : Cognitive Behavioral Stress Management) chez les patients douloureux chroniques.**

*A. Gauchet<sup>(1)</sup>, G.Mick<sup>(2)</sup>, S.Heritier<sup>(2)</sup>, D.Gillet<sup>(2)</sup>, C.Maindet-Dominici<sup>(3)</sup>, J.Alibeu<sup>(3)</sup>, M.Falco<sup>(3)</sup>, B.Allenet<sup>(1)</sup>*

(1) Université de Grenoble, Grenoble, France, (2) Centre de la douleur du voironnais, Voiron, France, (3) Centre de la douleur/CHU de Grenoble, Grenoble, France

En pathologie chronique, un certain nombre d'arguments plaident en faveur d'une approche thérapeutique intégrée, complémentaire des approches technique et pharmacologique, par le CBSM (Cognitive Behavioral Stress Management) (1). Dans le cas du SIDA ou du cancer (2,3), le CBSM, outre la réduction du stress ressenti, permet d'améliorer l'adhésion du patient aux traitements et de majorer la qualité de vie dans plusieurs dimensions. Le travail développé par notre équipe est une validation de l'usage du CBSM dans le cadre de la douleur chronique.

Une intervention hebdomadaire par groupe de 10 patients a été proposée à 30 patients douloureux chroniques, en sessions successives pendant 6 mois, avec un suivi à distance à 6 mois. Le groupe CBSM dans son ensemble a été comparé à un groupe contrôle apparié. La qualité de vie a été évaluée à la fin des sessions et à 6 mois avec le questionnaire SF 12, les aspects multidimensionnels de la douleur avec une version adaptée du Questionnaire Douleur de Saint Antoine, ainsi que divers autres aspects cognitifs, émotionnels, et comportementaux (ruminations, représentations, capacité à faire face).

L'intervention par CBSM a permis aux patients, dès la fin des sessions, d'apprendre à reconnaître et comprendre le stress ressenti, d'améliorer leur capacité à faire face, de réduire les distorsions cognitives vis-à-vis de la compréhension de leur situation. En outre, les patients pris en charge ont mieux appréhendé leur environnement social. Tous ces apports ont été confirmés à 6 mois.

L'introduction d'un programme de type CBSM lors de la prise en charge des patients présentant une douleur chronique est aujourd'hui proposée par l'équipe aux diverses structures spécialisées de l'Arc Alpin, afin de confirmer l'apport démontré par cette étude pilote en France dans le domaine des pathologies chroniques.

## Recherche clinique - Psychologie

### P-09 : Émotion et contrôle de la source chez des patientes atteintes de fibromyalgie

*F. Robin<sup>(1)</sup>, T.Cebron<sup>(2)</sup>, M.Letellier<sup>(3)</sup>, J.Nizard<sup>(4)</sup>*

(1) Laboratoire de Psychologie des Pays de la Loire (LPPL EA 4638) Université de Nantes, Nantes, France, (2) Faculté de psychologie, université de Nantes, Nantes, France, (3) CHU Nantes hopital Laennec, Saint herblain , France, (4) Centre Fédératif Douleur, Soins palliatifs et de Support, et Laboratoire Thérapeutique (EA3826), CHU , Nantes, France

La valence affective des situations tout comme nos humeurs sont susceptibles d'affecter leur traitement. Expérimentalement, ce phénomène se traduit par la présence de biais mnésiques en faveur de l'émotion négative. Certains troubles associés à la douleur chronique relevant d'un biais dans le traitement des émotions, nous nous sommes interrogés sur l'efficacité des techniques basées sur l'imagerie dans le traitement de la douleur chronique. Objectif: Explorer la présence de biais en faveur des stimuli négatifs chez des patientes fibromyalgiques lorsque leur attention est dirigée vers les caractéristiques figuratives des événements.

Etude comparative auprès d'une population souffrant de fibromyalgie et d'une population contrôle (N = 26 femmes Mage = 43 ans), faisant varier la valence émotionnelle et la source des événements vus ou imaginés grâce à un support visuel (photos, mots négatifs, positifs ou neutres). En présence d'une photo, elles devaient préciser s'il s'agissait d'une illustration appropriée du mot qui apparaissait juste en dessous ; en présence d'un nom, elles devaient imaginer l'objet correspondant. Une semaine après, les participantes ont été soumises à une épreuve de reconnaissance des mots présentés.

Un biais dans le traitement de l'information a été présent chez les patientes fibromyalgiques. Elles ont privilégié le traitement des informations imaginées dont elles conservaient peu de détails et ce au détriment des informations présentées avec une illustration. Leurs souvenirs ont semblé affranchis de toute valeur affective. Elles se sont engagées dans un traitement global de l'information et ont évité de traiter les photos, pourtant reconnues pour activer des réponses émotionnelles plus rapidement et plus intensément que les mots.

Cette étude vise à proposer des techniques d'entraînement des capacités de désengagement de l'attention des stimuli aversifs et de ré-engagement vers de nouveaux stimuli amenant à une diminution de la symptomatologie.

## Recherche clinique - Enfants

### P-10 : Prise en charge de la douleur chez l'enfant : les alternatives à la codéine Elaboration de recommandations HAS

A. Gallo<sup>(1)</sup>, B.Tourniaire<sup>(2)</sup>, D.Annequin<sup>(2)</sup>, K.Petitprez<sup>(3)</sup>

(1) Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy, Poissy, France, (2) Centre de la douleur de l'enfant Hôpital d'enfants Armand Trousseau, Paris, France, (3) Haute Autorité de Santé, Paris, France

Ce travail répond à une demande de la Direction Générale de la Santé. L'ANSM a recommandé en avril 2013 (restriction de l'AMM): de n'utiliser la codéine chez l'enfant de plus de 12 ans qu'après échec du paracétamol et/ou des AINS ; de ne plus utiliser ce produit chez les enfants de moins de 12 ans et de ne plus utiliser ce produit après amygdalectomie ou adénoïdectomie. L'objectif de ce travail est d'évaluer les alternatives à la codéine dans la prise en charge de la douleur aiguë et prolongée chez l'enfant.

La rédaction de l'argumentaire scientifique repose sur l'analyse critique et la synthèse de la littérature. La recherche documentaire a été systématique regroupant 850 articles publiés de 2009 (dernières recommandations AFSSAPS sur la prise en charge de la douleur chez l'enfant) à 2015. Chaque article a été analysé selon les principes de la lecture critique avec une gradation du niveau de preuve. Un groupe de travail s'est réuni pour élaborer la version finale ensuite soumise à une phase de lecture externe par les parties prenantes (professionnels et représentants de patients). La version sera validée par le Collège de la HAS et diffusée.

Les situations les plus problématiques de douleurs aiguës depuis le retrait de la codéine concernent : le post-opératoire en hôpital de jour notamment l'amygdalectomie, la cure de hernie inguinale, l'orchidopexie, les chirurgies urologiques et la chirurgie dentaire; les urgences, notamment la traumatologie (fractures et entorses), les tableaux d'abdomen chirurgical aigu et les brûlures ; les douleurs ORL (otites moyenne et externe, sinusites aiguës) ; les gingivo-stomatites. Les situations problématiques de douleurs chroniques ou récurrentes concernent : les douleurs chroniques cancéreuses et non cancéreuses, les crises vaso-occlusives drépanocytotaires.

Peu de publications sont disponibles sur l'efficacité antalgique de la codéine chez l'enfant. Des alternatives existent à la suppression de la codéine dans les différentes situations de douleur aiguë, la codéine ayant peu ou pas sa place pour le traitement de la douleur chronique. Les alternatives reposent principalement sur les recommandations de l'OMS de 2012 sur la prise en charge antalgique chez l'enfant en deux paliers : palier 1 paracétamol et ibuprofène et palier 3 morphine.

## Recherche clinique - Autres

### **P-13 : Application et étude des effets microcirculatoires de l'hypnose chez des patients atteints de phénomène de Raynaud.**

*B. Rioult<sup>(1)</sup>, R.Prigent<sup>(2)</sup>, M.Pistorius<sup>(2)</sup>*

(1) Centre Douleur Catherine de Sienne, Nantes, France, (2) Exploration fonctionnelle vasculaire CHU, Nantes, France

Les symptômes liés au phénomène de Raynaud sont responsables d'une gêne fonctionnelle non négligeable. L'utilisation de l'hypnose a été proposée comme alternative thérapeutique du fait de l'efficacité limitée des traitements médicamenteux existants. L'objectif principal de cette étude prospective était de mettre en évidence un effet de l'hypnose sur le vasospasme microcirculatoire lors d'une exposition au froid standardisée. L'objectif secondaire était de démontrer un effet bénéfique de l'hypnose sur la symptomatologie des patients.

Douze volontaires ont participé à cette étude (1 homme, 11 femmes). L'état de la vascularisation distale a été enregistré par vélocimétrie Laser-Doppler. Nous avons exposé la main droite des sujets en état de transe hypnotique à des variations de température selon un protocole standardisé (vasoplégie obtenue après réchauffement à 45°C, puis exposition à l'eau froide (11°C) et ventilation simultanée du thorax humidifié afin d'obtenir un vasospasme maximal). Lors de la phase de test au froid, des suggestions hypnotiques ont été utilisées pour obtenir une vasodilatation.

Les résultats sont en faveur d'un effet objectif de l'hypnose sur la microcirculation distale : un tiers des sujets a présenté une augmentation majeure des flux microcirculatoires distaux après utilisation de suggestions hypnotiques durant une exposition au froid, un autre tiers a présenté une amélioration modérée de ces flux. L'ensemble des volontaires hypnotisés ont décrit une amélioration franche de leurs symptômes (douleurs, paresthésies des extrémités) lors du test au froid.

Les meilleurs résultats en terme d'amélioration de flux distaux sont obtenus auprès de volontaires ayant déjà bénéficié de séances d'hypnose et présentant une forte adhésion au scénario hypnotique utilisé. A terme il serait intéressant de proposer un protocole de 5 à 6 séances d'hypnose afin d'aboutir à une aide par auto hypnose. Par ailleurs, les modifications des flux montrent un effet objectif de la transe hypnotique sur une partie du système neurovégétatif, rejoignant les résultats obtenus dans la migraine, le colon irritable par exemple. Le laboratoire d'exploration vasculaire poursuit ses recherches sur l'intérêt de l'hypnose chez les patient(e)s présentant un syndrome de Raynaud.

## Recherche clinique - Rhumatologie

### **P-14 : Fibromyalgie et travail : influence du travail sur l'état de santé selon le statut d'emploi chez des patientes fibromyalgiques**

*D. Azoulay<sup>(1)</sup>, F.Laroche<sup>(2)</sup>, J.Coste<sup>(3)</sup>, N.Randon<sup>(4)</sup>, G. baron<sup>(4)</sup>, J.Dachicourt<sup>(5)</sup>, S.Perrot<sup>(3)</sup>*

(1) Hopital Pitié Salpêtrière, Paris, France, (2) Hopital St Antoine et Unité INSERM, Paris, France, (3) Hopital Hotel Dieu, Paris, France, (4) FibromyalgieSOS, Paris, France, (5) Association Française de Lutte Anti-Rhumatismale, Paris, France

L'objectif est d'évaluer l'influence et le retentissement du travail sur l'état de santé, selon le statut d'emploi, chez des patientes fibromyalgiques.

L'étude descriptive transversale nationale est menée sur des femmes volontaires fibromyalgiques recrutées par internet, de mai à septembre 2014. Elles ont répondu à un questionnaire portant sur les caractéristiques socio-démographiques, l'état de santé et le travail.

L'étude inclut 1870 actives dont 955 à temps plein(ATP), 149 à temps partiel thérapeutique(TPT), 766 en arrêt de travail(AT) et 348 inactives. 58,9% des inactives ont perdu leur emploi à cause de la fibromyalgie; 17,65% des actives sont reconnues en invalidité. Aucune différence significative n'est retrouvée entre les actives et les inactives en ce qui concerne l'état clinique, l'évaluation de la douleur et la qualité de vie. Les ATP semblent être légèrement moins algique et présenter une meilleure qualité de vie, mais ces différences sont peu pertinentes cliniquement. Elles signalent moins de trouble cognitif, de trouble du sommeil et de dépression. Les TPT ont pris plus de jours d'arrêt de travail pendant l'année précédente que les ATP (122 contre 37 jours ;  $p < 0,0001$ ). Aucune différence significative n'est retrouvée concernant les contraintes posturales ni les risques professionnels au poste de travail. Un manque de reconnaissance par l'employeur et de soutien des collègues et du médecin du travail est ressenti, en particulier pour les ATP et AT. Le suivi par le médecin du travail est rare ou absent pour 77,8% des ATP contre 44,4 % des TPT ( $p < 0,0001$ ).

Le travail exerce une influence significative sur l'état de santé des femmes fibromyalgiques dans cette étude avec un environnement professionnel perçu comme peu soutenant. Les ATP signalent un meilleur état de santé, contrairement aux actives et inactives qui ne présentent pas de différence, et semblent décrire moins de difficultés au travail que les TPT.

## Recherche clinique - Douleurs neuropathiques

### P-19 : ETUDE DE SUIVI POST-REMBOURSEMENT DES NEUROSTIMULATEURS MEDULLAIRES IMPLANTABLES MEDTRONIC

*M.Djian<sup>(1)</sup>, B. Jullian<sup>(2)</sup>, B.Petzold<sup>(3)</sup>*

(1) Centre hospitalier Saint-Anne, Paris, France, (2) Medtronic, Tolochenaz, Suisse, (3) Medtronic, Boulogne billancourt, France

A la demande de la Haute Autorité de Santé (HAS), une étude en vie réelle a été mise en place en France, afin d'évaluer l'efficacité à long terme des neurostimulateurs médullaires implantables (NMI) Medtronic. Une analyse descriptive des caractéristiques socio-démographiques des patients est présentée.

Les données de 401 patients répartis dans 35 centres ont été analysées, dont 271 primo-implantations et 130 patients réimplantés

La neurostimulation médullaire a principalement concerné des hommes (56,9 %). La moyenne d'âge était de 51,9 ans. Seuls 43,8% des patients étaient en activité à l'inclusion. Les patients souffraient de douleur en moyenne depuis 5,4 ans avant d'être primo-implantés. Les principales indications de cette thérapie étaient les douleurs chroniques neuropathiques irréductibles, après échec des autres moyens thérapeutiques (97,8 %). Le score moyen à l'échelle d'évaluation numérique pour la douleur prédominante était de 7,7 pour les membres inférieurs (MI) et de 7,4 pour le dos. La localisation de la douleur se situait majoritairement dans le dos associé aux MI (64,3 %). Les MI seuls représentaient la deuxième localisation (20,0 %). La douleur était unilatérale (25,5%), bilatérale (3,8%) et étendue (70,8%). Les deux principaux stimulateurs implantés à l'inclusion étaient les stimulateurs non rechargeables PrimeAdvanced® (43,5 %) et Itrel® 3 (28,8 %). Avant l'implantation, la douleur des patients était traitée par des médicaments (98,5%), la stimulation transcutanée (74,4%), la rééducation (54,1%). Chez les patients réimplantés le pourcentage de patients ayant recours aux traitements médicamenteux est significativement inférieur à celui des primo-implantés.

Le registre SME Medtronic est la première étude prospective, en vie réelle, réalisée à grande échelle, chez des patients douloureux chroniques implantés d'un NSI Medtronic en France. Les analyses des caractéristiques des patients montrent que ces derniers ont été inclus conformément aux recommandations de la HAS, à savoir dans les douleurs chroniques d'origine neuropathique, après échec des alternatives thérapeutiques.

## Recherche clinique - Autres

### **P-20 : Prévalence de la douleur chronique en France : une approche capture-recapture à partir des données de l'Assurance-Maladie**

*C. Chenaf<sup>(1)</sup>, J.Kabore<sup>(2)</sup>, J.Delorme<sup>(2)</sup>, N.Delage<sup>(3)</sup>, A.Eschalier<sup>(4)</sup>, N.Authier<sup>(4)</sup>*

(1) UMR INSERM 1107 NEURO-DOL; CHU Clermont-Ferrand, Service de Pharmacologie Médicale, Clermont-ferrand, France, (2) CHU Clermont-Ferrand, Service de Pharmacologie Médicale, Clermont-ferrand, France, (3) CHU Clermont-Ferrand, Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur (CETD), Clermont-ferrand, France, (4) UMR INSERM 1107 NEURO-DOL; Institut Analgesia, Faculté de Médecine, Clermont-ferrand, France

Les dernières données épidémiologiques françaises sur la prévalence de la douleur chronique (DC) datent de 2008 [1]. Nous proposons une actualisation de ces chiffres à partir de l'exploitation des données du SNIIRAM (Assurance-Maladie).

L'approche capture-recapture est une des principales méthodes utilisées en épidémiologie depuis plus de 30 ans pour estimer la prévalence d'une condition pathologique, à partir du croisement de plusieurs sources d'information issues d'une même population. A partir de l'utilisation de l'Echantillon Généraliste des Bénéficiaires, un échantillon représentatif au 1/97ème des données de l'assurance-maladie française regroupant plus de 600000 individus, les patients présentant une douleur chronique ont été identifiés en croisant 3 sources de données: les données de remboursement des traitements antalgiques identifiés par leurs codes ATC (la DC est définie par une durée de traitement d'au moins 6 mois, sans diagnostic d'épilepsie ou de troubles psychiatriques), les données du PMSI en identifiant les patients souffrant de douleur chronique (codes CIM10: R521-R522) et les données des ALD (patients pris en charge à 100% au titre d'une douleur chronique identifiée par les mêmes codes CIM10).

En 2012 et 2013, 63475 patients distincts ont été identifiés. La plupart étaient des femmes (63%). L'âge médian était de 69 ans [IQR: 55-82]. Les patients diabétiques ou souffrant d'une pathologie cancéreuse représentaient 14% et 15% des cas, respectivement. Seulement 41% des patients ont bénéficié d'un traitement médicamenteux sur cette période de 2 ans. Ces patients ont bénéficié d'au moins une prescription d'opioïdes faibles (73%), d'opioïdes forts (17%), d'antidépresseurs (17% de tricycliques, 48% d'IRS, 18% d'IRSNA), d'antiépileptiques (35%) et d'AINS (55%), démontrant une polythérapie (associations ou prises successives). Après modélisation selon la méthode de capture-recapture, la prévalence estimée en France de la DC est de 24% [IC95%: 23.8-24.2].

Cette prévalence est relativement conforme aux estimations retrouvées dans la littérature [2] (12 à 30%), souvent dérivées d'études de terrain. Cette approche capture-recapture est une alternative fiable aux études exhaustives ou par échantillonnage qui sont longues, coûteuses et sensibles aux biais. Bibliographie: [1] D. Bouhassira et al. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain*. 2008; 136:380-387. [2] H. Breivik et al. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life and treatment. *Eur J Pain* 2006; 10:287-333.

## Recherche clinique - Douleur et cancer

### P-21 : Optimisation de l'analgésie per opératoire par monitoring de l'ANI lors de laparotomie

A. Dubuisson<sup>(1)</sup>, O. Bernard<sup>(1)</sup>, F. Dixmierias<sup>(1)</sup>, I. Duguey<sup>(1)</sup>

(1) Institut Bergonié, Bordeaux, France

.Plus de 50% des patients atteints de cancer présentent une douleur (1). La chirurgie reste le traitement principal des tumeurs cancéreuses (2). La douleur postopératoire a une composante hyperalgésique pouvant être à l'origine de douleurs chroniques post chirurgicales. Les opioïdes utilisés en peropératoires majorent l'hyperalgésie de manière dose-dépendante(3). Lors d'une laparotomie sous AG, supérieure à deux heures, l'analgésie peropératoire est assurée par du sufentanil en A.I.V.O.C. (anesthésie intraveineuse à objectif de concentration). L'ajustement des doses par la surveillance des paramètres hémodynamiques (FC, PAS) est peu sensible, peu spécifique et retardé. L'objectif primaire de ce travail est d'évaluer la dose totale de sufentanil en peropératoires au cours de laparotomie digestive ou gynécologique supérieur à 2h. Nous comparons un groupe témoin versus un groupe ANI. Les objectifs secondaires sont de décrire la douleur postopératoire, de quantifier l'hyperalgésie par algométrie et filaments de Von Frey et d'évaluer l'incidence des douleurs chroniques postopératoires dans les 2 groupes à 3 mois.

L'A.N.I. (analgésia nociception index) est un nouveau monitoring non invasif de la nociception. Il s'agit d'un index variant de 0 à 100, calculé à partir de l'ECG et reflétant la composante parasympathique de la variabilité de la fréquence cardiaque. A.N.I. entre 50 et 70 : bonne balance analgésie/nociception. L'utilisation de ce monitoring pourrait permettre une meilleure adaptation des posologies de sufentanil en peropératoire, évitant les surdosages responsables de l'hyperalgésie et réduisant la prévalence des douleurs chroniques séquellaires après chirurgie cancéreuse.

A ce jour, les résultats préliminaires sont : 39 cas étudiés (18 groupe ANI vs 21 groupe témoin). Nous retrouvons une épargne de sufentanil de 26.7 % avec le groupe utilisant le moniteur ANI par rapport au groupe témoin. Il n'y pas de différence du niveau de douleur postopératoire immédiate dans les deux groupes.

Le monitoring de l'analgésie peropératoire par l'A.N.I permettrait une épargne morphinique. Bibliographie 1. Enquête nationale 2010 sur la prise en charge de la douleur chez des patients atteints de cancer. INCa- Mars 2010 2. [www.e-cancer.fr/cancerinfo](http://www.e-cancer.fr/cancerinfo) 3. Stratégie hyperalgésique péri opératoire. M Chauvin. Congrès national d'anesthésie et de réanimation 2008. Conférences d'actualisation, p. 091-100.

## Recherche clinique - Douleur liée aux soins

### **P-22 : Etude prospective, randomisée et double aveugle comparant l'efficacité d'une technique PCA-AIVOC remifentanil au site effet avec une PCA fentanyl pour la lithotritie extracorporelle des voies urinaires**

*D. Ould-yahoui<sup>(1)</sup>, L.Barvais<sup>(1)</sup>*

(1) Hôpital Erasme, Bruxelles, Belgique

Actuellement, il n'existe pas de consensus concernant la technique idéale d'anesthésie pour les lithotrities extracorporelles (LEC) des voies urinaires. Les lithotriteurs modernes sont plus efficaces, mais exigent une analgésie adéquate pour assurer le confort du patient. L'objectif de cette étude prospective randomisée en double aveugle est d'évaluer l'efficacité d'un système original PCA AIVOC au site effet du remifentanil avec une PCA permettant une administration classique de bolus de fentanyl.

Après accord du comité éthique et obtention d'un consentement écrit, quarante patients ont été randomisés en deux groupes. Tous les patients ont reçu 2 mg de midazolam, 5 minutes avant le début de la procédure. Le groupe R reçoit le remifentanil à objectif de concentration au site effet (Ce) contrôlé par le patient (PCA-AIVOC). La Ce initiale est fixée à 0.5 ng /ml. À chaque demande correspond une augmentation de la Ce de 0.5 ng /ml. La Ce du remifentanil diminue par palier de 0,25 ng/ml si aucune demande n'est enregistrée après 5 minutes. Dans le groupe F, le patient reçoit à chaque demande, un bolus de 25 µg de fentanyl avec une période d'interdiction de 5 minutes. Le même bouton PCA relie les deux systèmes PCA. Selon la liste de randomisation, un système contient du NaCl 0.9%. Tous les patients ont bénéficié d'une surveillance classique des différents paramètres vitaux incluant la capnographie, mesurée par une canule type capnoline (Covidien) et un apport prophylactique de 3 l/min d'oxygène. Les niveaux de sédation et douleur sont enregistrés toutes les 5 minutes. En fin de procédure, un indice de satisfaction est demandé à chaque patient. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide d'une analyse de variance à 2 dimensions pour mesures répétées, un test de Fisher ou un test de Mann-Whitney selon l'indication.

En fin de procédure, le niveau de l'analgésie est statistiquement inférieur dans le groupe R comparé au groupe F (VAS:  $4.3 \pm 1.4$  versus  $5.2 \pm 2.1$  ;  $P < 0.05$ ). La consommation moyenne totale de fentanyl est de  $92.1 \pm 44.1$  µg alors que la Ce moyenne du remifentanil atteinte à la 20<sup>ième</sup> minute est de  $1.14 \pm 1.13$  ng/ml. Le nombre de demande par patient est de  $4.5 \pm 3.8$  et  $5.6 \pm 3$ , respectivement dans les groupes R et F ( $P=0.145$ ). Aucune incidence d'apnée ou bradypnée n'a été constatée dans les deux groupes. Les valeurs de capnométrie et de saturation en O<sub>2</sub> au cours de l'étude étaient identiques. Aucun patient n'a nécessité de ventilation assistée au masque. Le degré de satisfaction (80% groupe R vs 68% groupe F,  $P=0.12$ ) et la fréquence des nausées et du prurit étaient en faveur du groupe R sans atteindre de différence significative.

Lors d'une procédure de LEC des voies urinaires, l'utilisation du remifentanil en mode PCA-AIVOC selon un algorithme progressif associé à un mode dégressif en l'absence de demande, a démontré



une meilleure qualité d'analgésie par rapport à une technique classique PCA fentanyl. Cette nouvelle technique originale de PCA semble particulièrement adaptée à la large variabilité interindividuelle.

## Recherche clinique - Autres

### P-23 : Patients douloureux suivis en CETD : quelles notifications en Addictovigilance ?

*M. Gerardin<sup>(1)</sup>, F. Etcheverrigaray<sup>(1)</sup>, J. Nizard<sup>(1)</sup>, H. Lomenech<sup>(1)</sup>, M. Guerlais<sup>(1)</sup>, P. Jolliet<sup>(1)</sup>, C. Victorri-vigneau<sup>(1)</sup>*

(1) CHU de Nantes, Nantes, France

Les patients admis en hôpital de semaine au Centre de Traitement de la Douleur (CETD) se présentent souvent avec une prise en charge antalgique ancienne et multiple, et parfois une pharmacodépendance. Le Centre d'Addictovigilance (CEIP-A) recueille et analyse les notifications de consommation problématique de substances psychoactives, médicamenteuses ou non, transmises par les professionnels de santé. L'objectif du travail présenté est d'évaluer les notifications recueillies dans cette population particulière.

Nous avons analysé l'ensemble des notifications reçues au CEIP-A depuis le 1er janvier 2014, concernant les patients admis en hôpital de semaine au CETD du CHU de Nantes. Nous avons réalisé une analyse descriptive des substances consommées ainsi qu'une caractérisation de la pharmacodépendance à chaque substance(1).

Au 31 mars 2015, le CEIP-A avait reçu 61 notifications (pour 248 patients hospitalisés sur la même période), comportant 94 substances identifiées comme problématiques. Les sujets étaient majoritairement des femmes (72%), d'âge moyen 44 ans. Les principales substances problématiques étaient les benzodiazépines (35.1%) et les antalgiques opioïdes (35.1%, dont oxycodone 14.9%, morphine 10.6%, tramadol 6.4%, fentanyl 3.2%). On retrouve également le cannabis (7.4%), le paracétamol en association (6.4%) et la buprénorphine (3.2%). Sur les 94 substances identifiées, une évaluation a pu être réalisée pour 77. Les items positifs sont le désir d'arrêt ou essais infructueux pour arrêter la consommation (82.4%), les signes de sevrage à l'arrêt (78.4%), la tolérance (73.5%) et la persistance de la consommation malgré des problèmes de santé (54.8%).

Les consommations problématiques rencontrées dans cette population particulière de sujets douloureux se caractérisent par des signes physiques et compulsifs de dépendance, avec peu de conséquences dommageables en dehors des effets indésirables médicamenteux. Elles diffèrent de l'ensemble des notifications reçues au CEIP-A et se rapprochent plutôt d'une problématique de pseudo-addiction. 1) Victorri-Vigneau C, Jolliet P. Scoring pharmacodependance seriousness: a novel CEIP's evaluation tool. *Therapie*. 2006 Nov-Dec;61(6):517-22. French.

## Recherche clinique - Rhumatologie

### **P-24 : EVALUATION DE L'IMPACT DE L'ANESTHESIE LOCOREGIONALE SUR LES DOULEURS PROVOQUEES PAR LA REEDUCATION DES RETRACTIONS CAPSULOLIGAMENTAIRES DES SDRC TYPE 1**

*K.Nsenguyoma<sup>(1)</sup>, V. Soriot<sup>(1)</sup>, Y.Touriki<sup>(1)</sup>, A.Souissi<sup>(1)</sup>*

(1) CH Abbeville, Amiens, France

Le syndrome douloureux régional complexe de type 1 est responsable de douleur et peut provoquer une raideur articulaire. La procédure rééducative qui est incontournable, peut s'avérer douloureuse et ce malgré un traitement médical optimisé. Notre objectif est d'évaluer l'intérêt des blocs péricervicaux périphériques avec naropéine 2% en débit continu durant 4 jours pour lutter contre les douleurs provoquées par la procédure rééducative et optimiser son efficacité.

Notre évaluation est prospective et s'étale du 1<sup>er</sup> janvier 2015 au 30 avril 2015. Le critère d'inclusion est un patient présentant un SDRC1 en échec de prise en charge rééducative optimisée durant 3 mois lié à l'intensité douloureuse sévère. Un cathéter péricervical est mis en place avec injection initiale de 20 ml de Naropéine 0.2%, puis à un débit continu de 5 ml par heure pendant 96 heures. L'évaluation de la douleur par l'échelle numérique simple est faite avant la première injection à la mobilisation passive et à 10 minutes après celle-ci. Une évaluation des amplitudes articulaires a été réalisée avant la pose du cathéter péricervical et à la sortie après 5 jours d'hospitalisation. Les complications et autres incidents relatifs à l'ALR ont été aussi notés. Une fiche de recueil des données a été réalisée.

A) Site d'insertion du cathéter péricervical Dans notre évaluation 12 patients ont été pris en charge. 8 patients soit 66.7% avaient un syndrome douloureux régional complexe de type 1 avec rétraction capsulaire au niveau de l'épaule et ont bénéficié d'un cathéter péricervical interscalénique. 3 patients, soit 25% souffraient du même syndrome au niveau de la cheville et un cathéter péricervical leur a été posé au niveau poplité. Un patient, soit 8.3% a bénéficié d'un cathéter péricervical fémoral pour syndrome douloureux régional complexe type 1 avec raideur du genou. Un guidage échographique a été utilisé pour précision du geste. Aucune complication n'a été observée lors de la pose des cathéters péricervicaux. B) Efficacité du bloc anesthésique Avant la pose du cathéter péricervical, le score moyen de la douleur de nos patients était de 6/10 à l'échelle numérique lors de la mobilisation passive. 10 minutes après la première injection, ce score était de 0/10. C'est le résultat de l'expertise du personnel sur l'implantation des cathéters péricervicaux écho guidés. Au deuxième jour, en pré-kinésithérapie, 1 patient a présenté une douleur évaluée à 5/10 à l'échelle numérique, ce qui a conduit à l'injection d'un bolus de 5ml de naropéine 0.2% 10 minutes avant la reprise de la kinésithérapie. C) Moyenne des amplitudes des mouvements articulaires (en degré). Des gains d'amplitudes articulaires ont été obtenus. Au niveau de l'épaule, les gains moyens en amplitude ont été de 36.9 et 24 degrés respectivement pour l'antépulsion et l'abduction. 10 et 21.5 degrés représentent les gains moyens en rotation interne et rotation externe. Au niveau de la cheville, des gains de 8.4 degrés ont été notés pour le mouvement d'extension et 5.0 degrés pour la



flexion .10.3 degrés et 10.0 degrés ont été les gains pour le varus et valgus respectivement. Un seul malade a été pris en charge pour syndrome douloureux régional complexe de type 1 avec raideur du genou. Il a eu un gain de 5 degrés en flexion. Au niveau de l'épaule, la moyenne des gains en amplitude du mouvement main –rachis a été de 2 espaces intervertébraux. Ces gains d'amplitude articulaire sont en partie le résultat de la qualité de l'analgésie procurée par l'anesthésie locorégionale permettant une kinésithérapie optimale. L'efficacité analgésique est rendue de plus en plus certaine par la technique de positionnement du cathéter périmerveux à la vue échographique. LD) Complications Dans notre étude, aucune complication neurologique ou cardiaque immédiate ou retardée n'a été retrouvée. Nous n'avons pas non plus relevé de complication infectieuse au site d'insertion du cathéter périmerveux. Chez 3 patients (2 pour bloc sciatique poplité, 1 pour bloc fémoral) soit 25.5% des cas ont présenté une fuite de l'anesthésique local au deuxième jour après l'implantation du cathéter périmerveux, conduisant à une repose du cathéter périmerveux chez un seul patient. Les 2 autres patients ayant gardé une analgésie suffisante, le cathéter a été laissé en place jusqu'à son ablation. Nous n'avons pas d'explications précises au sujet de la fréquence élevée de fuite du cathéter périmerveux sciatique poplité. Nous pensons néanmoins que peut être l'anatomie aurait un rôle à jouer, par les mouvements d'extension et flexion du genou mais aussi la notion de pesanteur au vue de la localisation du point de ponction, surtout que l'aiguille de ponction est plus ou moins grosse avec possibilité de béance autour du cathéter périmerveux. Au niveau interscalénique, au deuxième jour après l'implantation du cathéter, une obstruction de ce dernier a eu lieu. Le rinçage avec 4 ml de sérum physiologique a permis de chasser un peu d'air qu'il y avait dans la tubulure et le cathéter a été reperméabilisé. E) Satisfaction globale Le score moyen de satisfaction globale chez nos patients était de 96.0%. Celle-ci englobe la qualité de la prise en charge dans son ensemble, surtout l'absence de douleur permettant une optimisation de la kinésithérapie, le tout aboutissant à un gain notable des amplitudes des mouvements des articulations concernées.

L'anesthésie locorégionale avec cathéter périmerveux continu occupe une place non négligeable dans la prise en charge du syndrome douloureux régional complexe de type 1 avec rétractions capsulaires et tendineuses. Elle favorise une kinésithérapie optimale en luttant contre les douleurs provoquées par la procédure rééducative, entraînant une amélioration de la fonctionnalité des articulations visées. L'adjonction d'un bolus de 5 millilitres de naropéine 0,2% pourrait être proposée pour optimiser la qualité de l'analgésie avant les séances de kinésithérapie. Bien qu'aucune complication grave n'ait été retrouvée dans notre étude, il convient de rester prudent lors de la réalisation de l'ALR avec un monitoring adapté au cours et après sa mise en place pour déceler des complications éventuelles. En fin, nous pensons approfondir notre étude avec un échantillon important en y incluant d'autres critères notamment la reprise de l'activité, le score de douleur spontanée à domicile.

## Recherche clinique - Gériatrie

### P-31 : Douleur chronique du sujet âgé : regard croisé d'une consultation en binôme algologue-gériatre

C. Guillaume<sup>(1)</sup>, K.Pape<sup>(1)</sup>, A.Le métayer<sup>(1)</sup>, P.Lescure<sup>(1)</sup>

(1) CHU, Caen, France

Les douleurs chroniques sont extrêmement fréquentes dans la population âgée. Elles ont des répercussions fonctionnelles et psychologiques non négligeables, affectant alors la qualité de vie et majorant la vulnérabilité. Or, la complémentarité des évaluations de la douleur et gériatrique tend à apporter une analyse globale plus approfondie de la situation. De ce constat, une consultation douleur dédiée au sujet âgé a débuté en avril 2014 au Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (CETD) du CHU de CAEN, animée par un binôme algologue-gériatre. L'objectif principal de ce travail est d'analyser les données de l'évaluation initiale et du suivi des personnes âgées accueillies à cette consultation.

Analyse rétrospective d'avril 2014 à mars 2015 selon les éléments du dossier de consultation. Evaluation de la qualité de vie (échelle SF36) après au moins 6 mois de suivi.

22 personnes ont été évaluées. L'âge moyen est de 83.6 ans (76-95 ans). Le sex-ratio est de 75% de femmes et 25% d'hommes. Elles vivent essentiellement au domicile (77%) et sont relativement indépendantes pour les actes de la vie quotidienne (ADL moyen : 5). 86% (19) présentent un syndrome douloureux d'origine ostéo-articulaire et purement nociceptif. Les douleurs sont majoritairement modérées à intenses. 41% (9) reçoivent une association paracétamol – opioïde faible, 18% (4) une association paracétamol-opioïde fort, et, dans la même proportion uniquement du paracétamol ; une personne n'a aucun traitement antalgique. Des troubles cognitifs sont suspectés ou avérés dans 23% des cas, un syndrome dépressif pour 50% des personnes avec une problématique de deuil pour 27% (6) , un risque de chute favorisé par le syndrome douloureux dans 63% des cas (14) et un risque de dénutrition dans 41% des cas (9). Lors de l'élaboration du projet de soins, 41% des patients n'ont pas eu de modification de leur traitement médicamenteux antalgique; il a été diminué ou arrêté dans 32% des cas. Une approche non médicamenteuse a été apportée avec notamment la TENS (63%), la réadaptation fonctionnelle (54%), l'aide psychologique (9%), un bilan nutritionnel et des conseils diététiques (41%), l'adaptation du plan d'aide (18%)... Le suivi est en cours pour 14 personnes. Globalement, si les patients se disent toujours limités dans leurs activités (SF36 non significativement améliorés mais complexité de son remplissage), la santé psychique et la santé perçue semblent meilleures, surtout grâce à l'approche non-médicamenteuse.

Le regard croisé de l'algologue et du gériatre apporte non seulement une approche globale plus fine, mais aussi une plus-value dans la démarche décisionnelle médicamenteuse et non médicamenteuse, cette dernière constituant un champ thérapeutique insuffisamment utilisé. Aussi, cette consultation rend compte que les outils d'évaluation de la douleur chronique usuellement utilisés ne semblent pas tous adaptés à la personne âgée. Au-delà de l'impact clinique, la poursuite de ce projet permettra d'affiner la pertinence et la faisabilité des différents moyens d'évaluation. Enfin, cette



consultation offre un repérage des personnes âgées fragiles et une intégration plus précoce dans la filière gériatrique.

## Recherche clinique - Autres

### **P-32 : Une approche « corps-esprit » (méthode non-médicamenteuse) pour soulager les adolescents présentant des troubles somatoformes douloureux chroniques.**

*L. Condamine<sup>(1)</sup>, C.Pannetier<sup>(2)</sup>, M.Devernay<sup>(2)</sup>*

(1) Assistance publique - hôpitaux de Paris, Créteil, France, (2) Unité de médecine pour Adolescents, hôpital Armand-Trousseau, Paris, Assistance publique - hôpitaux de Paris, Paris, France

Contexte : les troubles somatoformes douloureux sont fréquents chez les adolescents, et représentent un problème de santé publique, de par leur retentissement délétère sur la scolarité, à un moment crucial de la vie. Ces troubles entraînent également une "consommation" médicale augmentée, par des consultations aux urgences répétées et des hospitalisations fréquentes. Pour aider les adolescents à redevenir acteurs de leur santé, nous leur avons offert un entraînement à une méthode "corps-esprit", la respiration accompagnée, cette approche étant connue pour améliorer la détente et relaxation, et pour diminuer la douleur non somatique et l'anxiété. Objectif : Evaluer cette approche "corps-esprit" grâce à un questionnaire déjà largement validé : Children's Somatization Inventory Revised Form (CSI-24). Les scores CSI décrivent la sévérité subjective des symptômes somatiques, indépendamment de leur étiologie.

Nous avons mené une étude prospective ouverte dans l'Unité de médecine pour Adolescents de l'hôpital universitaire Armand-Trousseau à Paris pendant 24 mois (juin 2013 - mai 2015). Tous les adolescents de l'Unité présentant des troubles somatoformes douloureux ont été inclus. Une professionnelle entraînée leur a montré comment se détendre grâce à la respiration accompagnée et leur a proposé une session d'entraînement en 4 leçons, à leur convenance. Le CSI-24 (Walker 2009) contient 24 items concernant différents symptômes somatiques fonctionnels et les réponses vont de 0 à 4, selon la sévérité du symptôme. Les adolescents ont rempli ce questionnaire avant et après la session d'entraînement.

Vingt-huit adolescents présentant des troubles somatoformes douloureux ont été adressés à l'Unité, 10 d'entre eux n'avaient pas d'autre pathologie et ont fini leur session d'entraînement (3 garçons, 7 filles, âgés de 13 à 18 ans). Les scores CSI-24 moyens ont diminué significativement entre le début et la fin des sessions d'entraînement (moyenne : 28,4 +/- 7,5 versus 20,3 +/- 9,1 (p : 0,00962).

Chez les adolescents présentant des troubles somatoformes douloureux chroniques, la sévérité des symptômes somatiques a diminué après une session d'entraînement à une méthode "corps-esprit", la respiration accompagnée.

## Recherche clinique - Douleurs neuropathiques

### P-35 : Efficacité des perfusions de kétamine dans la douleur neuropathique

*P. Arcagni<sup>(1)</sup>, B.Manissol<sup>(1)</sup>, C.Miallon<sup>(1)</sup>, B.Pandraux<sup>(1)</sup>, B.Lietar<sup>(1)</sup>, C.Creac'h<sup>(1)</sup>*

(1) CHU Saint-Etienne, Saint etienne, France

La kétamine est utilisée en cas de douleurs chroniques du fait de son antagonisme des récepteurs NMDA. Son efficacité clinique dans les douleurs neuropathiques reste toutefois mal évaluée. Nous avons mené une Evaluation des Pratiques Professionnelles analysant des données d'évaluation clinique colligées par l'équipe infirmière de patients du CETD de Saint-Etienne. Notre objectif était d'évaluer l'efficacité et la tolérance de trois perfusions intraveineuses de kétamine chez des patients présentant des douleurs neuropathiques pharmaco-résistantes et d'évaluer la constance de cet effet chez un sous-groupe de patients répondeurs ayant bénéficié d'au moins 7 perfusions.

Registre monocentrique rétrospectif de patients suivis entre janvier 2010 et mai 2014. L'efficacité est évaluée en auto-évaluation par le pourcentage de soulagement. Ont aussi été étudiés le délai de réapparition de la douleur et les données du QCD.

41 dossiers ont été analysés concernant des patients de  $55,4 \pm 15,3$  ans (ratio H/F de 1,2). L'étiologie des douleurs était centrale dans 26,8% des cas, périphérique dans 73,2% des cas. L'intervalle moyen entre la première et la troisième perfusion était de  $41,1 \pm 16,9$  jours. La dose moyenne de kétamine était de  $0,9 \pm 0,3$  mg/kg. 46% des patients étaient soulagés d'au moins 30% après la troisième perfusion, pendant en moyenne  $8,9 \pm 7,5$  jours. L'amélioration portait davantage sur le retentissement de la douleur, en particulier sur l'humeur, que sur son intensité. 85,4% des patients ont présentés des effets secondaires résolutifs après arrêt du traitement. L'efficacité se maintenait dans le temps chez 11 patients sur les 12 patients après 7 perfusions, avec un délai moyen de réapparition de la douleur atteignant  $17,1 \pm 18,2$  jours.

Les perfusions de kétamine intraveineuse permettent de soulager plus de quatre patients sur dix mais la durée de soulagement est de courte durée et paraît davantage liée à un effet antidépresseur qu'à un effet antalgique proprement dit.

## Recherche clinique - Douleurs neuropathiques

### P-36 : Hyperalgésie et troubles trophiques référés d'origine viscérale

M. Bier<sup>(1)</sup>

(1) CETD - Centre Hospitalier Valenciennes, Valenciennes, France

Les douleurs chroniques pariétales associant hyperalgésie et troubles trophiques cutanés sont habituellement attribuées à une origine somatique. Or, en fonction du phénomène de convergence viscéro-somatique [1] au niveau de la corne dorsale de la moelle spinale, une douleur viscérale peut avoir une expression cutanée au niveau du dermatome dont le viscère dépend [2]. Le but de ce travail est de montrer qu'une hyperalgésie et ses troubles trophiques, ne sont pas exclusivement d'origine somatique.

Une étude clinique rétrospective est réalisée au CETD du Centre Hospitalier de Valenciennes, incluant 12 patients ayant consulté pour des douleurs chroniques et présentant des antécédents de pathologies viscérales aiguës résolutes ou récidivantes, pour qui l'examen clinique retrouvait une hyperalgésie avec troubles trophiques cutanés. Pour chaque patient, la manœuvre de palper-rouler a été appliquée méthodiquement. L'utilisation de monofilaments de Von Frey [3] a permis de préciser la sévérité de l'hyperalgésie.

Les résultats rapportaient chez l'ensemble des patients une hyperalgésie cutanée associée à des troubles trophiques dans un territoire cutané du tronc respectant la segmentation (viscérotome) de l'organe pathologique présumé. Les douleurs concernaient la face ventrale et dorsale du tronc avec une prédilection pour la face dorsale (8/12). L'évaluation au monofilament de Von Frey distinguait la présence d'une allodynie tactile statique dans 5 cas.

Ces observations cliniques suggèrent l'existence d'un support neuroanatomique et neurophysiologique à l'origine de phénomènes hyperalgésiques et trophiques référés d'origine viscérale, dans des territoires segmentaires cutanés [4]. Au vu des données de la littérature, il s'agit d'un phénomène de sensibilisation centrale [5]. Le fait qu'il existe des manifestations cutanées référées d'origine viscérale, montre qu'une douleur pariétale peut être confondue avec la projection douloureuse d'un organe.

## Recherche clinique - Douleur et urgence

### P-38 : Les douleurs aiguës neuropathiques aux urgences

A. Queffelec<sup>(1)</sup>, K.Milojevic<sup>(1)</sup>, C.Grandelaude<sup>(2)</sup>, C.Martin<sup>(1)</sup>, M.Pessoa<sup>(1)</sup>, K.Silverstone<sup>(1)</sup>, P.Tajfel<sup>(3)</sup>, Y.Lambert<sup>(1)</sup>

(1) Centre Hospitalier de Versailles, Le chesnay, France, (2) Hôpital Antoine Beclère, Clamart, France, (3) Hôpital de la Porte Verte, Le chesnay, France

En médecine d'urgence, on distingue facilement les douleurs médicales des douleurs traumatiques, mais les douleurs neuropathiques ne sont pas toujours identifiées malgré les plaquettes DN4 diffusées à cette intention. Nous avons souhaité recenser ces douleurs neuropathiques et comparer leur profil évolutif à celui des autres douleurs aiguës (nociceptives médicales et traumatiques).

Etude ancillaire d'une enquête observationnelle multicentrique approuvée par un CPP. Les échelles utilisées étaient l'EVA (échelle visuelle analogique), l'EN (échelle numérique) et l'ECERDA (échelle comportementale d'évaluation rapide de douleur aiguë) toutes trois notées de 0 à 10. Mille paires de cotation (avant + après analgésie) ont été incluses.

Les douleurs ont été classées en "traumatiques" n = 600, "nociceptives médicales" n = 350 et "neuropathiques" n = 50. Aucun lien n'a été observé entre type de douleur et choix de l'échelle (ECERDA 40%, EN 38% et EVA 22%), ou choix du niveau d'analgésie (morphiniques seuls ou associés dans 75 à 85% des douleurs d'intensité > 4/10). Les trois échelles utilisées ont abouti à des résultats concordants avec un décalage de 0,8 points entre EN et EVA, et 0,4 points entre EVA et ECERDA (EN > EVA > ECERDA). L'effet antalgique moyen (score initial I - score final F) était : pour les douleurs nociceptives médicales I - F = 4,8 - 1,7 = 3,1 ; pour les douleurs traumatiques I - F = 6,1 - 2,3 = 3,8 et pour les douleurs neuropathiques I - F = 5,7 - 5,4 = 0,3. Ces différences observées étaient significatives (p < 0,01).

Les douleurs neuropathiques ne sont pas exceptionnelles en médecine d'urgence et elles ne répondent pas aux protocoles standards de l'analgésie aiguë. Leur identification est nécessaire, car elles justifient une prise en charge spécifique.

## Recherche clinique - Autres

### P-41 : Evaluation de l'efficacité de séances de réflexologie plantaire en pédiatrie.

*C.Mauger-vauglin<sup>(1)</sup>, A. Bertrand<sup>(1)</sup>, S.Martin<sup>(2)</sup>, J.Lena<sup>(1)</sup>, F.Goy<sup>(1)</sup>, C.Delafosse<sup>(2)</sup>, P.Marec-bérard<sup>(1)</sup>*

(1) Institut d'Hématologie et d'Oncologie Pédiatrique, Lyon, France, (2) Hôpital Femme Mère Enfant, Bron, France

Evaluer l'efficacité de séances de réflexologie plantaire sur la douleur et l'anxiété chez des enfants suivis pour des douleurs prolongées ou chroniques.

Etude prospective, conduite au sein de 2 centres entre janvier 2011 et janvier 2014, concernant une population de patients douloureux, âgés de moins de 21 ans. L'évaluation de la douleur effectuée avant et à la fin de la séance par auto-évaluation avec une Echelle Visuelle Analogique (EVA). L'évaluation de l'anxiété était effectuée avant et à la fin de la séance par une EVA. Une suite de questions fermées était posée à la fin de la période de suivi afin de réaliser une appréciation globale.

192 enfants ont été inclus. 122 étaient suivis pour une douleur prolongée avec un âge moyen de 12 ans et 70 pour des douleurs chroniques avec un âge moyen de 13 ans. Pour 93 des patients atteints de douleurs aiguës (76%), les douleurs étaient d'origine oncologique. La diminution des moyenne d'EVA douleur a été significative après chacune des séances (4.8 vs 1.9,  $p < 0.001$ ), de même que la diminution de l'anxiété (6.3 vs 2.1,  $p < 0.001$ ). Concernant la population de patients douloureux chroniques, 66 (94,3%) bénéficiaient des séances non seulement dans le but d'une prise en charge de la douleur, mais également pour lutter contre l'anxiété. La diminution de l'EVA douleur après les séances a été significative pour les enfants consultant pour des céphalées (4.2 vs 2.6,  $p < 0.001$ ), des douleurs abdominales (4.2 vs 2.5,  $p < 0.001$ ) et des douleurs musculosquelettiques (4.3 vs 2.6,  $p < 0.001$ ). La diminution de la moyenne d'EVA anxiété après chacune des 3 séances a été significative pour tous les enfants (5.0 vs 1.3,  $p < 0.001$ ). Lors des questions à réponse fermée, 55 enfants (90,2%) ont observé une amélioration de leur qualité de vie, 51 (83.6%) une diminution de leurs douleurs, et 57 (91.9%) étaient satisfaits de la réalisation des séances. 59 parents (95.2%) étaient satisfaits du résultat de l'ensemble des séances.

La mise en place de séances de réflexologie plantaire semble avoir un effet objectif sur l'intensité des douleurs et sur le niveau d'anxiété mesurés par une EVA. Cette technique non médicamenteuse pourrait avoir sa place dans l'arsenal thérapeutique du traitement de la douleur de l'enfant.

## Recherche clinique - Enfants

### P-43 : Enquête de pratique aux urgences pédiatriques depuis l'arrêt de l'utilisation de la codéine

*N. Dillies<sup>(1)</sup>, J.Avez-Couturier<sup>(1)</sup>*

(1) Hôpital Jeanne de Flandres, CHU Lille , Lille, France

La codéine est métabolisée en morphine par le cytochrome P450 2D6 (CYP2D6) qui possède un polymorphisme génétique. Elle est utilisée en pédiatrie pour les douleurs modérées à sévères. En 2012, une revue de la littérature publiait 13 cas d'effets indésirables dont 10 décès d'enfants de 21 mois à 9 ans à des doses appropriées de codéine chez des enfants métaboliseurs rapides. L'Agence Nationale de Sécurité du médicament (ANSM) publiait en avril 2013, une restriction d'utilisation de la codéine chez l'enfant de moins de 12 ans et en post-amygdalectomie. L'objectif principal de cette étude est d'évaluer les pratiques de prescription des antalgiques aux urgences pédiatriques dans les centres hospitaliers français depuis l'alerte de l'ANSM.

Un questionnaire informatisé «Enquête de pratique aux urgences pédiatriques depuis l'arrêt de l'utilisation de la codéine» était envoyé par mail à trois reprises entre le 2/02/2015 et le 15/03/2015 aux médecins travaillant dans les 169 urgences pédiatriques françaises via l'annuaire du Groupe Francophone de Réanimation et d'Urgences Pédiatriques.

Sur les 276 médecins répondants, 98% connaissaient le communiqué de l'ANSM. Avant le communiqué, la codéine était prescrite par 48% des médecins, une à trois fois par semaine. Les médecins étaient mis en difficulté régulièrement dans 62% des cas essentiellement pour les douleurs de la gingivostomatite. Dans 56% des cas, les médecins ont arrêté de prescrire de la codéine chez les enfants de moins de 12 ans et dans 26% des cas pour tous les enfants. Les prescriptions de recours étaient essentiellement le paracétamol, le tramadol et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). La morphine per os était prescrite «parfois» par 53% de la population et dans 54% des cas, elle n'était jamais prescrite pour le retour à domicile. Soixante-quinze pour-cent des médecins souhaitaient un retour sur le marché de la codéine.

Le communiqué de l'ANSM conseillant la restriction d'utilisation de la codéine chez l'enfant est majoritairement connu et respecté par les médecins des urgences pédiatriques. La prise en charge de la douleur chez l'enfant sans l'utilisation de la codéine était moins optimale. Certains médicaments de recours comme le tramadol font également l'objet d'un polymorphisme génétique et risquent de poser la même problématique que la codéine. L'utilisation des AINS et de la morphine orale est à développer dans certaines indications en s'appuyant sur de nouvelles recommandations de prise en charge de la douleur de l'enfant.

## Recherche clinique - Autres

### P-45 : Hypnose, douleur chronique, et Médecine Fondée sur les Preuves

*P. Delpy<sup>(1)</sup>, P.Larrouy<sup>(1)</sup>, F.Honore<sup>(2)</sup>*

(1) Centre Hospitalier de la Côte Basque, Bayonne, France, (2) Institut Milton Erickson Biarritz - Pays Basque , Biarritz, France

En conditions expérimentales, des effets spécifiques de l'hypnose sur la douleur aiguë, et leurs corrélats neuronaux, sont démontrés (Rainville P. [2], Faymonville MH. [1]). Ils sont attestés en pratique clinique par les travaux d'hypno-analgésie chirurgicale (Faymonville [1]) Pour évaluer son intérêt dans le traitement de la douleur chronique, nous avons revu les données de la littérature à la lumière de la médecine fondée sur les preuves selon la méthode d'analyse Cochrane.

Recherche globale sur PubMed des revues d'articles concernant l'hypnose, faisant explicitement référence à la méthode d'analyse Cochrane. Les résultats sont croisés avec les données de la Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR).

La requête PubMed [cochrane + hypnosis] produit 95 entrées, publiées entre juillet 1987 et février 2015. 30 concernent la douleur chronique: Cancer et douleurs liées aux soins (n=6) - Colon irritable et douleurs abdominales fonctionnelles (n=5) - Dyspepsie non ulcéreuse (n=5) - Douleur thoracique sans substrat organique (n=3) - Douleur ostéo-articulaire et rachialgie chronique (n=3) - Fibromyalgie (n=2) - Vaginisme (n=2) - Sclérose en Plaques (n=1) - Douleurs des blessés médullaires (n=1). Parmi celles-ci, 12 références sont publiées dans la CDSR, dont 2 ont fait l'objet respectivement de 1 et 3 révisions. Les critiques méthodologiques concernent régulièrement: des effectifs insuffisants, une hétérogénéité des situations cliniques, des reculs insuffisants, et des risques de biais parfois élevés. Dans ces limites, un bénéfice empirique est toutefois retenu, qualifié de faible à modéré, en association aux prises en charge standard, dans les limites d'un suivi court. Ce bénéfice semble plus établi concernant les douleurs liées au cancer; il n'est pas établi pour les douleurs musculo-squelettiques et du vaginisme. Des effets secondaires sont décrits, peu fréquents et transitoires, d'ordre psychologique ou fonctionnel. On ne peut tirer de conclusions concernant la supériorité de l'hypnose par rapport aux autres interventions psychologiques – en particulier les thérapies cognitivo-comportementales.

Ces résultats concordent avec les conclusions de la méta-analyse de Tomonori Adachi -2014 [3]. Au regard de la médecine fondée sur les preuves, il existe des indications en faveur de l'intérêt de l'hypnose dans la prise en charge de la douleur chronique. Les niveaux de preuves doivent toutefois être précisés par un meilleur design des essais.

## Recherche clinique - Enfants

### **P-48 : Etude longitudinale d'une population d'enfants atteints d'une forme bilatérale sévère de paralysie cérébrale : prévalence de la douleur chez les 240 premiers inclus**

*C. Dovico<sup>(1)</sup>, V.Laudy<sup>(2)</sup>, C.Dovico<sup>(3)</sup>, M.Rabilloud<sup>(4)</sup>, S.Roche<sup>(4)</sup>, T.Ginhoux<sup>(5)</sup>, C.Vuillerot<sup>(6)</sup>, B.Kassai<sup>(5)</sup>*

(1) Rééducation Fonctionnelle Hôpital Nord Franche Comté, Belfort, France, (2) Recherche Clinique Hospices Civils de Lyon, Lyon, France, (3) Service de Médecine Physique et Réadaptation Hôpital Nord Franche Comté, Belfort-montbéliard, France, (4) Biostatistiques Hospices Civils de Lyon, Lyon, France, (5) Pharmacologie Clinique Hospices Civils de Lyon, Lyon, France, (6) Service de Médecine Physique et Réadaptation Pédiatrique Hospices Civils de Lyon, Lyon, France

Estimer la prévalence de la douleur dans une cohorte d'enfants non marchant atteints de paralysie cérébrale sévère.

Observation des 240 premiers enfants inclus depuis septembre 2009 dans un protocole national d'étude longitudinale d'enfants atteints d'une forme bilatérale sévère de paralysie cérébrale (grade IV et V de la Gross Motor Function Classification System). Evaluation de la douleur par le DESS ou l'EVA selon le degré de communication. Recueil de leur localisation, type, causes probables, et traitements instaurés. Recherche ensuite d'un lien significatif entre le grade de l'atteinte, le degré de communication, la sub-luxation de hanche supérieure à 50%, la scoliose, le contexte de prématurité, l'utilisation de la sonde de gastrostomie, le traitement par baclofène et l'installation.

La prévalence de la douleur est de 27,08%. Parmi eux tous ont des douleurs d'origine orthopédique et 45,61% d'origine autre. Les localisations les plus fréquentes sont les hanches et les pieds. Parmi les circonstances on retrouve les mobilisations articulaires et la position assise. 21,67% des enfants ont un traitement contre la spasticité (dont 71,15% reçoivent du Baclofène). La scoliose et le traitement contre la spasticité sont liés de façon significative à la présence de douleur.

Nous avons ici une prévalence de la douleur dans une population homogène d'enfants. La douleur d'origine orthopédique est une réelle difficulté chez l'enfant paralysé cérébral. Son dépistage par des échelles spécifiques et la prévention de ses causes sont à entreprendre au plus tôt. Parmi les principaux objectifs nous retenons la prévention de la scoliose, de la raideur articulaire au niveau des pieds, de l'excentration de hanche, de la spasticité.

## Recherche clinique - Céphalées

### **P-51 : Céphalées après craniotomie fronto-temporale, sensibles à la toxine botulique de type A: une nouvelle entité**

*D. Ranoux<sup>(1)</sup>, F.Caire<sup>(1)</sup>*

(1) CHU Limoges, Limoges, France

La voie d'abord fronto-temporale (ptériorale) est l'une des voies d'abord les plus fréquemment utilisées en neurochirurgie. La procédure comporte une mobilisation du muscle temporal, ce qui occasionne généralement en post-opératoire une atrophie du muscle temporal. Cette atrophie peut être responsable de douleurs par malposition de l'articulation temporomandibulaire et tendinite temporale.

Nous rapportons le cas de 3 patientes qui ont développé des céphalées temporales associées non pas à une atrophie du muscle temporal comme attendu, mais à une hypertrophie de celui-ci et qui ont été spectaculairement améliorées par l'injection dans le muscle de toxine botulique (TB) de type A.

Le tableau clinique était relativement superposable chez nos 3 patientes : céphalée temporale homolatérale à la craniotomie, irradiant en périoculaire, compatible avec une distribution trigéminal V1 et V2 ; évolution par crises de 10 mn à 1 h, quotidiennes voire pluriquotidiennes ; à type d'élanement, de coups d'aiguille, mais sans décharge électrique. Chez 2 patientes, on notait un intervalle libre de 2 mois et 6 ans respectivement entre l'intervention et le début des céphalées. Toutes avaient à l'examen attentif une hypertrophie du muscle temporal homolatéral. Les 3 patientes ont été injectées avec 30 U de Botox® dilué à 1 ml/100U dans le muscle temporal avec une quasi-disparition des crises douloureuses. Chez une patiente, l'effet persiste depuis 2 ans. Pour les 2 autres patientes, la durée d'efficacité des injections est respectivement de 4 et 6 mois et l'effet se reproduit à chaque nouvelle réinjection.

Dans un contexte de céphalée après craniotomie temporale, il est nécessaire de rechercher une hypertrophie du muscle temporal et au moindre doute de l'injecter avec de la TB, ce qui constitue une procédure sans risque. L'efficacité de la TB pourrait être liée à une inhibition de l'inflammation neurogène intra-musculaire.

## Recherche clinique - Céphalées

### **P-52 : stimulation occipitale dans les névralgies occipitales réfractaires : étude prospective monocentrique non randomisée sur 60 patients**

*S. Raoul<sup>(1)</sup>, J.N'guyen<sup>(1)</sup>, A.Levesque<sup>(1)</sup>, J.N'guyen<sup>(1)</sup>, E.Kuhn<sup>(1)</sup>, M.Truong<sup>(1)</sup>, J.Nizard<sup>(1)</sup>*

(1) CHU Nantes, Nantes, France

La névralgie occipitale (ou névralgie d'Arnold) est une pathologie qui survient chez 0.1 à 4.7 % de la population des patients céphalalgiques. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité de la stimulation occipitale implantée dans cette nouvelle indication (névralgie occipitale d'Arnold). Dans cette étude 60 patients souffrant d'une névralgie occipitale réfractaire ont été implantés entre 2008 et 2014 au CHU de Nantes (France). Les résultats sont présentés ici.

Il s'agit d'une étude ouverte, prospective sur 60 patients consécutifs opérés entre 2008 et 2014 au CHU de Nantes. Le critère de jugement principal de l'étude a été défini par l'EVA moyenne avant la chirurgie et l'EVA moyenne 6 mois après la chirurgie, le critère secondaire était le score médicamenteux (MQS) avant chirurgie et 6 mois après la chirurgie. Tous les patients étaient en échec de traitement médicamenteux bien conduit. Ce traitement comprenait des antalgiques de palier I, II ou III, couplés à un antiépileptique et  $\pm$  un antidépresseur. La douleur avait un caractère neuropathique prédominant pour tous les patients ( $DN \geq 4$ ), elle était constante pour tous les patients avec parfois des crises se surajoutant à la douleur de fond. Tous les patients avaient eu un ou plusieurs blocs tests qui pouvaient être positifs ou négatifs. Tous les patients avaient bénéficié avant l'implantation d'une TENS efficace. Une incision rétroauriculaire était effectuée avec mise en place d'une électrode chirurgicale 4 plots (Resume<sup>®</sup>, Medtronic Inc., Minneapolis, Mn USA ou Lamitrode 4<sup>®</sup>, St Jude médical Inc., St Paul, Mn USA ou Artisan<sup>®</sup>, Boston Scientific Inc., San Jose, Ca USA) ou une électrode cylindrique (Medtronic ou St Jude). La ou les électrodes ont été placées en regard de la sortie du nerf occipital repéré. Le stimulateur était placé en région pectorale pour les stimulations unilatérales et sous l'aisselle pour les stimulations bilatérales.

60 patients ont été implantés avec 87 électrodes utilisées puisque 27 patients ont nécessité une implantation bilatérale. Les résultats sont excellents avec une EVA moyenne qui passe de 8.35 à 2.32 ( $p < 0.001$ ) soit 76 % de bons résultats à 6 mois. Le MQS est aussi diminué dans notre série, passant de  $18(\pm 2)$  à  $9(\pm 2)$ . 26 patients (43%) ne prennent plus que du paracétamol. Les autres traitements (antidépresseur et antiépileptiques, ou antalgiques de palier II ou III) ont pu être arrêtés. Les complications de la série sont fréquentes. Aucun décès, ni complication grave n'a été à déplorer dans la série. On comptabilise sept déplacements ou fractures d'électrodes (12%), six infections (10%).

La stimulation des nerfs occipitaux est une technique sûre et efficace pour traiter les céphalées chroniques réfractaires. Même si des études randomisées de plus grande ampleur et un suivi des patients implantés dans le monde sont nécessaires, on peut d'ores et déjà considérer que cette technique doit faire partie de l'arsenal thérapeutique des céphalées réfractaires.

## Recherche clinique - Céphalées

### **P-53 : Stimulation occipitale pour le traitement des céphalées réfractaires: intérêt des TENS préopératoires pour la sélection des patients**

*J. Nizard<sup>(1)</sup>, J.Nguyen<sup>(2)</sup>, S.Raoul<sup>(1)</sup>, E.Kuhn<sup>(1)</sup>, F.Penverne<sup>(1)</sup>, F.Carduner<sup>(1)</sup>, J.Lefaucheur<sup>(3)</sup>*

(1) Centre Hospitalier Universitaire, Nantes, France, (2) Centre Hospitalier Universitaire et Clinique Brétèche, Nantes, France, (3) Centre Hospitalier Universitaire, Créteil, France

La stimulation du nerf occipital par électrode implantée est une technique désormais régulièrement proposée aux patients présentant des céphalées chroniques réfractaires au traitement médical bien conduit. Jusqu'à présent, aucun élément prédictif du résultat de cette intervention n'a été, à notre connaissance, mis en évidence.

Nous avons étudié une série de 33 patients (névralgie occipitale (n=15), céphalée cervicogénique (n=7), algie vasculaire de la face (n=6), migraine chronique (n=5)), qui ont tous bénéficié en préopératoire d'une stimulation transcutanée (TENS), utilisant des électrodes placées à l'aplomb de la zone de la future implantation et testés pendant 1 à 3 mois. L'évaluation était basée sur l'EVA moyenne et maximale, ainsi que sur le nombre de jours de céphalées dans le mois, jusqu'à 3 ans en moyenne après l'implantation.

Les TENS et la stimulation occipitale implantée (ONS) se sont avérées efficaces à court et long terme (57-76% d'amélioration sur les différentes variables). Une réponse bonne ou très bonne aux TENS s'est avérée associée à une meilleure efficacité de la stimulation implantée, suggérant que l'efficacité des TENS préopératoires pourrait être prédictive de celle de la stimulation implantée.

La stimulation occipitale implantée est une option thérapeutique intéressante dans les céphalées réfractaires, avec de bons résultats à long terme. Une bonne ou très bonne réponse préalable aux TENS pourrait contribuer à une meilleure sélection des patients avant la chirurgie. Cet intérêt prédictif potentiel paraît particulièrement utile chez les patients présentant des migraines chroniques, chez lesquels il peut être difficile de poser l'indication d'une technique de neurostimulation invasive.

## Recherche clinique - Douleurs neuropathiques

### P-56 : Facteurs prédictifs de l'efficacité de la stimulation corticale dans le traitement des douleurs neuropathiques chroniques

M. Courtès<sup>(1)</sup>

(1) CHRU Brest, Brest, France

Etudiez les facteurs prédictifs de l'efficacité de la stimulation corticale dans le traitement des douleurs neuropathiques chroniques.

Etude prospective avec évaluation systématique de l'EVA et du score de qualité de vie "WBQ" en pré-opératoire et en post-opératoire à 3 mois, 6 mois, 1 an puis tous les ans, de tous les patients (n=38) ayant eu une stimulation du cortex moteur à visée antalgique implantée dans le service de Neurochirurgie du CHRU de Brest depuis 2005 jusqu'à 2015 : 23 hommes, 15 femmes, âgés entre 33 et 76 ans. Trois types de douleurs neuropathiques : d'origine cérébrale (vasculaire, tumoral...), d'origine médullaire (traumatique, post radique...), d'origine périphérique (plexus brachial, algohallucinoïse, névralgie faciale...). Nous évaluons l'amélioration de l'EVA et de la qualité de vie du patient en fonction de l'âge, du sexe, de l'étiologie des douleurs, de l'ancienneté des douleurs, de l'état du cortex moteur, de la réponse rTMS, et des PES obtenus ou non.

Le critère « au moins 50% de réduction du EVA » est obtenu par 21 des 38 patients (55.26%). Ces patients ont donc vu une amélioration évidente de l'intensité de leurs douleurs; le critère « au moins 50% de réduction du WBQ » est obtenu par 18 des 29 patients (62.07%). Ces patients ont donc vu une amélioration évidente de leurs conditions de vie. L'âge est un facteur prédictif d'une amélioration de la douleur du patient. On estime qu'une personne ayant au moins 60 ans a quasiment 5 fois (4.94) plus de chance de noter une évolution à la baisse de 50% que ceux ayant moins de 60 ans. Ensuite, la présence ou non de pathologie cérébrale est un facteur prédictif d'une amélioration de la douleur du patient. On estime qu'une personne n'ayant pas de pathologie cérébrale a 1.69 fois (1/0.59) plus de chance de noter une évolution à la baisse que ceux présentant une pathologie cérébrale. Une personne possédant un cortex moteur a 8.65 fois plus de chance de noter une diminution de son EVA que ceux qui ont un cortex moteur atteint. Concernant l'amélioration du score WBQ, on estime qu'une personne n'ayant pas de pathologie périphérique a 3.33 fois plus de chance de noter une diminution de 50% du critère WBQ que ceux souffrant d'une pathologie périphérique.

La stimulation corticale est un traitement symptomatique des douleurs neuropathiques chroniques, semblant à privilégier chez les patients de plus de 60 ans, ne présentant pas de pathologie cérébrale, et ayant un cortex moteur intact. Elle permet qui plus est, une amélioration de la qualité de vie des patients.

## Recherche clinique - Douleur et cancer

### **P-59 : Modification des tubulures des pompes PCA pour diminuer le volume des bolus cachés**

*B. Devalois<sup>(1)</sup>, C.Jugan<sup>(1)</sup>, M.Prevel<sup>(1)</sup>*

(1) CHRD, Pontoise, France

Lors de l'utilisation des pompes PCA pour traiter la douleur, l'utilisation des tubulures fournies par les fabricants expose à l'administration de bolus cachés lors de l'injection d'autres produits sur la ligne d'accès veineux. Une collaboration avec un fabricant a permis de tester une nouvelle tubulure réduisant de manière importante le volume de ces bolus masqués.

Les tubulures utilisées avec les pompes PCA doivent impérativement comprendre une valve anti siphon. Lorsque la voie doit pouvoir être utilisée pour d'autres injections directes (ou pour des perfusions) il est indispensable de mettre en place une valve anti reflux. Les fabricants proposent des tubulures dites en Y comportant les 2 valves obligatoires (ce qui est préférable à un montage "maison" qui fait courir le risque d'une utilisation incorrecte des valves). Pour ces tubulures en Y il existe un volume compris entre le raccord du Y et la jonction avec la voie d'accès veineux (PAC ou cathéter). Ce volume, contenant le morphinique utilisé pour la PCA, sera injecté à chaque administration dans le raccord en Y réalisant un bolus caché. En fonction de la concentration, cela peut représenter des doses susceptibles d'effets secondaires indus. Pour les tubulures fournies pour les pompes Micrel<sup>®</sup> ce volume est de 1.8 ml. Pour les concentrations habituellement utilisées (10 et 40 mg/ml pour la morphine) cela représente donc des doses très supérieures aux bolus habituellement programmés (entre 18 et 72 mg). Nous avons suggéré au fabricant de fournir des tubulures ayant un volume pour ces bolus cachés très inférieur. Nous avons testé sans aucun problème pendant 2 mois des tubulures dont le volume de bolus caché était ramené à 0.3 ml (par diminution de la longueur et du diamètre interne de cette partie de tubulure).

Lors de l'utilisation de tubulures en Y pour les pompes à PCA il convient de connaître précisément la valeur du volume de bolus caché administré lors de l'administration d'autres substances par la valve anti-reflux. Grâce à une collaboration avec le fabricant une nouvelle tubulure réduisant à 0.3 ml au lieu de 1.8 ml ce volume a été testée et va venir se substituer aux tubulures actuelles.

## Recherche clinique - Autres

### P-61 : Évaluation de l'efficacité de la consultation douleur dans l'endométriose

*D. Lhuillery<sup>(1)</sup>, N.Lévêque<sup>(2)</sup>, E.Sauvanet<sup>(2)</sup>, E.Petit<sup>(2)</sup>*

(1) Clinique Saint Jean de Dieu, Paris, France, (2) Hôpital Saint Joseph, Paris 14, France

L'endométriose affecte considérablement la qualité de vie des femmes qu'elle touche. L'objectif de cette étude est d'évaluer les patientes adressées à la consultation d'algologie et vérifier l'efficacité des thérapeutiques antalgiques mises en place.

Nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive transversale par un questionnaire anonyme, s'adressant à des patientes atteintes d'endométriose ayant été reçues à l'hôpital Saint-Joseph en consultation douleur depuis sa création.

92 patientes ont été incluses dans l'étude et 45 questionnaires ont été retournés. Le nombre d'années entre les premières douleurs et le diagnostic était de 10 ans. Ces patientes ont consulté 5 médecins avant l'orientation à la consultation douleur. Le nombre moyen de passage aux urgences est de 2 par patiente, mais 11,6% ont consulté plus de 10 fois aux urgences. En moyenne, elles ont été en arrêt de travail pendant 21 semaines. 16,3% sont en reclassement professionnel. 72% des patientes de la consultation douleur ont été opérées. L'efficacité de 5 classes d'antalgique a été évaluée : paracétamol, AINS, paliers 2, antidépresseurs, antiépileptiques. Les antiépileptiques sont les plus efficaces (36,7% sont soulagées à plus de 50%, 20% entièrement), il est prescrit chez 69,8% des patientes. Nous avons évalué l'efficacité des thérapies alternatives (acupuncture, mésothérapie, thérapie manuelle, hypnose). Les 2 plus efficaces sont la mésothérapie (58,3% sont soulagées à plus de 50%, 8,3% entièrement) et les thérapies manuelles (55% à plus de 50%, 5% entièrement). 69,8% des patientes pensent que la consultation antidouleur leur est indispensable.

Cette consultation est appréciée des patientes la fréquentant. Les thérapies alternatives et médicamenteuses ont la même efficacité sur la douleur chez ces patientes, les thérapies alternatives devraient donc être élargies à toutes. Une étude analytique prospective sur l'efficacité des antalgiques pourrait approfondir ce sujet.

## Recherche clinique - Autres

### P-62 : Impact du sevrage hospitalier en opiacés chez les patients douloureux chroniques

M. Khetta<sup>(1)</sup>, A.Duc Trouvin<sup>(2)</sup>, M.Guidt<sup>(3)</sup>, R.Deleens<sup>(3)</sup>, S.Lignot<sup>(3)</sup>, A.Menet<sup>(3)</sup>, S.Pouplin<sup>(2)</sup>, O.Vittecoq<sup>(4)</sup>

(1) CHU Saint Julien, Petit quevilly, France, (2) Rhumatologie et CETD, Rouen, France, (3) CETD, Rouen, France, (4) Rhumatologie, Rouen, France

Le risque d'une consommation prolongée d'opiacés chez les patients douloureux chroniques est la survenue d'une tolérance, d'une dépendance, voire de douleurs induites par les morphiniques, motivant parfois la réalisation d'un sevrage. Le but de cette étude est d'évaluer l'impact du sevrage en opiacés sur les douleurs et différents paramètres de la vie quotidienne.

Tous les patients ayant réalisé un sevrage hospitalier en opiacés en rhumatologie au CHU de Rouen entre janvier 2013 et octobre 2014 ont été contactés par téléphone, au minimum 6 mois après leur hospitalisation. Un questionnaire pré-établi a permis d'évaluer les effets à long terme du sevrage.

47 patients ont été interrogés, en moyenne 31 mois après le sevrage. Le traitement avait été instauré en moyenne 3.5 ans avant l'hospitalisation. La posologie moyenne à l'arrivée était de 128mg (équivalent morphine orale) pour les formes à libération prolongée, et 38 mg pour les formes à libération immédiate. La douleur n'a pas significativement diminué après le sevrage (EN 6,7/10 avant, EN 6/10 à distance). Par contre, la satisfaction d'avoir réalisé le sevrage est évaluée à 7.9/10 en moyenne, et 82.3% des patients feraient à nouveau la démarche. En effet, même si le vécu du sevrage est difficile (difficulté évaluée à 7.2/10), de nombreux paramètres s'améliorent : capacités intellectuelles et bien être général (près de 60% des cas), thymie (34% des cas), fatigue (30% des cas), sommeil (25% des cas), remarques positives de l'entourage dans 70% des cas. Discussion La principale limite de cette étude est le biais de mémorisation lié au délai entre le sevrage et l'appel téléphonique.

Le sevrage hospitalier en opiacés a un impact positif sur plusieurs paramètres liés à la qualité de vie des patients douloureux chroniques. Ce traitement doit être régulièrement réévalué, avant que ses effets secondaires ne dépassent ses bénéfices.

## Recherche clinique - Gériatrie

### **P-64 : Facteurs gériatriques associés à un maintien prolongé des opioïdes à 3 mois chez la personne âgée douloureuse après la sortie d'un service de médecine aigue gériatrique**

*F. Piloquet<sup>(1)</sup>, J.Nizard<sup>(1)</sup>, G.Berrut<sup>(2)</sup>, G.Chapelet<sup>(1)</sup>, M.Gegu<sup>(1)</sup>, L.De decker<sup>(1)</sup>*

(1) CHU Laennec, Saint herblain, France, (2) CHU Bellier, Nantes, France

La prévalence de la douleur chez le sujet âgé est élevée. La prise en charge des douleurs modérées à intenses repose essentiellement sur les antalgiques de palier II ou III. Même si l'utilisation des opioïdes semble insuffisante chez la personne âgée, leur consommation est en augmentation constante notamment depuis l'élargissement de leur indication à la douleur non cancéreuse. Ces traitements sont à risque d'effets secondaires importants chez le sujet âgé. Ce risque est d'autant plus important que l'utilisation est prolongée alors que l'efficacité de leur utilisation au long court dans les douleurs non cancéreuse (3 mois) n'est pas clairement établie. Certaines études se sont déjà intéressées aux facteurs associés à l'utilisation prolongée des opioïdes après une intervention chirurgicale. Nous avons voulu étudier les facteurs gériatriques associés à un maintien prolongé des opioïdes à 3 mois après la sortie d'un service de médecine aigue gériatrique. L'objectif étant d'identifier les patients âgés à risque d'évoluer vers une utilisation prolongée d'opioïdes.

120 patients inclus après prescription d'un opioïde. Les caractéristiques gériatriques et sociodémographiques étaient évaluées. Des régressions logistiques univariées puis multivariées avec comme variable dépendante le maintien d'un traitement opioïde à 3 mois après la sortie d'hospitalisation et comme variables indépendantes les caractéristiques gériatriques, sociodémographiques ont été réalisées.

A 3 mois, le traitement opioïde était maintenu chez 27,3 % des patients (15 patients sous palier II, 18 sous palier III et 4 sous palier II et III). Aucun facteur étudié y compris l'indication thérapeutique n'était associé au maintien des opioïdes.

Aucun facteur gériatrique étudié n'est associé au maintien du traitement opioïde à 3 mois. Notre étude montre cependant un taux de maintien prolongé des opioïdes important chez le sujet âgé après introduction hospitalière. Ce résultat montre l'importance du suivi et de la réévaluation de tout sujet âgé sous opioïde afin de limiter leur utilisation prolongée et ainsi limiter le risque d'effets secondaires.



## Recherche clinique - Enfants

### **P-66 : Prise en charge de la douleur postamygdalectomie chez l'enfant : titration morphine versus sufentanil en SSPI**

*B. Bijok<sup>(1)</sup>, E.Desouter<sup>(2)</sup>*

(1) CHRU hôpital Salengro, Lille, France, (2) Hopital St Vincent de Paul, Lille, France

Il existe dans notre unité pédiatrique deux protocoles de prise en charge de la douleur post-amygdalectomie : titration morphine (M) ou sufentanil (S). Le but de notre étude était de comparer ces deux protocoles.

Il s'agit d'une étude observationnelle prospective. La population étudiée sur 6 mois concernait les enfants ayant bénéficié d'une amygdalectomie dans notre hôpital. Les principales données recueillies étaient les scores de douleur puis les traitements antalgiques entrepris en SSPI et en hospitalisation. Les patients ont été répartis en deux groupes M et S, selon l'anesthésiste en charge des enfants. Ces derniers ont été comparés statistiquement en utilisant les tests du Khi-deux et de Mann-Whitney pour variables non appariées.

65 patients ont été inclus dans cette étude (34 dans le groupe S et 31 dans le groupe M), avec un âge médian de 4 ans et un poids médian de 16 kg dont 55% en ambulatoire. La répartition entre les groupes était homogène. En SSPI, il n'existait pas de différence significative sur le nombre de boli, leur délai d'efficacité et les effets secondaires. Dans le service de chirurgie, il existait une reprise de l'alimentation plus précoce dans le groupe M ( $p < 0,01$ ) : 280 [220 ; 235] vs 211 [190 ; 235] (en minutes). Le score de douleur à H6 était équivalent.

Il n'existait aucune différence entre les deux protocoles sur le plan antalgique. La morphine reste un morphinique de choix pour une réhabilitation postopératoire plus précoce.

## Recherche clinique - Douleur liée aux soins

### P-67 : CLUD et analyse de l'activité « pose de PAC »

A. Queffélec<sup>(1)</sup>, K.Milojevic<sup>(1)</sup>, D.Mayeur<sup>(1)</sup>, M.Desrues<sup>(1)</sup>, B.Lemercier<sup>(1)</sup>, I.Slimani<sup>(1)</sup>, I.Metzger<sup>(1)</sup>, Y.Lambert<sup>(1)</sup>

(1) Centre Hospitalier de Versailles, Le chesnay, France

Les plaintes des patients (et soignants) ont amené les comités de lutte contre la douleur (CLUD) à s'intéresser à la prévention de la douleur lors de la pose de chambres implantables ou port-a-cath (PAC). L'an dernier, nous avons réalisé une enquête nationale révélant que l'application des recommandations était médiocre et que notre propre institution occupait une position médiane, représentative des pratiques courantes. Nous avons décidé de faire l'analyse descriptive de la pose de PAC dans notre établissement.

Etude rétrospective mono-centrique sur une année de pose de PAC (anesthésies générales exclues). Les données relevées concernaient : dolo-vigilance, vacations dédiées, temps d'attente et d'intervention au bloc, nombre de tentatives, échecs.

L'analyse porte sur 313 poses consécutives. Les données concernant la dolo-vigilance et l'analgésie procédurale étaient inexploitable car non renseignées ! 100% des actes étaient réalisés aux heures ouvrées, jours ouvrés, dont 70% sur les vacations dédiées à la pose de PAC. Le temps d'attente devant le bloc était > 1 heure dans 30% des cas (médiane 30 minutes, moyenne 45 minutes). Le temps d'intervention était > 90 minutes dans 25% des cas (médiane 70 minutes, moyenne 80 minutes). Le nombre de tentative était 1 dans 80% des cas (écho-guidage 3%), 2 dans 15% (écho-guidage 10%), 3 dans 4% (écho-guidage 20%), 4 dans 1% (écho-guidage 70%). Défaut lors de l'utilisation 15% (10% résolutifs + 5% nécessitant dépose et repose).

L'absence de traçabilité sur la douleur et sa prise en charge, les temps d'attente et d'intervention trop longs ainsi que le taux élevé d'échecs justifient l'implication (non exclusive) du CLUD dans une démarche de réorganisation de la pose de PAC. Cela semble nécessaire chez nous mais également ailleurs, car les insuffisances constatées concernent probablement un grand nombre de structures de soins.

## Recherche clinique - Douleur liée aux soins

### P-68 : Actes de radiologie et douleur : Etat des lieux à l'Hôpital Rothschild

*F.Maillard<sup>(1)</sup>, P. Cimerman<sup>(1)</sup>, F.Lay<sup>(2)</sup>, A.Sebag<sup>(3)</sup>, P.Petit<sup>(3)</sup>, G.Grivalliers<sup>(3)</sup>, M.Thibaut<sup>(1)</sup>*

(1) Hôpital Trousseau CNRD, Paris, France, (2) Hôpital Rothschild, CETD, Paris, France, (3) Hôpital Rothschild, service d'imagerie médicale, Paris, France

Le service d'imagerie médicale réalise environ 9600 actes par an. Son équipe a souhaité faire un état des lieux de la douleur liée à ces actes.

Il s'agissait d'une étude descriptive, prospective. Un recueil de données a été effectué par le personnel. Les données concernaient les caractéristiques des patients et des actes réalisés. La douleur était évaluée avec l'échelle verbale simple (EVS) à 5 temps distincts : arrivée dans le service (T1), transfert sur table en début d'examen (T2), au cours de l'examen (T3), transfert en fin d'examen (T4), à la sortie du service (T5).

Au total, 167 patients ont été inclus de septembre à octobre 2014, dont 108 femmes (64,7%), d'un âge moyen de 83 ans. Au total, 245 actes ont été réalisés, les cinq plus fréquents étaient : radiographies de thorax (n=30), uréthrocystographies rétrogrades et mictionnelles (n=19), ASP (abdomen sans préparation) (n=19), échographies vésicales (n=18) et échographies abdominales. La durée en minutes a été mesurée pour 165 actes. Le score médian (extrêmes) était de 20 minutes (4-60). La valeur médiane (extrêmes) du temps passé dans le service était de 30 min (10-110). Le dossier du patient était disponible lors de 38 actes et l'information sur une prémédication lors de 55 actes. Une évaluation de la douleur a été effectuée pour 224 actes (91,4%) à au moins un des 5 temps. L'EVS était inférieure à 2 dans 77% des cas à l'arrivée, dans 82% après transfert sur la table, dans 80,5% pendant l'examen, dans 82% en fin d'examen et dans 83,3% au départ du service.

Cette étude en radiologie dans un hôpital gériatrique a montré une faible proportion d'actes douloureux, cependant la traçabilité des traitements antalgiques donnés en amont pourrait être améliorée afin de réaliser certains actes dans des conditions optimales.

## Recherche clinique - Analgésie postopératoire

### P-69 : Dexaméthasone comme adjuvant à la bupivacaine lors de l'infiltration cicatricielle après chirurgie de la paroi abdominale

K. Laajili<sup>(1)</sup>, I. Bannour<sup>(1)</sup>, M. Fodha<sup>(1)</sup>, A. Brahim<sup>(1)</sup>, H. Attia<sup>(1)</sup>, M. Gara<sup>(1)</sup>, S. Laabidi<sup>(1)</sup>

(1) CHU Tahar SFAR, Mahdia, Tunisie

évaluer l'apport de la dexaméthasone comme adjuvant à la bupivacaine lors de l'infiltration cicatricielle pour la chirurgie de la paroi abdominale.

Etude prospective randomisée en doubles aveugle menée pendant une période de six mois. Ont été inclus les patients ayant eu une cure d'une hernie inguinale et/ou ombilicale sous anesthésie générale. Les patients ont été randomisés en deux groupes : Groupe 1 : Infiltration de la cicatrice opératoire par 20 ml d'une solution contenant 100 mg de bupivacaine Groupe 2 : Infiltration de la cicatrice opératoire par 20 ml d'une solution contenant 100 mg de bupivacaine et 8 mg de dexaméthasone Les critères d'exclusion sont le refus du patient d'être inclus dans l'étude. Ont été recueillis les critères démographiques, le type de l'acte chirurgical, durée de l'anesthésie et de l'intervention, évaluation de la douleur en post opératoire par l'échelle visuelle analogique, délai de première antalgique (paracétamol), dose totale de paracétamol consommée pendant les premières vingt quatre heures. Etude statistique faite par le test t student avec un seuil de significativité si  $p < 0,05$ .

Après accord de comité éthique et consentement des patients, cinquante malades ont été inclus dans notre étude et répartis entre les deux groupes. Pas de différences entre les deux groupes concernant les caractéristiques démographiques, le type de la chirurgie (éventration, hernie inguinale, ombilicale) et sa durée et celle de l'anesthésie. Délai de première dose de paracétamol

	Groupe 1	Groupe 2	p
Délai de première dose de paracétamol	4h	6h30	0.03
Dose de paracétamol / 24 h	2	2	
EVA H3	3	1.5	0.03
EVA H6	4.8	1.8	0.02
EVA H12	5.2	2	0.018
EVA H18	3.9	2.2	0.04
EVA H24	3.1	2	0.09

La dexaméthasone comme adjuvant aux anesthésiques locaux permet une analgésie de qualité en post opératoire améliorant ainsi les scores de la douleur. Une épargne des antalgiques a été noté et la réhabilitation post opératoire est ainsi meilleure.

## Recherche clinique - Douleur et urgence

### P-70 : Douleur au SMUR, analgésie, gravité et degré de priorité

A. Queffelec<sup>(1)</sup>, O.Hayter<sup>(1)</sup>, K.Milojevic<sup>(1)</sup>, M.Bouquet<sup>(1)</sup>, T.Leredu<sup>(1)</sup>, S.Durand<sup>(1)</sup>, P.Tajfel<sup>(2)</sup>, Y.Lambert<sup>(1)</sup>

(1) Centre Hospitalier de Versailles, Le chesnay, France, (2) Hôpital de la Porte Verte, Versailles, France

Nous avons réalisé une étude en médecine d'urgence pré-hospitalière pour explorer les liens entre intensité de douleur aiguë, niveau d'analgésie, gravité et degré de priorité.

Etude prospective sur 400 dossiers primaires SMUR consécutifs. Utilisation de l'échelle numérique de 0 à 10 (EN) pour notifier la douleur, des paliers OMS pour le niveau d'analgésie, de la Classification Clinique des Malades des Urgences (CCMU) par l'urgentiste pour codifier la gravité et, en aveugle, de la Classification Infirmière des Malades des Urgences (CIMU) par l'infirmier(ère) anesthésiste pour le degré de priorité. Recherche de liens par chi-2 sur l'ensemble des patients et en fonction des pathologies.

La corrélation entre CCMU et CIMU était de 65%, celle entre douleur (EN) et analgésie (paliers OMS) de 89%. La recherche de lien entre douleur et gravité ou degré de priorité (lien EN-CCMU ou lien EN-CIMU) s'est avérée négative ( $p > 0,05$  ;  $r < 20\%$ ) sauf pour les douleurs thoraciques et les traumatismes. Dans ces deux sous-groupes de patients, l'EN était liée à la CCMU et à la CIMU ( $p < 0,001$  et  $r = 40$  à  $55\%$  : lien indiscutable mais corrélation médiocre). Les syndromes coronaires avec sus-décalage ST et les polytraumatismes graves sont associés aux scores de douleurs les plus élevés mais les valeurs prédictives positives ou négatives (trop proches de 50%) ne sont pas discriminantes.

En médecine d'urgence pré-hospitalière, une équipe soignante étant dédiée à un patient, l'intensité de la douleur n'est pas en elle-même un reflet de la gravité ou un motif de priorisation, mais le niveau d'analgésie est (heureusement) en parfaite adéquation avec l'intensité de la douleur. Dans le cas particulier des précordialgies et des traumatismes, l'intensité de la douleur peut être considérée comme un « marqueur » de gravité.

## Recherche clinique - Douleur liée aux soins

### P-71 : PREVENTION DE LA DOULEUR DU SOIGNANT LORS DE LA MANUTENTION DU PATIENT HEMIPLEGIQUE

*P.Saxe<sup>(1)</sup>, T.Bach<sup>(1)</sup>, D.Dimeck<sup>(1)</sup>, P.Huillet<sup>(1)</sup>, B.Maria<sup>(1)</sup>, P. Burlot<sup>(1)</sup>*

(1) ORSAC Mont-Fleuri Centre de Médecine Physique et de Réadaptation Fonctionnelle, Grasse, France

Une proportion importante des causes de maladies professionnelles est due aux troubles musculo-squelettiques. Les arrêts de travail associés ont une influence financière et une conséquence sur la vie psychologique, familiale et sociale. Les muscles impliqués dans la manutention dépendent des postures que le soignant adopte. En fonction de celles-ci, la répartition des charges est différente et la sollicitation des muscles s'en voit modifiée. Les douleurs les plus souvent répertoriées par les soignants lors de leur travail se situent au niveau du dos et des épaules. Le dos est un outil de travail indispensable pour les soignants. Objectif de cette étude: prévenir les rachialgies des soignants.

L'étude a été réalisée via l'analyse des audits sur la prise en charge (PEC) de la douleur de 70 soignants en observant leurs gestes, postures et comportements lors de 4 types de manutention: - Redressement couché/assis -Rehaussement au lit -Transfert lit/fauteuil -Assis au bord du lit/couché

le «Transfert lit/fauteuil» obtient le meilleur taux avec 75,6% de conformité; celle présentant les résultats les moins satisfaisants est le «Redressement couché/assis» avec 59,9% de gestes et postures corrects, ce qui nécessite en priorité des actions d'améliorations. Nous relevons également une grande dispersion entre les différents gestes/postures/critères: ceux qui concernent uniquement la protection contre la «douleur propre» des soignants sont mal respectés, au contraire, ceux qui influencent la sécurité des patients sont bien respectés.

Les soignants pensent souvent à la PEC de la douleur des patients, et oublient la PEC de leur propre douleur. Actions d'amélioration: renouveler et évaluer les formations «gestes/postures» plus fréquemment et insister sur les gestes et postures qui visent à la sécurité des soignants. Renouveler les audits spécifiques sur les points à améliorer et ajouter un critère d'évaluation sur la participation aux formations «gestes/postures». Réaliser des affichages, des consignes de sécurité concernant aussi la sécurité des soignants.

## Recherche clinique - Céphalées

### P-72 : Traduction et validation française du PedMIDAS

*R. Amouroux<sup>(1)</sup>, M.Pillant<sup>(2)</sup>, C.Rousseau<sup>(2)</sup>, J.Antonietti<sup>(3)</sup>, D.Annequin<sup>(2)</sup>*

(1) Université de Lausanne, Lausanne, Suisse, (2) APHP, Paris, France, (3) UNIL, Lausanne, Suisse

Le PedMIDAS est le principal outil d'évaluation de l'impact fonctionnel des céphalées chez l'enfant et l'adolescent. L'objectif de ce travail est de présenter la traduction et la validation française de cette échelle psychométrique qui comprend 6 items portant principalement sur le retentissement scolaire et le retentissement à la maison des céphalées.

Une série de nouveaux patients consultants pour des céphalées au Centre de la Migraine de l'Enfant et de l'Adolescent de l'hôpital Armand Trousseau à Paris ont été évalués de la manière suivante : lors d'une première évaluation, ils ont rempli un questionnaire spécifique d'évaluation des céphalées, le PedMIDAS, un questionnaire de qualité de vie (VSP), et un questionnaire généraliste de psychopathologie (SDQ). Un mois plus tard, lors de la deuxième évaluation, ils ont rempli à nouveau le PedMIDAS.

Soixante-treize patients ont été inclus dans cette étude. Ils étaient âgés de 10 à 17 ans et de sexe majoritairement féminin (63%). Les résultats de ce travail seront présentés en détail lors du 15e congrès de la SFETD à Nantes.

La validation du PedMIDAS devrait permettre de fournir un outil de référence aux cliniciens francophones qui travaillent dans le champs des céphalées de l'enfant et de l'adolescent.

## Recherche clinique - Enfants

### **P-74 : Impact d'un programme basé sur la musique (le Doudou Musical) sur l'anxiété et la douleur péri opératoire chez l'enfant**

*M. Cartal<sup>(1)</sup>, F.Pasquier<sup>(2)</sup>, B.Benevent<sup>(2)</sup>, C.Corberand<sup>(2)</sup>, F.Kerambrun<sup>(2)</sup>, A.Ego<sup>(2)</sup>, P.Albaladejo<sup>(2)</sup>*

(1) Hôpital Couple Enfant , Grenoble cedex 9, France, (2) CHU, Grenoble, France

Mesurer l'impact de l'introduction dans le service de chirurgie pédiatrique de l'hôpital Couple Enfant de Grenoble du "doudou musical" sur l'anxiété péri opératoire, la douleur post opératoire, ainsi que sur le confort péri opératoire, le réconfort, le lien, et la récupération postopératoire.

Etude observationnelle prospective, monocentrique, comparative, avant/après, réalisée à l'Hôpital Couple Enfant du CHU de Grenoble. Accord CECIC le 9/12/14 -Tableur excel, logiciel r2web, biostatgv 40 patients inclus (20 cas témoins, 20 cas avec doudou musical) âgés de 4 à 10 ans. Hospitalisation et intervention chirurgicale en urgence (absence de prémédication médicamenteuse anxiolytique) Doudou : enveloppe en tissu renfermant un dispositif permettant la diffusion de la musique et de l'onde sonore (baladeur numérique et enceinte) aux normes européennes de sécurité. Playlist de 10 heures réalisée par l'association Musicamed. Evaluation (à l'admission, en salle de transfert du bloc opératoire, en salle de réveil, dans le service d'hospitalisation post opératoire) : Echelle d'anxiété : mYPAS (the modified Yale Preoperative Anxiety Scale), Echelle de douleur : échelle des Visages (FPS-R Face Pain Scale – revised), administration d'antalgiques, questionnaire satisfaction enfants/parents/soignants.

- Caractéristiques démographiques identiques dans les deux groupes - Diminution (-15% ) de l'anxiété dans le groupe avec doudou musical, statistiquement significatif en salle de surveillance post interventionnelle (P<0,05) - Diminution de la douleur et de l'administration d'antalgiques de paliers 3 (statistiquement non significatif) - 100% de parents et d'enfants satisfaits. - Relevé satisfaction soignants en cours d'analyse

Plusieurs études sur les changements de comportement en postopératoire chez les enfants ont retrouvé une forte relation entre l'anxiété préopératoire, l'agitation à l'induction anesthésique et les troubles du comportement en postopératoire. Les médicaments sédatifs administrés en pré opératoires peuvent avoir des effets indésirables graves et être responsables de troubles du comportement. Les techniques non pharmacologiques sont de plus en plus utilisées chez l'enfant pour la prise en charge de la douleur et pour diminuer l'anxiété (distraction, hypnose, musique). Plusieurs études et revues de la littérature récentes rapportent un effet positif de la musique sur l'anxiété et la douleur chez l'enfant. L'application d'une séance de musicothérapie par des thérapeutes spécialisés est contraignantes et n'est pas adaptée à la gestion d'un fort flux de patient. Les stimulations sonores diffusées au travers un support attractif et immédiatement disponible pour l'enfant (le "doudou musical") sont bénéfiques pour l'enfant en terme de diminution d'anxiété et de douleur.

## Recherche clinique - Autres

### **P-78 : Prise en charge spécifique de la douleur chez des femmes atteintes d'endométriose suivie dans un centre de référence, sur 2 ans.**

*D. Lhuillery<sup>(1)</sup>, E.Petit<sup>(2)</sup>, E.Petit<sup>(2)</sup>, E.Sauvanet<sup>(2)</sup>, J.Loriau<sup>(2)</sup>*

(1) Clinique Saint Jean de Dieu, Paris, France, (2) Hopital Saint Joseph, Paris 14, France

Évaluation sur 30 mois de la prise en charge spécifique de la douleur de patientes algiques, atteintes d'endométriose, opérées ou non, par un médecin spécialiste algologue.

Cette étude concerne des patientes algiques en lien avec une endométriose opérée ou non, suivies et adressées par le centre de l'endométriose de l'hôpital St Joseph. Les critères d'évaluation seront l'amélioration de la douleur et sa quantification en pourcentage ainsi que les traitements proposés.

Etude sur 109 patientes, dont 58 (53,7%) opérée pour endométriose, 100% décrivent des douleurs de mécanisme neuropathique. Les traitements de fond proposés sont un anticonvulsivant (67%) ou un antidépresseur à visée antalgique (33%). Les traitements de la crise sont soit une association tramadol-paracétamol (60,5%), soit Paracétamol (17,4%), soit Ibuprofen (4,7%) ou aucun (17,4%) par refus des patientes. Le pourcentage de diminution de la douleur, entre la première et la dernière consultation, est de 69% en moyenne. 95 patientes (87,2%) décrivent une amélioration dont 74 patientes (67,9%) ont une réduction de leur douleur de 60 à 100% et 21 patientes (19,2%) de 30 à 50%. Ainsi 70% des patientes ayant consulté, sont améliorées à près de 80% en moyenne. 73% des patientes prenant un antidépresseur à visée antalgique ont une diminution de douleur de 60% et plus, versus 65% avec un anticonvulsivant.

Ainsi, 70% des femmes consultant, évaluent à près de 80% leur amélioration. Cette étude démontre l'intérêt d'une consultation spécifique "douleur" dans la prise en charge de l'endométriose.

## Recherche clinique - Autres

### P-79 : CLUD : points communs et divergences

*K. Milojevic<sup>(1)</sup>, A. Queffelec<sup>(1)</sup>, C. Jolly<sup>(2)</sup>, P. Tajfel<sup>(3)</sup>, I. Metzger<sup>(1)</sup>, M. Desrues<sup>(1)</sup>, A. Martin<sup>(4)</sup>, S. Monnier<sup>(1)</sup>*

(1) Centre Hospitalier de Versailles, Le Chesnay, France, (2) Centre Hospitalier Intercommunal Poissy Saint-Germain, Poissy, France, (3) Hôpital de la Porte Verte, Versailles, France, (4) Centre Hospitalier Intercommunal de Meulan Les Mureaux, Meulan, France

Les établissements de santé ont (quasiment) tous un comité de lutte contre la douleur (CLUD). La mission des CLUD est vaste, les moyens d'atteindre les objectifs diffèrent. Nous avons souhaité dresser un tableau descriptif et comparatif du mode de fonctionnement des CLUD en pointant les principales similitudes et différences.

Enquête (type sondage), incluant 25 CLUD en France. Recensement du nombre et du type de réunions, des sujets abordés lors des réunions, des souhaits et des difficultés rencontrées. Nombre annuel de réunion : Séances plénières 0 ou 1 = 40% des CLUD, 2 = 48%, 3 ou plus = 12%. Groupe de travail 0 = 60%, 1 ou 2 = 8%, 3 ou plus = 32%. Autres réunions (hors action de formation) 0 = 48% des CLUD, 1 = 32%, 2 ou plus = 20%. Les séances plénières tournaient majoritairement autour de quatre thèmes : protocoles d'analgésie, dolovigilance, actions de formation, qualité (ces quatre points couvraient 60% des ordres du jour). Les groupes de travaux (lorsqu'ils existaient) rassemblaient de nombreux thèmes, les trois sujets les plus partagés étaient l'analgésie procédurale, l'actualisation des protocoles et la mise en forme de questionnaires de satisfaction des patients (ces trois points constituaient l'objectif de 35% des groupes de travaux). Les trois principales difficultés citées (50 à 75% des CLUD) étaient : manque de moyen en temps et personnel, défaut de participation des incontournables (anesthésistes, pédiatres, cadres, administratifs) et obligation morale d'ingérence sans légitimité reconnue.

Nombre annuel de réunions : Séances plénières 0 ou 1 = 40% des CLUD, 2 = 48%, 3 ou plus = 12%. Groupe de travail 0 = 60%, 1 ou 2 = 8%, 3 ou plus = 32%. Autres réunions (hors action de formation) 0 = 48% des CLUD, 1 = 32%, 2 ou plus = 20%. Les séances plénières tournaient majoritairement autour de quatre thèmes : protocoles d'analgésie, dolovigilance, actions de formation, qualité (ces quatre points couvraient 60% des ordres du jour). Les groupes de travaux (lorsqu'ils existaient) rassemblaient de nombreux thèmes, les trois sujets les plus partagés étaient l'analgésie procédurale, l'actualisation des protocoles et la mise en forme de questionnaires de satisfaction des patients (ces trois points constituaient l'objectif de 35% des groupes de travaux). Les trois principales difficultés citées (50 à 75% des CLUD) étaient : manque de moyen en temps et personnel, défaut de participation des incontournables (anesthésistes, pédiatres, cadres, administratifs) et obligation morale d'ingérence sans légitimité reconnue.

Les CLUD diffèrent beaucoup concernant la typologie et la périodicité des réunions, mais les objectifs poursuivis et les obstacles rencontrés sur la route sont largement partagés. Les rassemblements inter-CLUD et les liens entre CLUD et SFETD ont un avenir.

## Recherche clinique - Psychologie

### **P-80 : Intérêt des thérapies de relaxation et sophrologie chez des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde, dans le contrôle de la douleur, de la fatigue et dans la représentation de la maladie**

*N. Baste<sup>(1)</sup>, B.Pallot-prades<sup>(2)</sup>*

(1) CETD Saint-Etienne, Saint-Etienne, France, (2) CHU Saint-Etienne, Saint-Etienne, France

Objectif théorico-clinique : Développer et évaluer les thérapies de relaxation et sophrologie pour des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) Objectif clinique : En tant que maladie chronique et douloureuse avec d'importants impacts somatiques, psychologiques, sociaux et professionnels nous permettons un apprentissage de la relaxation et offrons un temps de parole et d'information.

Personnes souffrant de PR depuis plus de 6 mois, bénéficiant d'éducation thérapeutique au CETD. L'étude s'est déroulée sur trois ans. Les séances de deux heures ont eu lieu dans une salle dédiée, toutes les deux semaines. Chaque personne bénéficie de dix séances. Sophrologie et Training Autogène de Schultz Sophronisation de base Relaxation dynamique des 1<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup> degré Sophro-Acceptation-Progressive Sophro-Substitution-Sensorielle Sophro-Déplacement du Négatif.

Les résultats portent sur les 45 patients qui ont terminé le programme 39 femmes et 6 hommes. (45 /45 ont pu être évalués à j90. 42 /45 ont été évalués à j180. En moyenne les patients ont suivi 9 séances sur 10. La participation au dispositif a permis d'améliorer légèrement le score HAD, visible d'un point de vue clinique mais pas statistiquement significatif HAD : J0 = 21,1 +/- 7,1 J90 = 18,5 +/- 9,3 J 180 = 18,1 +/- 8,6 21 patients ont décrits une amélioration de l'EVA d'au moins 15% 21 patients n'ont décrit aucune amélioration des douleurs mais 14 d'entre eux décrivaient un retentissement moindre des douleurs 3 patients ont décrits une aggravation des douleurs. Cependant nous notons une appropriation des exercices par eux-mêmes. Ceci a permis une amélioration des capacités physiques avec une meilleure gestion de la douleur et de la fatigue EVA : J0 : 8,6 +/- 1,4 J90 : 8,1 +/- 1,1 J 180 : 7,9 +/- 1,2.

Dans la PR, la double approche somato-psychique et pluri-professionnelle (médecins, psychologues, paramédicaux en éducation thérapeutique) est intéressante car elle vient questionner le clivage entre un corps douloureux et une parole qui crie sa souffrance.

## Recherche clinique - Autres

### P-81 : Quand les mots de Daudet viennent nous aider à mieux voir les maux.

*C. De solms<sup>(1)</sup>, J.Neau<sup>(2)</sup>, V.Minicac<sup>(2)</sup>, C.Houery<sup>(2)</sup>, S.Rosello<sup>(2)</sup>*

(1) EPSM Jean-Martin CHARCOT, Caudan, France, (2) Centre Hospitalier Bretagne Sud, Lorient, France

Ce travail est un report de cas clinique d'un patient atteint de démence syphilitique évoluée avec aggravation des troubles du comportement en lien avec la douleur. Au delà de ce cas, l'objectif est d'avoir un regard sur l'évaluation de la douleur neuropathique (DN) à travers les douleurs de tabès vécues et décrites par Alphonse Daudet.

Report de cas clinique Analyse du recueil La Doulou d'Alphonse Daudet :

Chez un patient atteint de démence une modification des troubles du comportement peut avoir plusieurs origines : la douleur en est une cause et peut être diagnostiquée par les échelles d'hétéro-évaluation. L'origine neuropathique de la douleur n'est pas décelable chez le patient non communiquant, le score de dépistage DN4 nécessitant une communication entre patient et évaluateur. Reste au praticien le contexte clinique. Chez ce patient hospitalisé en psychiatrie depuis plusieurs années pour syndrome délirant et démentiel en lien avec une syphilis tertiaire, les troubles du comportements se sont révélés être en rapport avec des DN. Ce travail montrera comment l'intervention d'une équipe mobile de soins palliatifs au sein de l'hôpital psychiatrique, avec l'appui d'une unité mobile douleur pourra permettre une prise en charge adaptée. Plus de cent ans avant la parution du score DN4, nous verrons avec quel talent littéraire Daudet a pu nous transmettre ses souffrances qui l'ont hanté plus de 10 ans. Nous montrerons comment ses mots confirment la positivité de son score DN4.

Les maux vécus par nos patients leurs sont propres et leur expression variable. La DN est souvent décrite en des termes riches et imagés. Lorsque la communication est rompue, le patient ne dispose que des réactions comportementales et émotionnelles face à cette douleur. « Pas d'idée générale sur la douleur. Chaque patient fait la sienne, et le mal varie, comme la voix du chanteur, selon l'acoustique de la salle. » A.Daudet 1895.

## Recherche clinique - Enfants

### **P-87 : Validation de la version française de l'échelle de peur de la douleur chez les enfants et adolescents douloureux chroniques**

*E. Lozes<sup>(1)</sup>*

(1) CHU Limoges, Limoges, France

L'objectif de notre étude est la validation française de l'échelle américaine de peur de la douleur chez les enfants et adolescents atteints de douleur chronique.

Notre étude est une étude épidémiologique observationnelle prospective multicentrique (Limoges et Brive) réalisée entre avril et novembre 2014, avec inclusion des enfants de 8 à 19 ans et leur parent lors de consultations pour douleur chronique. Nous avons réalisé l'évaluation à l'inclusion et à 1 mois du niveau de peur de la douleur via des questionnaires et des niveaux de douleur et d'incapacité fonctionnelle.

100 enfants et leur parent ont été inclus. Les questionnaires ont une bonne cohérence interne avec des coefficients alpha de Cronbach à 0.83 (version enfant) et 0.87 (version parent). Le niveau de peur de la douleur est en lien de manière significative avec le niveau de douleur ( $p=0.04$ ), l'incapacité fonctionnelle ( $p<0.01$ ) et les nombres de consultations médicales ( $p=0.03$ ) et de consultations aux urgences ( $p<0.01$ ), et ceci d'autant plus que l'enfant est de sexe masculin et est âgé de 13 à 19 ans. On constate une diminution significative des scores de peur de la douleur et du niveau de douleur à 1 mois avec une diminution de l'incapacité fonctionnelle en lien avec l'ajout de traitements médicamenteux ( $p=0.08$ ) et une diminution du niveau de douleur en lien avec l'ajout de traitements non médicamenteux ( $p=0.08$ ).

Nous avons validé la version française de l'échelle pédiatrique de peur de la douleur, chez les enfants et adolescents de plus de 8 ans, douloureux chroniques.

## Recherche clinique - Céphalées

### **P-88 : Efficacité d'un nouveau protocole d'injection de toxine botulique A dans la migraine chronique, centré sur les sites péricrâniens de douleur myofasciale**

*D. Ranoux<sup>(1)</sup>, F.Caire<sup>(1)</sup>, L.Magy<sup>(1)</sup>*

(1) CHU Limoges, Limoges, France

L'OnabotulinumtoxinA (OnaBontA, Botox®) a montré son efficacité dans le traitement de la migraine chronique (MC) en réduisant significativement le nombre de jours avec céphalées. Le protocole d'injection le plus couramment utilisé comporte de multiples points d'injection péricrâniens (31), avec de petites doses par point (5U). L'objectif de cette étude est d'évaluer l'efficacité d'un nouveau schéma d'injection d'OnaBontA dans la migraine chronique, visant les sites péricrâniens de douleur myofasciale qui ont été identifiés dans la littérature chez les migraineux chroniques

Etude pilote, prospective, en ouvert. Nous avons inclus 16 patients consécutifs remplissant les critères de MC, et rebelles à tous les traitements conventionnels. Les patients étaient injectés selon un pattern « follow-the-pain » dans les muscles corrugator et/ou temporaux et/ou trapèze. Les doses par muscle étaient fixes. Selon le nombre de muscles injectés, la dose pouvait varier de 70 à 150 U de Botox® par session. Les patients étaient considérés comme répondeurs s'ils avaient une diminution  $\geq$  50% du nombre de jours avec céphalées lors de 2 séances d'injection consécutives.

Treize patients (81,2%) étaient répondeurs. Parmi les 11 patients abuseurs médicamenteux, 9 ont pu diminuer spectaculairement (>70%) leur consommation de traitement de crise. De plus, les patients répondeurs retrouvaient une efficacité normale des triptans sur les crises résiduelles. Tous les répondeurs avaient une douleur cervicale à l'examen, ou des symptômes cervicaux pendant ou entre les crises de migraines, versus aucun patient dans le groupe des non-répondeurs ( $p=0.002$ ). Le trapèze était le muscle le plus fréquemment injecté. Nous n'avons observé aucun effet secondaire significatif.

Nous proposons un protocole d'injection efficace, reproductible, restreint à quelques sites de douleur myofasciale. Nos résultats offrent en outre une explication satisfaisante à l'efficacité de l'OnaBontA dans la MC.

## Recherche clinique - Douleurs neuropathiques

### **P-89 : UTILISATION DU QUTENZA DANS LES DOULEURS PERINEALES CHRONIQUES : A Propos d'un cas clinique**

*C. Baude<sup>(1)</sup>*

(1) Clinique Mutualiste, Lyon, France

Le QUTENZA, patch de capsaïcine à 8%, est un traitement indiqué dans la prise en charge des douleurs neuropathiques périphériques non diabétiques. Le principal effet négatif de ce traitement est une sensation de brûlure type « coup de soleil » liée à l'application du patch, pouvant durer quelques jours. Une étude nantaise récente a montré une bonne tolérance du QUTENZA sur le périnée avec application de glace.

Nous rapportant le cas d'une patiente de 31 ans présentant une douleur périnéale chronique gauche depuis 2 ans. On retrouve dans ses antécédents des lombalgies anciennes et un herpès périnéal gauche récurrent depuis plusieurs années. Il s'agit d'une douleur neuropathique typique avec une EVA moyenne de 70 mm, DNA 7 /10 et un NPSI à 32 sans aucun critères de névralgie pudendale canalaire. Elle consulte notre centre de la douleur car son traitement en cours (prégabaline 200 mg/j et duloxétine 30 mg /j) n'est pas efficace. On pense à une douleur post zostérienne périnéal gauche et on propose un patch de QUTENZA périnéal gauche avec application de froid avant, pendant et après.

Après 2 applications espacées de 2 mois la patiente a pu arrêté son traitement et sa douleur neuropathique s'est très nettement améliorée au niveau de l'EVA du DN4 et du NPSI.

Ce cas clinique confirme la possibilité d'utiliser avec efficacité le QUTENZA dans le cadre des douleurs neuropathiques périphériques rebelles périnéales.

## Recherche clinique - Douleur et cancer

### **P-90 : Intérêt de l'ostéopathie dans la prise en charge pluridisciplinaire des polyalgies imputables aux anti-aromatases. Etude clinique randomisée contre placebo sur 14 patientes.**

*T. Matthew<sup>(1)</sup>, S. Robard<sup>(2)</sup>, M. Léa<sup>(3)</sup>, B. Henri Ricardo<sup>(4)</sup>*

(1) Cabinet libéral, Rezé, France, (2) ICO René Gauducheau, Orvault, France, (3) Cabinet libéral, Nantes, France, (4) Biostatisticien, Nantes, France

Les polyalgies iatrogènes liées à la prise d'anti-aromatases sont fréquentes et ont un retentissement parfois majeur sur la qualité de vie des patientes. Elles peuvent également engendrer une perte de compliance voir une interruption du traitement. Les traitements classiques peinent à juguler le phénomène. Nous avons donc voulu savoir si l'ostéopathie pouvait faire partie d'une réponse thérapeutique efficace.

Les patientes étaient recrutées par les algologues de l'ICO- René Gauducheau lors de consultations. Une attention particulière était portée à l'absence de localisation secondaire, notamment osseuse ou autres pathologies ostéo-articulaires. Les patientes étaient affectées aléatoirement au groupe traité ou au groupe recevant un traitement placebo. Chaque patiente était vue deux fois en consultation, à deux semaines d'intervalle. La période d'évaluation était de quatre mois durant laquelle les traitements antalgiques restaient inchangés. Les traitements ostéopathiques utilisés étaient exclusivement doux (non manipulatifs). L'évaluation de la douleur et son retentissement sur le comportement quotidien et le moral ont été mesurés, entre autres, par des échelles numériques. Les données obtenues ont été traitées par un biostatisticien.

On observe une diminution globale de la douleur chez les patientes recevant le traitement ostéopathique et un retentissement positif sur la qualité de vie. Notamment une diminution des douleurs habituelles entre la 1<sup>er</sup> et la 2<sup>nd</sup> consultation ( $p=0,01$ ).

Les résultats de cette étude suggèrent un bénéfice clinique de l'ostéopathie sur les douleurs et la qualité de vie des patientes. Le format du protocole semble pertinent notamment sur l'aveuglement des patientes pour lesquelles l'auto évaluation prouve leur méconnaissance continue, quant à leur groupe d'affectation. Il semblerait intéressant d'encourager d'autres études similaires en cherchant à augmenter les effectifs, pour confirmer ces premiers résultats encourageants.

## Recherche clinique - Douleurs neuropathiques

### P-91 : Pertinence du bilan métabolique des patients douloureux

*F. Arndt<sup>(1)</sup>, S. Augustin<sup>(1)</sup>, C. Arndt<sup>(1)</sup>, G. Cozon<sup>(2)</sup>, B. Charbit<sup>(1)</sup>, R. Garnotel<sup>(1)</sup>*

(1) CHU Reims, Reims, France, (2) CHU de Lyon, Lyon, France

Un patient douloureux chronique nécessite une prise en charge globale multidisciplinaire qui englobe outre le traitement pharmacologique une approche qui prend en compte les éléments de la statique et de l'émotionnel du patient. L'objectif de ce travail est d'évaluer la part métabolique de cette approche globale.

Cette étude prospective rapporte les résultats du bilan métabolique chez les patients consécutifs se présentant pour une première consultation du centre de la douleur du CHU de Reims entre le 1er décembre 2013 et le 1er avril 2015. Le bilan étudié comporte l'analyse du métabolisme glucidique (hyperglycémie provoquée par voie orale avec dosage de l'insulinémie sur 3 heures, avec calcul de l'Homa test) et un élément du métabolisme énergétique par le dosage de la carnitine. Les questionnaires SF36, FIQ ont été évalués de façon systématique. Les différents scores obtenus aux questionnaires ont été comparés entre deux groupes de patients avec ou sans anomalies métaboliques au moyen d'un test non paramétrique de Mann Whitney.

Sur la période considérée, 155 patients ont pu être analysés. Les paramètres de l'hyperglycémie provoquée par voie orale sont perturbés dans 50% des cas : On observe un hyperinsulinisme au temps précoce (T 60 min) chez 53 patients sur 120 dosages, l'HOMA Test est supérieur à 2,25 chez 53 patients sur 102 calculés. Le taux de carnitine est bas chez 49 patients sur 146 dosages effectifs. Les indicateurs de qualité de vie liés au SF36 (douleur physique 34,9+/-18,1 vs 28,6+/-16,2; p=0,0045) et le FIQ (58,5+/-16,9 vs 64,2+/-17,3; p=0,0497) se dégradent significativement avec l'altération de l'HOMA test. L'insulinémie élevée dans le cadre de l'hyperglycémie provoquée par voie orale à T 60 min (MW p=0,008) est significative liée au FIQ. Par contre le taux de carnitine n'est pas lié à une altération de ces indicateurs.

Même si plusieurs marqueurs biologiques sont perturbés, c'est l'altération du métabolisme glucidique en dehors de toute pathologie diabétique qui semble impliquée dans la gravité de la douleur chronique (FIQ et SF36).

## Recherche clinique - Céphalées

### **P-92 : Toxine botulique et migraine chronique : hypothèses sur son mode d'action et sur la physiopathologie de la chronicisation de la migraine. Implications thérapeutiques.**

*D. Ranoux<sup>(1)</sup>, F.Caire<sup>(1)</sup>, L.Magy<sup>(1)</sup>*

(1) CHU Limoges, Limoges, France

La migraine est une pathologie complexe dans laquelle l'activation du système trigéminovasculaire joue un rôle-clé. Quant à la chronicisation de la migraine, c'est un phénomène désormais reconnu, mais dont la pathogénie demeure mal comprise. Il est établi que les migraines chroniques (MC) s'accompagnent fréquemment de syndrômes myofasciaux péricrâniens, essentiellement au niveau des muscles corrugator, trapèze et temporaux.

Nous avons montré (données soumises pour publication) que la toxine botulique (TB) de type A, administrée spécifiquement dans ces muscles, pouvait non seulement diminuer la douleur locale liée aux syndrômes myofasciaux (particulièrement au niveau des trapèzes), mais aussi diminuer spectaculairement la fréquence des crises de migraine.

Nous proposons que la TB pourrait agir dans la MC en agissant via un effet sur les syndrômes myofasciaux péricrâniens. A cet effet périphérique s'ajouterait chez la plupart des patients un effet central, qu'il soit indirect (réduction de l'input nociceptif à destination du noyau trigéminal) ou direct (par transport antérograde), permettant une diminution très significative du nombre de crises migraineuses. Ainsi, nos résultats suggèrent que le développement de syndrômes myofasciaux péricrâniens, particulièrement au niveau du trapèze, pourrait être un facteur majeur de chronicisation des migraines : - en contribuant à la céphalée par une douleur surajoutée, de nature non-migraineuse et donc non-sensible aux triptans. - en augmentant l'input nociceptif sur le système trigémino-vasculaire, favorisant de nouvelles crises migraineuses qui à leur tour favorisent la pérennisation des syndrômes myofasciaux, créant ainsi un « cercle vicieux » que la TB permet de rompre.

Nous proposons plusieurs mesures thérapeutiques susceptibles de prévenir la constitution de ces syndromes myofasciaux (éducation du patient à un traitement rigoureux de toutes les crises migraineuses, kinésithérapie, activité sportive adaptée...).

## Recherche clinique - Douleur liée aux soins

### P-93 : Soins infirmiers à domicile : enquête de terrain DOLASI

*P. Cimerman<sup>(1)</sup>, K.Malacarne<sup>(2)</sup>, A.Manoliu<sup>(2)</sup>, F.Maillard<sup>(1)</sup>*

(1) Hôpital Trousseau CNRD, Paris, France, (2) Cabinet ASI (Action, Soins Infirmiers), Paris, France

Les infirmiers libéraux sont souvent confrontés dans leur quotidien à pratiquer des actes douloureux et n'ont pas forcément à disposition les moyens thérapeutiques. Le cabinet Actions Soins Infirmiers (ASI) prend en charge chaque jour environ 700 patients. L'objectif de l'étude était de réaliser un état des lieux des soins réalisés à domicile.

Il s'agissait d'une étude descriptive, prospective réalisée chez des patients habituellement pris en charge à domicile par l'infirmier exécutant les soins. Une fiche spécifique avait été élaborée recueillant les caractéristiques du patient, ses traitements antalgiques, la nature du soin, et les scores de douleur. La douleur était évaluée avec l'échelle Numérique (0-10) ou l'échelle ALGOPLUS© (0 à 5).

L'étude s'est déroulée d'avril à mai 2014. Cent-quatorze patients ont été inclus dont 71 femmes (62,3%), dans six arrondissements parisiens. Au total, 299 gestes ont été analysés. Les 5 actes les plus fréquents, par ordre décroissant, étaient : les ponctions capillaires (16,4%), les toilettes au lavabo ou à la douche (15,7%), les injections sous-cutanées (13,7%), les pansements (9,4%), la mise en place ou le retrait de bas de contention (5,7%). La durée moyenne (DS ; extrêmes) des gestes était de 8,7 (7,1 ; 1-30) minutes. L'échelle numérique a été utilisée pour 65,6 % des gestes (n=196), avec un score moyen de 1,32. L'échelle ALGOPLUS© a été utilisée pour 33,8% des gestes (n=101), avec un score moyen de 1,36. Les pansements (ulcères, escarres, méchages) et les toilettes étaient les plus douloureux (EN ≥ 6, ALGOPLUS© ≥ 4). Trente-quatre soins (11,4%) ont été effectués avec une analgésie.

Il est essentiel de connaître l'épidémiologie des soins douloureux à domicile et d'améliorer les prescriptions analgésiques pour certains actes, pour optimiser la qualité des soins prodigués.

## Recherche clinique - Enfants

### **P-94 : Prise en charge multidisciplinaire des enfants douloureux chroniques au Centre de Rééducation Fonctionnelle Marc Sautelet : état des lieux et perspectives**

*N. Roessler<sup>(1)</sup>, J.Avez-Couturier<sup>(1)</sup>*

(1) CHRU Lille, Lille, France

La douleur chronique concerne 15 à 30% des enfants et a un retentissement important. Afin de prendre en compte son modèle biopsychosocial, un traitement multidisciplinaire semble le plus adapté. Des études étrangères montrent une efficacité de ce traitement dans des centres étrangers, mais il n'existe aucune étude française. L'objectif de cette étude était de décrire la prise en charge multidisciplinaire de la douleur chronique dans un centre de rééducation fonctionnelle pédiatrique français et ses résultats.

Cette étude rétrospective consistait en une revue de dossiers. Nous recueillions les modalités de prise en charge, ainsi que les résultats du traitement pour le critère principal composite de douleur et de son retentissement fonctionnel et scolaire.

Vingt-neuf patients de 9.4 à 17.8 ans, dont 62.1% de filles, étaient hospitalisés pour douleur chronique avec retentissement important entre 2010 et 2014 (hospitalisation de semaine 65.5% et de jour 34.5%). Les hospitalisations s'étendaient de 1 à 68 semaines. Les enfants recevaient un traitement associant suivi médical, kinésithérapie, ergothérapie, prise en charge psychologique, pharmacothérapie et scolarité. La douleur était améliorée chez 89.7% des patients (IC95 [0.73-0.98]) et la consommation médicamenteuse diminuait dans 72.4% des cas (IC95 [0.53-0.87]). La reprise de la marche était possible dans 91.7% des cas (IC95 [0.73-0.99]) et 86.4% des patients avaient recommencé l'école à plein temps (IC95 [0.65-0.97]). Il n'y avait pas de différence significative selon que les enfants avaient été pris en charge en hospitalisation de jour ou de semaine.

Le traitement multidisciplinaire de la douleur chronique de l'enfant au CRF Marc Sautelet a une efficacité comparable à celle des programmes décrits à l'étranger. Cette prise en charge gagnerait à être encadrée par des évaluations standardisées incluant la mesure du retentissement de la douleur par des échelles validées, telles que le FDI.

## Recherche clinique - Douleurs neuropathiques

### P-95 : La Methadone peut-elle être un traitement des douleurs chroniques rebelles?

*S. Pugliese<sup>(1)</sup>, C. Chauffour-ader<sup>(1)</sup>, A. Marcerou<sup>(1)</sup>, M. Tourenq<sup>(1)</sup>, V. Comparin<sup>(1)</sup>, H. Lamari<sup>(1)</sup>*

(1) Hôpital J Ducuing, Toulouse, France

Nous allons étudier, au travers de 2 cas cliniques, l'intérêt et les modalités d'une prescription de Methadone, hors AMM, pour la prise en charge de douleurs chroniques rebelles. Les deux patients sont deux adultes jeunes présentant des séquelles chirurgicales différentes, sans antécédents de toxicomanie. Nous envisagerons leur ressenti vis à vis de cette prescription.

Nous avons retenu les items suivants, que nous présentons sous la forme d'un tableau: -Étiologie des douleurs -Traitements précédents, résultats et effets secondaires -Prises en charge non médicamenteuses associées -Suivi psychologique associé -Indications de la Methadone (antalgie-addiction) -Information du Médecin du contrôle médical de la CPAM -Protocole utilisé pour la mise en place de Methadone -Posologies utilisées -Résultats antalgiques -Modification de posologie, cause et résultats -Résultat clinique après 3 ans, perspectives -Ressenti du patient au moment de la prescription initiale et avec le recul de 3 ans

Le relais vers de la Méthadone a permis une stabilisation du traitement, une meilleure antalgie dans les 2 cas. Les deux patients ont pu reprendre une activité professionnelle. Au travers de ces cas cliniques nous souhaitons mettre l'accent sur l'intérêt de la Méthadone dans cette indication de douleurs réfractaires, chez des patients ayant déjà bénéficié de nombreux traitements antalgiques de tous types. Ces deux patients avaient eu une réponse antalgique positive aux morphiniques. Nous avons pu dans les deux cas diminuer puis arrêter les traitements associés qui étaient pourvoyeurs d'effets secondaires majeurs. Le ressenti des patients est particulièrement intéressant, ne permettant pas de banaliser cette prescription.

Nous souhaitons mettre l'accent sur 3 points: -les indications de ce passage vers la Méthadone -la stabilité du résultat antalgique avec un recul de 3 ans en moyenne, avec une amélioration objective et ressentie par le patient de la qualité de vie -le vécu de ces patients qui n'ont pas banalisé cette prescription Ces deux cas cliniques peuvent permettre d'ouvrir une discussion sur l'intérêt de la Méthadone dans la prise en charge de douleurs chroniques rebelles, mais sensibles aux traitements morphiniques.

## Recherche clinique - Autres

### **P-97 : Addictions opioïdo-induites dans les douleurs chroniques non cancéreuses : mise en place d'un groupe de travail**

*S. Rostaing*<sup>(1)</sup>

(1) Hôpital Saint-Antoine, Paris, France

Si le mésusage induit par les opioïdes forts est exceptionnel dans les douleurs du cancer, il est par contre plus fréquent dans les douleurs chroniques non cancéreuses depuis l'utilisation large des opioïdes. Depuis quelques années, nous observons des dérives allant de l'abus médicamenteux à l'addiction véritable. La publication imminente de nouvelles recommandations sur le bon usage des opioïdes dans les douleurs chroniques non cancéreuses avec un chapitre documenté sur la prévention du risque addictif, devrait en réduire l'incidence. En attendant les retombées, il semble indispensable de s'interroger sur la conduite à tenir face à un mésusage repéré.

Un questionnaire d'enquête (composé de 21 questions) a été envoyé en novembre 2014 par Sylvie Rostaing (via la SFETD) à 878 médecins membres de la SFETD, pour recueillir leur avis : 141 réponses ont été recueillies en trois semaines.

Le questionnaire confirme l'intérêt des algologues pour ce sujet : les médecins ayant répondu (principalement des PH titulaires temps plein exerçant en établissements de santé) sont confrontés au sevrage de patients présentant des addictions sous traitement opioïde fort : mensuellement pour certains, tous les 3 à 6 mois pour d'autres. Les pratiques sont différentes d'un établissement à l'autre en termes de partenariat avec les Unités d'addictologie. Lorsqu'un sevrage est décidé, les algologues utilisent des protocoles non validés. Les attentes des algologues : identifier les situations posant problème, faire une analyse de la littérature, établir une stratégie thérapeutique, travailler sur les modalités d'arrêt des opioïdes forts. Les médecins intéressés par une participation au groupe de travail étaient invités à se faire connaître : 33 médecins se sont manifestés.

La première réunion du groupe de travail a eu lieu le 27 mars 2015 à l'Hôpital Saint-Antoine à Paris ; ses objectifs : identifier les situations relevant d'un sevrage et proposer des principes généraux de prise en charge et des protocoles de sevrage.

## Recherche clinique - Douleur et cancer

### P-98 : Radiologie Interventionnelle pour la prise en charge des douleurs viscérales d'origine sympathique en cancérologie

C.Sabater<sup>(1)</sup>, B. Richioud<sup>(1)</sup>, E.Mavrovi<sup>(1)</sup>, G.Chvetzoff<sup>(1)</sup>

(1) Centre Léon Berard, Lyon, France

Préciser la place potentielle de la Radiologie Interventionnelle dans l'aide au traitement antalgique des douleurs viscérales d'origine cancéreuse: infiltrations et neurolyses des relais ganglionnaires sympathiques.

Le système nerveux sympathique végétatif est la voie de passage de l'influx douloureux entre les viscères et l'encéphale. Ses relais sont nombreux, dispersés sur toute la hauteur thoraco-abdomino-pelvienne, distribuant des fibres sensibles à tous les étages. Les douleurs viscérales d'origine cancérologiques empruntent ces chaînes sympathiques. Les relais classiques de l'information douloureuse sont de haut en bas - le relais sympathique T5 pour les douleurs d'origine oesophagienne - le plexus coeliaque et les plexus splanchniques pour les douleurs abdominales, plus particulièrement en rapport avec un cancer du pancréas ou une invasion ganglionnaire coélio-mésentérique - le plexus hypogastrique pour les douleurs pelviennes, notamment dans le cadre d'un cancer gynécologique - le ganglion impar pour les douleurs périnéales, plus particulièrement dans les cancers du rectum. Les techniques de Radiologie Interventionnelle permettent le positionnement d'aiguilles spécifiques au contact de ces relais sympathiques sous guidage scanner, et la réalisation de traitements locaux à visée antalgiques. Ces traitements percutanés peuvent être - L'infiltration par injection locale de corticoïdes et/ou d'anesthésiques locaux. Elle est souvent utilisée en tant que test diagnostique et thérapeutique. Elle peut néanmoins enclencher un processus de désensibilisation, permettant parfois un effet bénéfique prolongé. - La neurolyse par destruction physique du relais ganglionnaire concerné, permettant en théorie un effet antalgique prolongé, et qui peut être réalisée par - Alcoolisation (injection locale d'alcool pur) - Thermoablation par radiofréquence ou cryothérapie.

Lorsque l'indication bien posée, l'infiltration permet un bénéfice antalgique transitoire ou prolongé dans 2/3 des cas. Elle constitue un test diagnostique fiable pour anticiper l'effet potentiel sur le long terme d'une neurolyse. La neurolyse alcoolique a un effet antalgique significatif pour 60% des patients sur une durée moyenne de 4 mois, toutes localisations confondues. Les techniques de thermoablation, radiofréquence ou cryothérapie, sont en cours d'évaluation clinique.

Nous proposons dans ce poster une revue des indications de procédures de Radiologie Interventionnelle à visée antalgique sur les principaux relais du système nerveux sympathique. A chaque étage nous précisons l'intérêt respectif, les risques potentiels et les résultats attendus de chaque technique.

## Recherche clinique - Enfants

### P-101 : Forme pédiatrique du Syndrome Dououreux Régional Complexe de type 1

*M. Camus<sup>(1)</sup>, C.Wood<sup>(2)</sup>, O.Sakiroglu<sup>(3)</sup>, A.Ferrari<sup>(1)</sup>, H.Delivet<sup>(1)</sup>, S.Dahmani<sup>(1)</sup>, S.Dugue<sup>(1)</sup>*

(1) CHU Robert Debré, Paris, France, (2) CHU Dupuytren, Limoges, France, (3) Hopital d'enfants Margency, Margency, France

Le Syndrome Dououreux Régional Complexe de type 1 (SDRC1) chez l'enfant reste un challenge diagnostique.

Une étude de cohorte descriptive rétrospective monocentrique, étudiant les enfants présentant un SDRC1 entre janvier 2008 et juin 2013, a été réalisée afin de préciser les caractéristiques démographiques, cliniques, paracliniques et évolutives de cette pathologie.

70 patients, dont 78.6% de filles ont été inclus. Le SDRC1 faisait suite à un traumatisme dans 70% des cas, dont 82% considérés comme mineurs (contusions, entorses). Il touchait le membre inférieur (92.9%) et l'extrémité distale (88.7%). 78.6% des enfants présentaient des signes sensitifs, 67.1% des signes vasomoteurs, avec une phase froide d'emblée dans 58.6% des cas. 44,3% des patients avaient une autoévaluation supérieure à 8/10 avec un absentéisme scolaire chez 20% des enfants. Le traitement associait des antalgiques de palier 2 pour 92.9% des enfants et une physiothérapie active douce pour 97,1%. 51.4% des patients rapportaient des troubles du sommeil.

Le SDRC1 revêt des caractéristiques particulières en pédiatrie, nécessitant une prise en charge spécifique. Il faut reconnaître rapidement les sujets atteints, afin d'améliorer le pronostic fonctionnel immédiat et ultérieur.

## Recherche clinique - Autres

### **P-103 : Evaluation de la douleur et de l'anxiété induites par les biopsies ostéomédullaires et de leur prophylaxie**

*S. Munier<sup>(1)</sup>, M. Ruer<sup>(1)</sup>, M. Filbet<sup>(1)</sup>*

(1) Centre Hospitalier Lyon sud, Lyon, France

Une biopsie ostéomédullaire est une procédure traumatique et est considérée la plupart du temps comme douloureuse. Les patients se montrant anxieux avant la procédure ont tendance à présenter une douleur plus intense. L'objectif de cette étude était d'évaluer la douleur et l'anxiété lors des biopsies ostéomédullaires et de décrire les protocoles de prophylaxies utilisés.

Dans le cadre d'une étude observationnelle, prospective, non contrôlée, des patients devant subir une biopsie ostéomédullaire, en hôpital de jour d'hématologie, reçoivent un questionnaire évaluant : la douleur et l'anxiété ressenties (à l'aide d'une échelle visuelle analogique de 0 à 10), objectif principal, les techniques de prophylaxies utilisées, objectifs secondaires.

Dix-neuf femmes et vingt-un hommes, d'âge moyen 58 ans, sont inclus. Quarante-sept pour cent des patients ressentent une douleur pendant le geste supérieure à 4 sur 10 et cinquante-quatre pour cent des patients présentent une anxiété avant le geste supérieure à 4 sur 10, selon l'échelle visuelle analogique. Soixante-treize pour cent des patients appréhendent le geste. La totalité des patients bénéficient d'une anesthésie locale, trente-trois pour cent bénéficient d'un mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote, dix-huit pour cent bénéficient d'un antalgique et quinze pour cent d'un anxiolytique.

La biopsie ostéomédullaire est un geste douloureux et générant de l'anxiété malgré l'administration d'une anesthésie locale avant le geste. Des techniques supplémentaires de prophylaxie existent et ont prouvé leur efficacité mais restent peu utilisées.

## Recherche clinique - Douleurs neuropathiques

### **P-104 : Décompensation d'un trouble bipolaire secondaire à un traitement par gabapentinoïdes pour douleurs neuropathiques: à propos de 3 cas**

*C. Lestrade<sup>(1)</sup>, N.Cantagrel<sup>(1)</sup>*

(1) PPR Toulouse Purpan, Toulouse cedex 9, France

Les douleurs neuropathiques représentent 7% de la population française. La gabapentine et la prégabaline sont des traitements de première ligne dans les recommandations internationales. Les effets neuropsychiques de ces 2 produits sont mal élucidés comme en témoignent certaines précautions d'emploi (idées suicidaires) ou la longue liste d'effets indésirables psychiatriques (humeur dysphorique, dépression). Selon une étude française récente de pharmacovigilance, la fréquence de ces effets neuropsychiatriques semble mal répertoriée et sous évaluée.

Nous nous proposons ici de présenter 3 cas cliniques de patients bipolaires traités par gabapentinoïdes pour des douleurs neuropathiques et où l'implication de la prescription de ces molécules est fortement soupçonnée d'avoir occasionné une décompensation psychiatrique aigüe.

Les troubles dysphoriques sont des effets indésirables reconnus mais peu évalués de ces molécules. Ces 3 cas démontrent l'implications directe de ce type de traitement dans la décompensation de leur trouble bipolaire avec pour chacun une hospitalisation longue en milieu psychiatrique. Fait remarquable, les patients font eux même le lien entre l'indroduction du médicament et l'aggravation de leur trouble de l'humeur.

Même si les effets neuropsychiques des gabapentinoïdes sont connus, la vigilance et la surveillance clinique doit être accrue dans la prescription de ces produits chez les patients pouvant présenter un trouble bipolaire.

## Recherche clinique - Douleurs neuropathiques

### P-11 : Stimulation du cône terminal dans la névralgie pudendale réfractaire

*K. Buffenoir<sup>(1)</sup>, B. Rioult<sup>(2)</sup>, T. Riant<sup>(2)</sup>, J. Labat<sup>(1)</sup>, R. Robert<sup>(2)</sup>, J. Nizard<sup>(1)</sup>, A. Moles<sup>(1)</sup>, E. Samarut<sup>(1)</sup>*

(1) CHU Nantes, Nantes, France, (2) Centre Catherine de sienne, Nantes, France

30 % des patients atteints de névralgie pudendale en raison de la compression du nerf honteux sont peu ou pas soulagés après chirurgie de décompression du nerf . L'objectif de cette étude préliminaire est de décrire l'efficacité de la stimulation du cône terminal chez des patients atteints névralgie pudendale réfractaire.

Cette étude prospective , menée par deux centres dans la même ville universitaire , présente les résultats obtenus sur la douleur périnéale et le handicap fonctionnel chez tous les patients implantés d'une électrode de stimulation du cône terminal pour le traitement de la névralgie pudendale réfractaire . Quarante patients consécutifs ont été inclus par une consultation multidisciplinaire de douleur périnéale entre mai 2011 et Juillet 2014. Le suivi moyen était de 20mois. L'intervention a consisté en une pose d' une électrode de stimulation du cône terminal, suivie d' une période d'essai ( d'une durée moyenne de 13 jours) avant de décider de l'implantation d'un dispositif définitif de stimulation. Les scores de douleur périnéale moyenne et maximale et le temps de position assise sans douleur ont été comparés lors de la phase test et à long terme (test t apparié ). Le pourcentage d'amélioration (EPI) a été évaluée à long terme .

Trente trois des 40 patients étaient considérés comme répondeurs à la stimulation du cône terminal et 100% des patients implantés restaient répondeurs à long terme (en moyenne triplement du temps de position assise, diminution moyenne des scores de douleur de 57%) .

La stimulation du cône terminal est une technique sûre et efficace pour le traitement à long terme de réfractaire névralgie pudendale réfractaire. L'utilisation de cette technique , qui n'a jamais été précédemment rapporté dans la littérature dans ce type de patient, doit maintenant être validé par une étude à plus grande échelle qui va débiter en septembre dans le cadre d'un PHRC national financé par la campagne 2014.

## Recherche clinique - Enfants

### **P-110 : Etude rétrospective uni centre sur la faisabilité de l'utilisation des patchs de Capsaïcine 8% dans une population pédiatrique.**

*M. Bevis<sup>(1)</sup>, D.Ribrault<sup>(1)</sup>, M.Pierre<sup>(1)</sup>, D.Bernard<sup>(1)</sup>*

(1) Centre Douleur Enfant et Adolescent, CHU Lapeyronie, Montpellier, France

L'application initiale de patchs de Capsaïcine 8% est souvent douloureuse et réclame une procédure particulière et précise. Il n'existe pas de données concernant leur faisabilité d'utilisation dans le contexte de soins pédiatriques. Notre objectif est de faire part de notre expérience concernant la faisabilité d'utilisation de ces patchs dans le cadre spécifique des soins pédiatriques.

Etude observationnelle, rétrospective, réalisée dans un seul centre. Nous évaluons la faisabilité d'utilisation clinique des patchs.

Utilisation consécutive de patchs de capsaïcine chez 6 enfants (Octobre 2013- Février 2015). Moyenne d'âge est de 15 ans (13-18 ans). Tous les patients souffraient de douleur neuropathique dans le cadre de pathologies variées (post traumatisme, 3, post chirurgical, 2, syndrome douloureux régional complexe, 1). La pose du patch est réalisée dans le secteur d'hospitalisation de jour de pédiatrie. Aucune prémédication n'est réalisée. La pose du patch se fait après 5 minutes d'application de glace. La glace est poursuivie pendant l'application du patch et au retour à domicile de l'enfant. Monitoring des paramètres vitaux pendant toute la durée de la pose du patch. Prescription systématique d'antalgiques (anti-inflammatoire et Tramadol) à la sortie de l'enfant. Suivi du patient par téléphone par la suite. Moyenne de séjour 2h30. 5 patientes ont ressenti une sensation de brûlure 15 minutes environ après la pose du patch. La sensation de brûlure a duré 1 journée pour 4 patientes et 1 semaine pour 1. 1 patiente n'a pas ressenti de brûlure. Les antalgiques prescrits ont été utilisés 1, fois. Nous n'avons observé aucun effet secondaire systémique.

Le traitement par patch de Capsaïcine 8% dans une population pédiatrique dans les conditions telles que nous les rapportons répond aux critères de tolérance, de faisabilité et de sécurité. Il peut être considéré comme un soin de « routine » en s'entourant d'un minimum de contraintes.

## Recherche clinique - Enfants

### P-111 : QUELS ENFANTS CONSULTENT EN FRANCE DANS LES STRUCTURES DOULEUR PÉDIATRIQUES ? ENQUÊTE NATIONALE

A. Gallo<sup>(1)</sup>, B.Tourniaire<sup>(2)</sup>, D.Annequin<sup>(2)</sup>, M.Galinski<sup>(3)</sup>, P.Cimerman<sup>(3)</sup>

(1) Centre hospitalier intercommunal de Poissy, Poissy, France, (2) Centre de la douleur de l'Enfant Hôpital d'Enfants Armand Trousseau, Paris, France, (3) Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur, Paris, France

Peu d'études ont été publiées dans la littérature internationale sur les centres tertiaires douleur enfant. En particulier nous ne disposons pas jusqu'à présent de données françaises. L'objectif principal de cette étude est de décrire les patients reçus pour une première consultation dans une structure douleur enfant.

Une enquête prospective a été menée durant 5 semaines en 2013 dans 22 structures spécifiques douleur enfants françaises. Un questionnaire créé sur le modèle de celui utilisé dans l'enquête HAS/SFETD dans les structures douleur adulte (2008).était rempli pour chaque nouveau patient.

337 fiches ont été remplies ; moyenne d'âge : 11 ans, 57% de filles. 96% des enfants avaient déjà consulté pour leurs douleurs. 48% ont été orientés par un médecin hospitalier, 19% par leur généraliste, 15% par un spécialiste libéral et 15% par la famille. Les principaux types de douleur étaient des céphalées 57%, des douleurs musculo-squelettiques (DMS) 26%, des douleurs diffuses 12%, des douleurs abdominales 6% et des douleurs neuropathiques 1%. La durée des douleurs était de moins de 6 mois 14%, 3 à 6 mois 14%, 6 mois à 3 ans 52% et plus de 3 ans 23%. La consultation était réalisée par un médecin seul dans 64% des cas, en binôme avec un « psy » dans 61% des cas. La prise en charge proposée était médicale et psychologique pour 71% des enfants. La consultation durait en moyenne 70 minutes et plus d'une heure et demi pour 37% des consultations. 19% des enfants avaient été hospitalisés avant la consultation pour leurs douleurs. Le recours à la structure douleur a été estimé justifié dans 93% des cas. Nous avons recherché des éléments d'association avec l'absentéisme scolaire considéré comme un marqueur du retentissement des douleurs. Ainsi les enfants âgés de 0 à 4 ans et ceux âgés de 5 à 9 sont significativement moins souvent absents que les enfants plus grands OR=0,1 IC [0,02 – 0,5] et OR=0,3 IC [0,1-0,7]. Et les enfants présentant des céphalées ont 2 fois plus de risque d'avoir un absentéisme scolaire que les enfants présentant des DMS OR=2,5 IC [1,1-5,5]. Les enfants ayant été hospitalisés ont 5 fois plus de risques d'être absents que les autres OR=4,69 IC [1,6-13,7].

De nombreux résultats sont semblables à ceux de l'enquête réalisée dans les structures douleur adultes. Les différences concernent le type de douleurs avec les céphalées et les DMS prédominantes chez l'enfant, des consultations plus longues, et plus souvent réalisées en binômes, une proposition de suivi majoritairement médical et psychologique.

## Recherche clinique - Céphalées

### **P-112 : Stimulation électrique transcutanée occipitale pour le traitement des céphalées réfractaires post procédure par voie endovasculaire : étude pilote**

*S. Raoul<sup>(1)</sup>, E.Kuhn<sup>(1)</sup>, H.Desai<sup>(1)</sup>, E.Dechauvigny<sup>(1)</sup>, J.N'guyen<sup>(1)</sup>, J.Nizard<sup>(1)</sup>*

(1) CHU Nantes, Nantes, France

Les céphalées liées à une procédure endovasculaire (artériographie, embolisation ...) surviennent chez 20% à 61% des patients. Elles sont liées en partie à la distension des vaisseaux au cours de l'intervention. Ces céphalées sont souvent diffuses, frontale ou occipitale. Leur traitement comprend des antalgiques de palier I, II et/ou III, du neofam et parfois des AINS. Pourtant malgré l'optimisation du traitement certaines céphalées restent intenses et insupportables pour le patient. Nous proposons dans ce cas une stimulation électrique transcutanée (TENS) en occipital, technique qui a prouvé son efficacité dans d'autres céphalées réfractaires (migraine, AVF, névralgie occipitale cervico-géniques).

Cinq patients présentant des céphalées post embolisation ont bénéficié de TENS en occipital. Les patients devaient être en échec des traitements médicamenteux conventionnels, avoir une EVA moyenne supérieure à 6. Les TENS étaient posés en occipital après rasage à l'émergence du nerf occipital. Le critère de jugement d'efficacité était l'EVA moyenne avant TENS, 30 min après TENS et toute les heures. Le deuxième critère de jugement était la diminution du traitement médicamenteux.

Tous les patients ont été améliorés sur leur céphalée puisque l'EVA passe de 78/100 avant les TENS à 24/100 après 24h de TENS. Le traitement médicamenteux a pu être réduit dans des proportions importantes puisque le score médicamenteux (MQS) passe de 33.2 avant TENS à 7.2 après 48h de TENS. Les patients gardaient leur TENS en permanence avec mise en place d'un cycle (20 minutes en On, 1 heure en off). trois patients ont gardé leur TENS pendant 1 mois et on pu retrouver une activité complètement normale et arrêter tout traitement médicamenteux. Un patient est TENS dépendant et est candidat à une stimulation occipitale implantée. Le cinquième patient a gardé son TENS pendant 3 mois et garde des antalgiques de palier I 2 à 3 fois par semaine.

Les TENS sont une technique efficace et non invasive pour traiter les céphalées post procédure endovasculaire. Une étude prospective avec un groupe placebo doit être lancée prochainement pour confirmer l'efficacité de cette procédure thérapeutique.

## Recherche clinique - Douleur liée aux soins

### P-113 : Intérêt de l'hypno-analgésie pendant l'application de patchs de Capsaïcine

*C. Michel-Dhaine<sup>(1)</sup>, L.Gautier-Leroy<sup>(1)</sup>, S.Carneiro-Pereira<sup>(1)</sup>*

(1) CHI Meulan Les Mureaux, Meulan, France

L'application de patchs de Capsaïcine (QUTENZA) pour les douleurs neuropathiques est une thérapeutique nouvelle qui nécessite une prise en compte de la douleur induite par le soin car le patient ressent fréquemment une sensation de brûlure qui peut durer entre 2 et 96 heures. Malgré l'utilisation d'un protocole antalgique validé, il a été proposé d'utiliser l'hypno-analgésie lors de l'application des patchs afin de réduire la perception de la douleur induite et d'en étudier le bénéfice ressenti

12 patients ayant déjà au moins une expérience antérieure de pose de patch de Capsaïcine douloureuse se sont vus proposer un exercice d'hypno-analgésie avec suggestions post hypnotiques d'antalgie. La technique validée en anesthésie intitulée « le gant anesthésiant » a été utilisée. Les patients ont ensuite répondu à un questionnaire permettant d'évaluer le ressenti lors de la pose et pendant les quelques jours suivants. Il était également possible pour le patient de commenter l'expérience sous forme de texte libre.

Les résultats et les retours d'expériences ont été analysés et répertoriés. Un compte rendu de leurs expériences a également été demandé à l'infirmière référente douleur et aux médecins hypno-thérapeutes. L'hypno-analgésie a contribué à une meilleure tolérance du patch de Capsaïcine dans presque la totalité des cas. Les patients rapportent également une amélioration clinique générale et ils apprécient le moment privilégié avec l'équipe soignante. Les conditions de travail en sont améliorées malgré le facteur temporalité (en moyenne sous hypno-analgésie les poses durent plus longtemps).

En conclusion, il a été décidé de poursuivre l'expérience de l'hypno-analgésie en supplément des antalgiques habituels pour la pose des patchs de Capsaïcine chez tous les patients ayant rapporté une première expérience douloureuse.

## Recherche clinique - Gériatrie

### P-114 : Usage du tramadol en solution buvable en gériatrie

A. Jossomme<sup>(1)</sup>, G. Loggia<sup>(1)</sup>, P. Lescure<sup>(1)</sup>, C. Guillaumé<sup>(1)</sup>

(1) CHU CAEN, Caen, France

Le rapport bénéfice/risque se pose pour la prescription d'antalgique chez la personne âgée. Le Tramadol est un opioïde faible souvent critiqué devant les problèmes de tolérance qui sont dose dépendantes et d'interactions médicamenteuses surtout en gériatrie. Or la posologie peut être diminuée avec la galénique pédiatrique en solution buvable qui permet une titration fine et ajustée. L'intérêt porté au sein du CHU de Caen pour la titration de Tramadol avec cette galénique dans différents services accueillant des personnes âgées génère une augmentation de sa prescription. Quelles sont son efficacité et sa tolérance et comment se poursuit cette pratique en sortie d'hospitalisation et en ambulatoire du fait de sa galénique difficilement maniable chez la personne âgée.

TRAMA'DOM et TRAMAGE sont deux études observationnelles prospective analysant l'efficacité, la tolérance et la faisabilité de la prise de Tramadol en solution buvable à faible posologie chez les plus de 75 ans. L'étude TRAMAGE a été réalisée en milieu hospitalier et TRAMADOM a permis un suivi en ambulatoire.

Pour l'étude TRAMAGE, 29 patients ont été inclus avec une efficacité significative du traitement ( $p=0,011$ ) pour une dose moyenne de 9,2 gouttes par prise. La tolérance est acceptable avec 24 effets indésirables cliniques dont un seul a conduit à un arrêt. Pour l'étude TRAMA'DOM, le Tramadol a été efficace dans 80% ( $n=16/20$ ) des cas et 31,6% ( $n=6/19$ ) des patients ont présenté un effet indésirable mineur. 18/22 patients ont poursuivi le tramadol en ambulatoire et 90% ( $n=18/20$ ) ont qualifié la manipulation de facile. Pour les deux études aucun effet indésirable biologique n'a été observé.

La titration de Tramadol est une alternative viable en gériatrie. Ces résultats tendent à valider la pertinence du protocole de titration du tramadol en solution buvable, validé par le Comité de Lutte contre la Douleur du CHU de Caen, en hospitalier et en ambulatoire.

## Recherche clinique - Douleur et urgence

### P-115 : L'acte le plus rentable en SMUR est l'évaluation de la douleur

*K. Milojevic<sup>(1)</sup>, A. Queffélec<sup>(1)</sup>, R. Mijahed<sup>(1)</sup>, E. Honold<sup>(1)</sup>, S. Measso Sananes<sup>(1)</sup>, L. Berton<sup>(1)</sup>, P. Tajfel<sup>(2)</sup>, Y. Lambert<sup>(1)</sup>*

(1) Centre Hospitalier de Versailles, Le chesnay, France, (2) Hôpital de la Porte Verte, Versailles, France

Il existe peu de données portant sur le bénéfice réel, en termes de prévalence pour 100 patients traités, des procédures recommandées en médecine d'urgence. L'objectif de ce travail était d'estimer la plus-value de certains de ces actes en terme de prise en charge.

Regroupement d'études cliniques portant sur cinq actes. Nous avons calculé le nombre de patients à traiter (NPT) pour observer un bénéfice dans les indications principale et secondaire (NPT1 et NPT2). Nous avons intégré la fréquence des situations 1 et 2 (F1 et F2) pour calculer la rentabilité globale de l'acte :  $R = F1 / NPT1 + F2 / NPT2$  où R exprime le pourcentage de patients SMUR qui tirent un bénéfice de l'acte.

Echographie, F1 (polytraumatisé) = 3%, NPT1 = 10, F2 (autre écho) = 10%, NPT2 = 25, Rentabilité = 1% des patients. Glycémie capillaire, F1 (insuline) = 3%, NPT1 = 4, F2 (autre dextro) = 60%, NPT2 = 40, Rentabilité = 2%. Pour l'ECG, F1 (précordialgie) = 20%, NPT1 = 7, F2 (autre ECG) = 70%, NPT2 = 60, Rentabilité = 4%. Gazométrie, F1 (intubation) = 8%, NPT1 = 2, F2 (divers dyspnée) = 10%, NPT2 = 5, Rentabilité = 6%. Echelle continue de douleur F1 (douleur intense) = 24%, NPT1 = 3, F2 (autre douleur) = 28%, NPT2 = 7, Rentabilité = 12%.

La cotation chiffrée continue de l'intensité de la douleur est l'acte le plus « rentable » en fréquence puisque sur 100 patients pris en charge par le SMUR, 12 patients auront une prise en charge améliorée (analgésie renforcée) du fait de la procédure. L'impact positif de l'ECG qui est qualitativement primordial (thrombolyse de l'infarctus, conversion d'un trouble du rythme) ne concerne (quantitativement) que 4 patients sur 100.

## Recherche clinique - Douleur liée aux soins

### **P-116 : PREVENTION DE LA DOULEUR DU PATIENT HÉMIPLÉGIQUE LORS DE LA MANUTENTION ET L'INSTALLATION**

*P.Saxe<sup>(1)</sup>, T.Bach<sup>(1)</sup>, B.Maria<sup>(1)</sup>, P. Burlot<sup>(1)</sup>*

(1) ORSAC Mont-Fleuri Centre de Médecine Physique et de Réadaptation Fonctionnelle, Grasse, France

Les axes prioritaires en matière de prévention de la douleur du patient lors de la manutention et installation se limitent encore trop souvent aux formations «gestes/postures». Or, la démarche de prévention doit se faire en adéquation avec le travail réel. Dans cette étude, nous avons analysé la manutention et l'installation des patients hémiparétiques dans le but d'améliorer la prévention de leur douleur.

L'étude a été réalisée via l'analyse d'audits sur la prise en charge de la douleur des patients lors de 5 types de manutention et installation (58 soignants ont participé): -Position du patient hémiparétique au lit sur le dos -Remonter un patient hémiparétique à deux soignants -Position couchée à position assise au bord du lit -Transfert lit/fauteuil roulant -Installation au fauteuil roulant avec coussin

4 sur 5 types de manutention et installation ont un pourcentage de geste/posture correct >75%. L'«installation au fauteuil roulant avec coussin» obtient le meilleur taux avec 88,9% de conformité. Celle présentant les résultats les moins satisfaisants est la «Position du patient hémiparétique au lit sur le dos» avec 61,1% de conformité, ce qui nécessite en priorité des actions d'améliorations. L'étude révèle que l'évaluation de la douleur du patient est très peu réalisée: 15,4% de «Oui». Ceci ne signifie pas que la prévention de la douleur du patient soit mauvaise : lors des audits nous avons observé que le soignant s'inquiète toujours du bien-être du patient. De manière générale, si le soignant évalue la douleur du patient, la prévention de la douleur sera plus efficace.

Actions d'amélioration : Effectuer et évaluer les formations «Manutentions et installations de la personne hémiparétique» en tenant compte des résultats de cette étude. Sensibiliser les soignants sur l'évaluation de la douleur du patient lors de la manutention et de l'installation. Renouveler les audits spécifiques sur les points à améliorer.

## Recherche clinique - Autres

### P-117 : Clomipramine et Amitriptyline, tolérance veineuse de la voie parentérale ?

C. Gov<sup>(1)</sup>, A.Perrin<sup>(1)</sup>, A.Profit<sup>(1)</sup>, J.Caillet<sup>(1)</sup>, P.Mertens<sup>(1)</sup>, G.Mick<sup>(1)</sup>, L.Garcia larrea<sup>(1)</sup>

(1) CHU Lyon, Bron cedex, France

L'efficacité des antidépresseurs tricycliques est bien établie sur les douleurs neuropathiques. Amitriptyline et Clomipramine oraux sont proposés en première intention par les recommandations de la SFETD. Devant le nombre croissant d'intolérances veineuses à la suite de leur administration parentérale, nous nous sommes intéressés aux produits et leurs administrations.

Analyse des effets secondaires veineux chez les patients hospitalisés au CETD pour perfusions d'antidépresseurs tricycliques du 1er au 30 avril 2014 et 2015

2014 : 14 patients hospitalisés dont 3 ont reçu de l'amitriptyline et 11 de la clomipramine. Des intolérances locales (douleur, rougeur et œdème) au niveau du cathéter de perfusion ont été constatées chez 1/3 du groupe l'amitriptyline et 5/11 du groupe clomipramine. Aucun contrôle échodoppler n'a été effectué. 2015: 11 des 18 patients hospitalisés ont présenté des intolérances locales dont 9 confirmations de thrombose veineuse superficielle. Parmi eux, 8 patients sur 10 ont reçu la clomipramine, et 3 patients sur 8 l'amitriptyline. Un questionnaire rempli par les infirmières du service a mis en évidence une pratique homogène en 2014 et 2015 dans l'administration des produits (rinçage avant et après, perfusion lente sur 2h à 4h et dilution dans 250 à 500ml de NaCl isotonique selon la concentration du produit).

La clomipramine engendre plus de 50% d'effets indésirables veineux contre 30% pour l'amitriptyline. Peut-on espérer diminuer leurs intolérances locales en modifiant notre pratique : posologies plus progressives, cathétérisme quotidien par exemple? Quid de la balance bénéfice - risques veineux des deux antidépresseurs tricycliques par voie parentérale ? Il semble légitime de privilégier l'utilisation de l'amitriptyline. Une étude sur un plus grand échantillon permettrait de confirmer ces chiffres



## Recherche clinique - Autres

### P-118 : Champs magnétiques pulsés et Syndrome fibromyalgique

*I. Ruiz<sup>(1)</sup>, D.Métadier<sup>(1)</sup>, E.Boulet<sup>(1)</sup>*

(1) CH Narbonne, Narbonne, France

Evaluer, par une étude test, l'efficacité des champs magnétiques pulsés sur les personnes présentant des douleurs chroniques dans le cadre du syndrome fibromyalgique. Cette étude préliminaire pourrait aboutir, par la suite, à une étude plus approfondie avec technique placebo.

LA MAGNETOTHERAPIE PAR CHAMPS MAGNETIQUES PULSES (CMP) Technique non médicamenteuse et non invasive qui consiste en l'utilisation de champs magnétiques de très basses fréquences par le biais d'une natte ou d'un coussin de stimulation. Les CMP agissent directement au niveau de toutes les cellules du corps, en augmentant la perméabilité de la membrane cellulaire, permettant ainsi de meilleurs échanges. Les effets rapportés sont antalgique, anti inflammatoire, vasodilatateur, drainage, cicatrisant et désintoxiquant.

L'ETUDE TEST A ce jour l'étude test porte sur une vingtaine de patients fibromyalgiques, dont le diagnostic de rhumatisme inflammatoire a été éliminé. Les séances durent 30 minutes. La « cure » comporte 10 séances de magnétothérapie à raison de 1 séance par jour sur 4 jours puis 1 séance par semaine, avec des évaluations quotidiennes et une évaluation médicale à la 1ère, 5ème et 10ème séance. L'efficacité est appréciée par l'amélioration ressentie par le patient et évaluée par le retentissement de la douleur dans la vie quotidienne.

Quelques résultats intermédiaires observés par les patients permettent d'estimer une amélioration globale de 20% à 80%. Cette technique favorise également un temps d'échange qui peut, peut-être, interférer dans le ressenti final.

## Recherche clinique - Enfants

### **P-119 : Utilisation de la Neurostimulation Trans Cutanée (TENS) dans la douleur chronique de l'enfant : Etude rétrospective, descriptive et monocentrique (Centre de Traitement de la Douleur de l'Enfant et de l'Adolescent, CHU de Montpellier).**

*L.Marty<sup>(1)</sup>, M.Bevis<sup>(1)</sup>, D.Ribrault<sup>(1)</sup>, F.Bernard<sup>(1)</sup>*

(1) Centre Douleur Enfant et Adolescent, CHU Montpellier, Montpellier, France

Il existe peu de publications concernant l'utilisation des TENS en Pédiatrie. Aucune n'intéresse la douleur chronique de l'enfant. Cette étude vise à décrire notre expérience dans l'utilisation du TENS et à analyser son efficacité dans ce contexte.

Etude rétrospective, descriptive et monocentrique réalisée entre Novembre 2013 et Avril 2015. Recueil des caractéristiques démographiques et cliniques des patients, des modalités d'utilisation du TENS. Evaluation de l'efficacité aux mois (M) 0, 1 et 3 par l'échelle EVA.

37 patients ont été étudiés, 30 filles et 7 garçons. Age moyen 13,85 ans. Les principales indications étaient : Syndrome Douloureux Régional Complexe 62,2% (23), Syndrome Douloureux Chronique Diffus 21,6% (8), douleurs abdominales chroniques 10,8% (4), douleurs sur cicatrice 5,4% (2). Le TENS a été prescrit après échec des autres traitements dans 94,6% (35). La délai moyen entre le début de la prise en charge de la douleur et la prescription de TENS est de 2,6 ans. 97,3% des patients (36) continuaient un traitement médicamenteux et 91,8% (34) un traitement non médicamenteux. 37 patients ont été évalués à M1, 13 à M3 (20 arrêts de traitement et 4 perdus de vue). L'arrêt était dû à une absence d'efficacité (44,5%), la disparition du symptôme douloureux (37%), la sensation désagréable (11,1%), le caractère contraignant (7,4%). La moyenne de l'EVA était de 7/10 à M0, 4/10 à M1, 3/10 à M3.

Nos résultats sont difficiles à extrapoler en raison du caractère monocentrique et donc du biais de recueil des données. Néanmoins des données caractéristiques apparaissent : les principales indications sont les douleurs neuropathiques ; la durée d'utilisation est courte ; le TENS est prescrit tardivement par rapport au début de la prise en charge. L'efficacité en terme d'EVA est réelle. Le TENS a donc sa place dans le traitement de la douleur chronique de l'enfant.

## Recherche clinique - Douleur et cancer

### **P-122 : Prise en charge des douleurs séquellaires du cancer du sein par auto-massages et auto-étirements des muscles impliqués.**

*E. Botton*<sup>(1)</sup>

(1) CLCC Eugène Marquis, Rennes, France

Montrer l'efficacité de la prise en charge des douleurs séquellaires du cancer du sein rapportées à des syndromes myofasciaux de la paroi thoracique, par auto-massage des points gâchettes et auto-étirements des muscles impliqués.

Suivi rétrospectif sur courrier de 36 patientes.

Amélioration complète chez 5 patientes, amélioration partielle chez 28 patientes, aucune amélioration chez 3 patientes. Statistiques en cours de réalisation.

L'apprentissage des auto-massages et auto-étirements des muscles impliqués dans les syndromes myofasciaux post-chirurgie du sein est une arme thérapeutique écologique utile et efficace dans la prise en charge des douleurs séquellaires du cancer du sein.

## Recherche clinique - Douleur liée aux soins

### **P-127 : Patients et soignants face aux douleurs induites par les gestes invasifs : étude dans un service d'onco-hématologie adulte**

*T. Cuvier<sup>(1)</sup>, F.Priou<sup>(1)</sup>, J.Dimet<sup>(1)</sup>, J.Nizard<sup>(2)</sup>, H.Maisonneuve<sup>(1)</sup>*

(1) CHD La Roche sur Yon, La roche sur yon, France, (2) CHU de Nantes, Nantes, France

La prévention des douleurs liées aux soins est un objectif prioritaire des Plans douleur gouvernementaux. C'est le cas des actes invasifs en cancérologie dont les douleurs doivent être prévenues. L'objectif de cette étude était de rechercher une différence entre les patients et les soignants sur la perception de la douleur induite par un certain nombre de gestes invasifs et de rechercher les facteurs pouvant l'influencer dans l'optique d'améliorer leur prise en charge.

Il s'agit d'une étude prospective, monocentrique réalisée à l'aide de questionnaires destinés aux patients et aux soignants du service d'onco-hématologie du Centre Hospitalier Départemental de La Roche-sur-Yon sur une durée de 4 semaines de mi-août 2014 à mi-septembre 2014.

60 questionnaires soignants et 111 questionnaires patients ont été analysés. La douleur induite par les gestes invasifs était majoritairement surévaluée par les soignants ainsi que tous les facteurs pouvant y être associés. Les trois gestes les plus douloureux pour les patients étaient les biopsies osseuses (biopsie ostéo-médullaire et myélogramme) et le tubage gastrique.

Malgré l'importance accordée par les soignants à la douleur induite par les gestes invasifs ainsi qu'aux facteurs pouvant l'influencer, ces gestes restent douloureux pour les patients. Ce travail a permis la mise en place de protocoles antalgiques au sein du service afin d'améliorer la prise en charge de la douleur induite.

## Recherche clinique - Céphalées

### **P-128 : Place de l'ostéopathe et de l'ostéopathie crânienne dans la prise en charge pluridisciplinaire des céphalées chroniques quotidiennes. Expérience auprès de 12 patients au centre d'évaluation et de traitement de la douleur du CHU de Nantes.**

*T. Matthew<sup>(1)</sup>, E.Kuhn<sup>(2)</sup>*

(1) Cabinet libéral, Rezé, France, (2) Centre fédératif douleurs - soins palliatifs et de support - éthique clinique et thérapies complémentaires du CHU de Nantes, Nantes, France

Le traitement des Céphalées Chroniques Quotidiennes (CCQ) est complexe, les thérapeutiques médicamenteuses souvent insuffisantes. La majorité des patients céphalalgiques (de 62 à 73%) ont recours à des thérapies complémentaires. L'objectif de ce travail est d'évaluer l'intérêt de l'une d'entre elle : l'ostéopathie par approche « crânienne ».

Il s'agit d'une étude prospective sur 12 patients du centre d'évaluation et de traitement de la douleur (CETD) du CHU de Nantes. Tous présentaient des CCQ anciennes (17 ans en moyenne) et exprimaient un retentissement social et/ou professionnel important. 5 étaient à tendance migraineuse, 7 à tendance tensionnelle. La prise en charge s'étalait sur une période de trois mois, à raison de trois consultations espacées de 1 puis 2 mois. La période d'évaluation était de six mois au total pendant lesquels les traitements autres devaient rester inchangés. L'évaluation de la douleur et son retentissement sur le comportement quotidien et le moral ont été mesurés, entre autres, par des échelles numériques.

Tenant compte des patients exclus et perdus de vue, l'amélioration des intensités moyennes des douleurs ressenties se répartissent tel que : A un mois de la première consultation d'ostéopathie, 70% des patients (n=7) décrivent un bénéfice (28,5% en moyenne). A deux mois de la deuxième consultation, 75% des patients (n=6) décrivent un bénéfice (57% en moyenne). A trois mois de la dernière consultation, 50% (n=5) conservent un bénéfice : - Important pour 3 (entre 60 et 80%). - Total/quasi-total pour 2 (entre 80 et 100%). Par ailleurs, la satisfaction des patients pour la prise en charge était globalement excellente.

L'ostéopathie crânienne apparaît comme une thérapie complémentaire bénéfique dans la prise en charge pluridisciplinaire des CCQ. Son intégration dans un CETD, semble pertinente. Cette expérimentation nous a permis d'élaborer des préconisations pour la réalisation d'études futures.

## Recherche clinique - Analgésie postopératoire

### P-129 : Performances comparées des infuseurs élastomériques à débit fixe et à débit variable

O. Gall<sup>(1)</sup>, E.Druot<sup>(1)</sup>, M.Sharabi<sup>(1)</sup>, V.Vincourt<sup>(1)</sup>, G.Orliaguet<sup>(1)</sup>

(1) Hôpital Necker Enfants Malades, Paris, France

En ALR pédiatrique les infuseurs élastomériques sont volontiers employés à la place des pompes volumétriques pour leur portabilité et l'autonomie qu'ils procurent aux patients (1). Cependant la fiabilité de ces dispositifs est mise en cause dans plusieurs études (2, 3). En outre les infuseurs à débit variable ont fait l'objet de nombreuses alertes de matériovigilance auprès des services de Pharmacie. L'objectif de cette étude était de comparer les performances des infuseurs à débit fixe et à débit variable en pratique clinique quotidienne, chez des enfants hospitalisés.

Plusieurs modèles d'infuseurs à débit fixe (Baxter, Silvert Medical,) et à débit variable (Baxter, Kimberly Clark, Wym) ont été testés successivement en fonction de leur mise à disposition par la Pharmacie. Le volume initial d'anesthésique local (AL) introduit dans le dispositif au moment de la pose, était fixe pour chaque modèle conformément aux instructions du fabricant. Le volume résiduel d'AL était mesuré par pesée du dispositif au retrait du cathéter ou au premier changement en cas d'infuseurs multiples. Le volume (AL) effectivement délivré au patient était calculé comme la différence masse initiale- masse retrait, en considérant que la masse volumique de l'AL est peu différente de 1. Les incidents de cathéters, les niveaux de douleur, la consommation d'antalgiques de secours, les EI morphiniques et la satisfaction des patients étaient relevés systématiquement. Les variables quantitatives sont exprimés en médiane [extrêmes]. Les comparaisons utilisent le test de Mann Whitney.

Entre le 1er février et le 1er août 2014, 28 infuseurs à débit fixe (Baxter, Silvert Medical,) et 38 infuseurs à débit variable (Baxter, Kimberly Clark, Wym) ont été utilisés chez 66 patients âgés de 10 ans [6 mois – 16,5 ans] en postopératoire de chirurgie viscérale, orthopédique, ORL et cardiaque. Les données de pesée étaient manquantes pour 6 infuseurs laissant 60 dossiers exploitables : 42 cathéters d'infiltration cicatricielle et 18 cathéters périmerveux. Le volume d'AL effectivement délivré au patient était conforme aux valeurs attendues (débit nominal x durée  $\pm$  15 %) chez 48 patients (80 %) et non conforme chez 12 patients. L'écart médian par rapport au volume attendu était de +2,2% [-23,9 +16,7] sans différence significative entre infuseurs à débit fixe et infuseurs à débit variable (figure 1). Les niveaux de douleur, la consommation d'antalgiques de secours et la satisfaction des patients étaient identiques dans les 2 groupes. Les 9 patients qui ont reçu des volumes d'AL inférieurs de plus de 15 % aux volumes attendus avaient des niveaux de douleur plus élevés et des recours antalgiques plus fréquents. 3 cathéters ont été retirés précocement pour problème mécanique et inefficacité. Les 3 patients qui ont reçu des volumes d'AL en excès de plus de 15 % n'ont pas développé de symptomatologie particulière. Les doses d'AL reçues étaient de 0,14, 0,26 et 0,33 mg/kg/h.



La précision des infuseurs élastomériques est très relative, l'adjonction d'une valve de régulation de débit n'ajoute pas d'erreur supplémentaire. Compte tenu des faibles doses administrées sur les cathéters d'infiltration cicatricielle, cette marge d'erreur paraît acceptable en pratique clinique. 1. Pediatric Anesthesia 2014; 24: 1141-8 2. Anesth Analg 2008 ; 107 : 2079-84 3. Medical devices evidence and research 2011 ;4 : 71-76 .

## Recherche clinique - Douleurs neuropathiques

### **P-131 : Polyradiculopathies lombo-sacrées, ectasies dures, et Spondylarthrite Ankylosante: a propos de deux observations.**

*P. Delpy<sup>(1)</sup>, F. De rose<sup>(1)</sup>, I. Zuazo<sup>(1)</sup>, P. Larrouy<sup>(1)</sup>*

(1) Centre Hospitalier de la Côte Basque, Bayonne, France

Polyradiculopathies lombo-sacrées douloureuses et déficitaires d'évolution progressive associées à une Spondylarthrite Ankylosante: présentation clinique et options thérapeutiques.

Présentation de deux observations, et revue de la littérature.

Un patient affecté d'une SA évoluant depuis plus de quarante ans, stabilisée, développe progressivement un tableau clinique d'atteinte douloureuse et déficitaire de la queue de cheval, attestée au plan électrophysiologique, sans anomalie neuro-urodynamique. Les paramètres biologiques inflammatoires sont normaux. Ces douleurs sont rebelles aux antalgiques conventionnels et spécifiques des douleurs neuropathiques, et aux AINS; une cure de 3 mois d'Etanercept n'a déterminé aucun bénéfice. L'ictonographie TDM et IRM objective un méga cul-de-sac dural et des ectasies dures multiples en regard d'érosions des arcs postérieurs, associés à une arachnoïdite adhésive des racines lombo-sacrées. La seconde observation, iconographique, objective une extension au cône médullaire.

Ces observations sont comparables aux données de la littérature. 1- Les syndromes de la queue de cheval compliquant une SA ne font l'objet que de publications isolées: 86 patients pour 52 publications dans la méta-analyse de Ahn et coll.[1] 2- Apparaissant au-delà de la troisième décennie de la maladie, au stade d'ankylose, ils associent des déficits douloureux d'évolution progressive défavorable sur plusieurs années. 3- L'ictonographie documente l'association d'une dilatation du cul-de-sac dural, d'ectasies dures, et d'une arachnoïdite des racines de la queue de cheval et du cône terminal. L'extension à l'étage thoracique ou cervical est exceptionnelle (Van Hoydonck[7]). 4- Un mécanisme inflammatoire cicatriciel est privilégié: perte de complaisance de la dure-mère incompétente à absorber les à-coups pressionnels et arachnoïdite chronique. 5- Le traitement demeure controversé. - l'Infliximab s'est avéré efficace sur les douleurs et les déficits, quand il persistait des signes biologiques et IRM d'inflammation active (Cornec2, Ahn1). - décompression par laminectomie, avec adhésiolyse et plastie de l'étui dural (Liu[5], Sang-woo[6]) ou dérivation lombo-péritonéale (Dinichert[3], Kawazaki[4]). Le traitement neurochirurgical, qui peut améliorer le syndrome douloureux et interrompre l'évolution des déficits apparaît supérieur au traitement médical, et à l'abstention (Ahn[1]). Sur de faibles effectifs, la dérivation lombo-péritonéale apparaît plus efficiente que la décompression, au prix d'une moindre morbidité. Les résultats semblent corrélés aux délais dans la prise en charge chirurgicale.

## Recherche clinique - Recherche préclinique

### P-132 : Décryptage des motifs de consultation en unité douleur Variation selon l'âge

*D. Baudoin*<sup>(1)</sup>

(1) CH I Aix Pertuis, Aix en provence, France

Y a-t-il des motifs de consultation douleur chronique différents avant et après 65 ans ? Depuis 18 mois la collecte des motifs de première consultation douleur est réalisée par chaque consultant au CH I Aix Pertuis. Une comparaison des motifs avant et après 65 ans va permettre de répondre à quelques questions simples.

Utilisation des questionnaires utilisés pour chaque nouveau patient sur 18 mois dans une unité douleur

Résultats sur 693 patients douloureux chroniques accueillis en 18 mois : 540 ont entre 18 et 65 ans et 153 au-dessus de 65 ans. Les diagnostics significativement différents en % sont : Les douleurs neuropathiques et les cancers sont des motifs de consultation plus fréquents après 65 ans (28%, 9,8%) qu'avant (16%, 6,4%). Les douleurs de migraine céphalées douleur oro faciales comme de fibromyalgie et de syndrome douloureux régional complexe sont des motifs de consultation plus fréquents entre 18 et 65 ans (12%, 15%, 11%) qu'après (8,4%, 6%, 3%).

Le décryptage des besoins des personnes âgées de plus de 65 ans conditionne l'offre de soin à organiser. Il est donc nécessaire de mieux décrire et connaître cette population vulnérable en particulier en douleur chronique. \*La Revue de Gériatrie suppl Tome 30 Juin 2005.

## Recherche clinique - Autres

### **P-133 : Caractérisation de la consommation de cannabis chez les patients douloureux chroniques dans un CETD.**

*F. Etcheverrigaray<sup>(1)</sup>, N. Prevost<sup>(2)</sup>, E. De Chauvigny<sup>(2)</sup>, M. Letellier<sup>(2)</sup>, P. Jolliet<sup>(1)</sup>, J. Nizard<sup>(2)</sup>, C. Victorri-Vigneau<sup>(1)</sup>*

(1) Service de Pharmacologie Clinique, CEIP-Addictovigilance, CHU de Nantes, Nantes, France, (2) Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur (CETD), CHU de Nantes, Nantes, France

La prévalence de la consommation de cannabis chez les patients douloureux chroniques est estimée à 13%. En France, les Centres d'Évaluation et d'Information sur les Pharmacodépendances (CEIP) sont chargés de recueillir les informations sur les dépendances médicamenteuses ou non. L'objectif de ce travail collaboratif CETD-CEIP est de caractériser la consommation de cannabis chez les patients hospitalisés dans un Centre de Traitement de la Douleur, selon les items du DSM-IV.

La prévalence de la consommation de cannabis chez les patients douloureux chroniques est estimée à 13%. En France, les Centres d'Évaluation et d'Information sur les Pharmacodépendances (CEIP) sont chargés de recueillir les informations sur les dépendances médicamenteuses ou non. L'objectif de ce travail collaboratif CETD-CEIP est de caractériser la consommation de cannabis chez les patients hospitalisés dans un Centre de Traitement de la Douleur, selon les items du DSM-IV. 1

Deux cent vingt-deux patients ont été interrogés. Parmi eux, dix-huit présentent une consommation régulière de cannabis et quinze une consommation occasionnelle ; les objectifs de ces consommations sont majoritairement l'antalgie et la recherche de bien-être. Les items de la pharmacodépendance les plus retrouvés sont la persistance de la consommation malgré les problèmes de santé causés par le cannabis, la tolérance, et la poursuite de la consommation malgré des problèmes socioprofessionnels. La notion d'opportunité dans le mode d'obtention du cannabis semble incitative pour ces patients. Parmi les consommateurs quotidiens (n = 10), six ont trois items ou plus du DSM-IV positifs, signant une dépendance au produit. Une diminution moyenne de l'EVA de 36,25% a été rapportée.

De nombreux patients douloureux utilisent de manière autothérapeutique le cannabis en France. Il sera intéressant de monitorer ces consommations, compte tenu des changements dans le paysage de prescription du cannabis médical (récente mise sur le marché du Sativex®, ATU de marinol).

## Recherche clinique - Autres

### **P-134 : Enquête nationale sur la prise en charge de la douleur chronique par téléconsultation en médecine générale**

*J. Faivre<sup>(1)</sup>, J.Milon<sup>(2)</sup>, E.Boccard<sup>(2)</sup>*

(1) Institut de Cancérologie de Lorraine, Vandoeuvre-lès-nancy cedex, France, (2) UPSA, Rueil-Malmaison cedex, France

L'objectif principal était d'évaluer l'opinion des médecins généralistes français quant à la prise en charge de la douleur chronique par téléconsultation (TCS).

100 médecins généralistes (MG) français ont répondu à une enquête transversale par auto-questionnaire sur internet, avec sondage stratifié en fonction du nombre de patients vus en consultation par semaine et du lieu d'exercice. Trois situations douloureuses de recours à une TCS étaient évaluées: consultation de suivi programmée, épisode de recrudescence de douleurs, survenue de douleurs inhabituelles. L'adhésion était notée sur une échelle de 0 (certainement pas) à 10 (très certainement).

13% des MG ont une connaissance précise du principe de la TCS. L'adhésion des MG au concept de TCS est relativement importante en cas de consultation de suivi programmée chez les patients douloureux chroniques stables (fort accord : 41%). Le principal apport identifié de la TCS est la possibilité d'éviter des consultations médicales inutiles en urgence (fort accord : 49%). Les principaux avantages de la TCS sont d'éviter des déplacements inutiles au patient (fort accord : 58%) et de délivrer des conseils (fort accord : 54%). Les principaux inconvénients redoutés sont l'absence d'examen physique (fort accord : 85%) et le risque d'erreur diagnostique (fort accord : 75%). Les médecins généralistes adhèrent au principe d'une TCS du patient seul avec un médecin hospitalier spécialiste seul (81%) et au principe d'une TCS avec le médecin spécialiste de la douleur organisée au cours d'une consultation du médecin généraliste (77%).

Le niveau d'adhésion des MG pour la prise en charge de la douleur chronique par TCS est important. Un projet pilote de TCS pourrait être développé chez des patients douloureux chroniques – lombalgie, arthrose, migraine par ordre de fréquence - pour des consultations programmées de suivi.



## Recherche clinique - Rhumatologie

### **P-138 : Intéret de l'hypnose dans la prise en charge de la fibromyalgie: étude qualitative auprès de patients suivi au CETD du CHU de Nantes**

*E. De chauvigny<sup>(1)</sup>, F.Deligne<sup>(2)</sup>, J.Nizard<sup>(3)</sup>, C.Verny<sup>(2)</sup>, F.Garnier<sup>(4)</sup>, C.Baron<sup>(4)</sup>*

(1) HGRL CHU de Nantes, Nantes, France, (2) CHU Angers, Angers, France, (3) CHU Nantes, Nantes, France, (4) Faculte de médecine, Angers, France

L'hypnose médicale est une technique non médicamenteuse proposée dans les centres anti-douleur depuis quelques années. Les patients fibromyalgiques essaient donc cette technique dans leur prise en charge. Cette étude a pour but d'évaluer par le biais d'entretiens semi-dirigés l'intérêt de l'hypnose dans la fibromyalgie à distance de son début.

Onze entretiens ont été réalisés auprès de patientes fibromyalgiques pour recueillir leurs ressentis sur cette expérience et les apports observés à un an de sa découverte.

Concernant la triade symptomatologique de la fibromyalgie, cette étude a montré des apports de l'hypnose sur les douleurs, le sommeil et moindres sur la fatigue. D'autres apports importants sont relatés par les patientes sur la qualité de vie globale tels que : diminution du stress et de l'anxiété, amélioration de l'humeur, résolution de traumatismes du passé, amélioration de la mobilité et de la vie sociale, aide au niveau professionnel, rapports au monde et au corps améliorés et diminution des prises médicamenteuses.

L'hypnose semble être une stratégie de « coping » dans la fibromyalgie car elle permet une acceptation de la maladie, une meilleure gestion des symptômes et donc une autonomisation du patient. Il ressort également de cette étude que les représentations antérieures de l'hypnose, l'exercice proposé, la formation du thérapeute et les modalités des séances influent peu sur les résultats mais la confiance dans le thérapeute est fondamentale pour l'efficacité de la technique ! D'autres études plus puissantes sont nécessaires pour confirmer ces résultats.

## Recherche clinique - Enfants

### **P-144 : Efficacité et tolérance d'emplâtres de Lidocaïne à 5% dans les douleurs neuropathiques et dans les crises vaso-occlusives drépanocytaires chez la population pédiatrique: une étude clinique prospective multicentrique**

V. Rousseau<sup>(1)</sup>, C.Arriubergé<sup>(2)</sup>, S.Chabaud<sup>(3)</sup>, V.Launay<sup>(1)</sup>, S.Thouvenin<sup>(4)</sup>, B.Tourniaire<sup>(2)</sup>, M.Morelle<sup>(3)</sup>, P.Marec-Berard<sup>(5)</sup>

(1) Service d'Urgences et Réanimation Pédiatrique, Hôpital Femme Mère Enfant, Bron, France, (2) Unité d'Analgesie pédiatrique, Centre Hospitalier Universitaire Trousseau, Paris, France, (3) Unité de Biostatistique et d'Evaluation des Thérapeutiques, Centre Léon Berard, Lyon, France, (4) Service d'Hématologie et Oncologie Pédiatrique, Centre Hospitalier Universitaire, Saint-etienne, France, (5) Institut d'Hématologie et d'Oncologie Pédiatrique, Centre Léon Bérard, Lyon, France

Les douleurs neuropathiques et les douleurs de crise vaso-occlusive osseuses de l'enfant sont souvent traitées avec des molécules aux nombreux effets secondaires. Le but de cette étude est de montrer que les emplâtres de Lidocaïne 5% sont efficaces et bien tolérés dans la population pédiatrique.

C'est une étude de phase II, prospective, ouverte, non randomisée et multicentrique. Les patients, entre 6 et 21 ans, souffrant de douleurs neuropathiques ou de crises vaso-occlusives osseuses superficielles étaient proposés à l'inclusion. L'efficacité était définie par le taux de patients présentant, pendant au moins 2 jours consécutifs, une diminution d'au moins 2 points de l'EVA entre la pose de l'emplâtre de Lidocaïne 5% (t0) et une mesure effectuée à 12 heures (t12). Selon un plan de Fleming-A'Hern en une étape, 39 patients ont été inclus et un minimum de 29 succès (74%) était nécessaire pour conclure à l'efficacité du traitement. La tolérance était objectivée par le taux de patients présentant des effets indésirables selon les critères du National Cancer Institute Common Terminology Criteria for Adverse Events v4.0.

La population d'analyse était composée de 39 patients. 48,6% des patients ont présenté une baisse d'au moins deux points de l'EVA entre t0 et t12 sur 2 jours consécutifs. Lors du J1, les scores d'EVA étaient significativement diminués d'au moins deux points chez 58,97% des patients entre t0 et t12. Seul 7,7% des patients ont présenté des toxicités de grade 1 et 2.

L'utilisation des emplâtres de Lidocaïne à 5% semble réduire l'intensité de la douleur dans la moitié de notre population d'étude. Toutefois, nous ne pouvons affirmer l'efficacité du traitement telle que définie par notre méthode statistique initiale. Cependant, devant la bonne tolérance, nous pouvons conclure qu'il est sans risque d'essayer de l'intégrer dans l'arsenal thérapeutique disponible en pédiatrie.



### 3- Recherche fondamentale

## Recherche fondamentale

### **P-44 : La mesure de la concordance entre l'hétéro-évaluation de l'infirmière et l'auto-évaluation du patient, en salle de réveil.**

*A. Fiorentino<sup>(1)</sup>, J. Tischhauser<sup>(2)</sup>, AS .Ramelet<sup>(1)</sup>, M. Roulin<sup>(2)</sup>*

(1) Institut Universitaire de Formation et de Recherche en Soins/Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne, Suisse, (2) Institut Universitaire de Formation et de Recherche en Soins/Hôpitaux Universitaires Genève, Genève, Suisse

La douleur est une expérience subjective, difficile à évaluer(1). C'est une problématique fréquente pour les soignants surtout lorsque les patients sont incapables de s'autoévaluer. L'hétéro-évaluation permet à l'infirmière de juger de l'intensité de la douleur du patient et d'agir en conséquence. Celle-ci n'est pas toujours fiable, les infirmières tendent à sous ou surestimer la douleur du patient, même si une concordance a été trouvée dans quelques écrits (2-6). Cette recherche a comme objectif de vérifier l'existence ou non d'une concordance entre l'auto-évaluation de la douleur du patient et l'hétéro-évaluation de cette même douleur par l'infirmière, à l'aide de l'échelle numérique verbale (ENV) allant de 0 à 10.

Cette étude descriptive et corrélationnelle a été réalisée dans une unité de salle de réveil d'un hôpital universitaire de Suisse Romande et un échantillon de 40 interactions patient-infirmière a été observé. Le niveau d'acceptabilité entre l'hétéro-évaluation de l'infirmière et l'auto-évaluation du patient a été jugé selon le critère de lafrati(7). Une corrélation de Pearson et une méthode de Bland-Altman ont été utilisés pour mesurer le niveau d'association et de concordance.

Les résultats montrent une corrélation positive forte ( $r = 0,86$  ;  $p < 0.001$ ). La méthode de Bland-Altman révèle une concordance faible entre l'hétéro-évaluation et l'auto-évaluation. La limite de la concordance quant à elle se situe à  $-3,10$  et à  $2,66$  ET. Le score médian de l'ENV patient est de 2. Malgré une évaluation fréquente de la douleur par du personnel spécialisé, une différence entre les résultats est mise en évidence. La corrélation n'est que le reflet de l'association linéaire entre les variables et ne juge pas de son niveau d'accord.

Le processus de l'évaluation de la douleur est complexe et parvenir à une concordance entre ces deux évaluations reste un défi, nécessitant des investigations complémentaires.



## Recherche fondamentale

### **P-77 : Conséquences structurelles de la migraine épisodique chez les sujets âgés: une étude en VBM**

*S. Celle<sup>(1)</sup>, C. Boutet<sup>(1)</sup>, I. Faillenot<sup>(1)</sup>, F. Roche<sup>(1)</sup>, R. Peyron<sup>(1)</sup>, C. Créac'h<sup>(1)</sup>*

(1) CHU Saint Étienne, Saint étienne, France

La migraine est caractérisée par crises de céphalées récurrentes associées à des anomalies cérébrales réversibles. Il existe une littérature importante montrant des liens entre la migraine et des anomalies de substance blanche. Les études explorant les volumes de substance grise sont contrastées et leurs résultats dépendent des méthodes statistiques utilisées. De plus, le lien entre la substance grise et la migraine chez la personne âgée est méconnu.

Afin d'étudier la question de la réversibilité de la migraine avec l'âge et son impact sur les structures cérébrales nous avons sélectionné au sein de la cohorte (PROOF) des sujets de 75 ans ayant bénéficié d'une IRM cérébrale en 2010. A partir de des critères de l'IHS, nous avons individualisé 25 patients présentant des migraines épisodiques actuelles, 37 patients ayant précédemment souffert de migraines épisodiques et 39 sujets contrôle n'ayant jamais souffert de migraines. Nous avons réalisé une étude morphométrique (segmentation unifiée, recalage DARTEL et analyse VBM) sur ces images en nous intéressant particulièrement à deux régions d'intérêt : les générateurs de migraine et le réseau de la douleur.

Cette analyse a montré que par rapport aux sujets contrôles, les patients présentant des migraines épisodiques avaient un moindre volume de substance grise dans l'opercule pariétal gauche (SII, sous-division OP4,  $p=0,047$  corrigé au niveau du cluster). Cette réduction de volume de la substance grise s'observait également, à une moindre mesure comparativement aux anciens migraineux, tandis que ces derniers ne diffèrent pas des contrôles.

Les changements structurels observés ici sont à rapprocher d'atteintes similaires dans d'autres types de céphalées ou de douleurs chroniques. Ils concernent une région cérébrale impliquée dans la nociception chez l'homme. La différence de volume entre les migraineux épisodiques et les anciens migraineux suggère que la migraine épisodique n'a pas d'impact à long terme sur le volume cérébral local.