BOOK PRESSE 2022 •



Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur

Parutions de janvier 2022 à décembre 2022

Réalisation © Buro2presse - Mise à jour le 02 février 2023. Cette mission de relations presse a été réalisée grâce au mécénat de la Fondation APICIL.



CONTACT PRESSE

Agence Buro2presse Wilma Odin-Lumetta contact@buro2presse.com

Tél.: 06 83 90 25 64



ACTIONS PRESSE - 2022

1 - Interview - Janvier 2022

Valéria Martinez par Marine Cygler

2 - Interview - 16/02/2022

Jeanne Bigot pour Le Dauphiné Libéré

3 - Communiqué de presse - 03/05/2022 - PARIS

Parution du livre blanc de la douleur postopératoire et sa chronicisation

4 - Interview - 18/05/2022 - PARIS

Valéria Martinez pour Santé Mag Livre Blanc de la douleur post-opération + pich SFAR

5 -Invitation point presse - 19/05/2022 - PARIS

Une même langue, un même message : « luttons contre la douleur. » En partenariat avec la Fondation APICIL.

6 - Interview - 24/05/2022

Valéria Martinez pour Santé Mag

7 - Interview - 07/06 2022

Demande interview non aboutie, refus de l'AFP de Raphael Nadal sur le sujet de la douleur.

8 - Dossier de presse - 10/06/2022 - PARIS

Une même langue, un même message : « luttons contre la douleur. » En partenariat avec la Fondation APICIL.

9 - Point presse - 10/06/2022 - PARIS

Une même langue, un même message : « luttons contre la douleur. » En partenariat avec la Fondation APICIL.

10 - Interview - Juin 2022

Karine Constans pour Actu soins par Géraldine Langlois

11 - Interview - Juin 2022

Karine Constans pour Infirmières.com

12 - Interview - Juin/Juillet/septembre 2022

Dr. Tosti de la part de Valéria Martinez pour Le Généraliste

13 - Invitation point presse - 19/10/2022 - Lille

22^{ème} congrès national de la SFETD, société française de la douleur. En partenariat avce la Fondation APICIL.

14 - Communiqué de presse - 31/10/2022 - Lille

PAINTalks, Et si nous parlions douleur?

15 - Interview - 14/11/2022

Sylvie Rostaing pour Egora

16 - Dossier de presse - 15/11/2022 - Lille

22^{ème} congrès national de la SFETD, société française de la douleur. En partenariat avce la Fondation APICIL.

17 - Point presse - 15/11/2022 - Lille

22^{ème} Congrès national de la SFETD, société française de la douleur. En partenariat avce la Fondation APICIL.

18 - Interview - 17/11/2022

Valéria Martinez pour France Bleu

19 - Interview - 29/11/2022

Valéria Martinez pour Kiné Actu

20 - Interview - Novembre 2022

Nathalie Attal pour Egora par Brigitte Bond. Sujet sur le cannabis thérapeutique

21 - Interview - Novembre 2022

Hélias Prévost pour le Qutodien du Médecin

22 - Interview - Novembre 2022

Valéria Martinez pour APM

23 - Interview - décembre 2022

Caroline Maindet par Adélaïde Robert pour 60 millions de consommateurs. Sujet : La question du chaud et du froid sur les douleurs chroniques.

PARUTIONS 2022.

Point presse/Campagne Fibriomyalgie 2021

Le Particulier Santé - Février 2022 Réflexion - Mai 2022

Campagne Endométriose 2021

Objectif soins - Oct/Nov 2022

Point presse Octobre 2021

1-Opioïdes:

Santé Magazine - 01/01 Le Moniteur des Pharmacies - 15/01 Le Moniteur des Pharmacies.fr - 15/01 Le quotidien du Pharmacien - 01/04 Vidal.fr - 14/04

2- Douleurs chroniques:

Néon Mag.fr - 29/03 Terra fémina.com - 30/03 Notre temps - 01/04 Notre temps.fr - 01/04 Top Santé.com - 28/05

Congrès SFETD 2021

1- Général

Le Généraliste - 10/01 Le Quotidien du Médecin.fr - 14/01 Le Quotidien du Médecin.fr - 14/01

2- Douleur chroniques chez l'enfant

Le Quotidien du médecin.fr - 14/01 Le Quotidien du Médecin - 14/01

Livre blanc douleurs post-opératoire

Le Généraliste - 10/01 Le Quotidien du médecin.fr - 14/01 Notre temps - Mars 2022 DR. Good - 01/03 La veille des acteurs de la santé.fr - 10/05 Hospimédia.fr - 12/05 Hospimédia - 13/05 Le généraliste - 16/05 Medscape.com - 23/05

Mutualiste.com - 26/05 Handicap.fr - 30/05 Onko+ - Mai 2022 Rhimatos - Mai 2022 Avenir et santé - 01/06 Var matin - 05/06 Nice matin - 05/06 Monaco matin - 05/06

Le figaro santé - 06/06 L'aide soignant - Juin/Juillet 2022

La revue de l'infirmière - Juin/Juillet 2022

Kiné actualité.com - 02/07 Soin et santé - Juillet 2022 Santé magazine - 01/08 La revue du patricien.fr - 16/09 Dr. Good - Novembre/Décembre 2022

Point presse Juin 2022

Objectif soins - Février/Mars 2022
Toute la veille acteur santé.fr - 08/06
Hospimédia.fr - 14/06
Kiné actualité - 23/06
Actu soin.com - 23/06
Kiné actualité - 07/07
Egora.fr - 04/07
Egora - 10/07

Congrès SFETD 2022

Le Monde - 18/10 Le Monde.fr - 17/10 La veille des acteurs de la santé.fr - 20/10 News Yahoo.com - 10/11 Finance Yahoo.com - 10/11 Sciences et Avenir.fr - 10/11 Bulletin du cancer - Novembre 2022 La voix du Nord - 15/11 France Bleu Nord. Le 6-9 - 17/11 France bleu Nord, Le 9h-11h - 17/11 Hospimédia.fr - 17/11 Hospimédia Newsletter -18/11 Presslib.com - 24/11 DR. Good - Novembre/Décembre 2022 Egora - 05/12 Egora - 05/12 Egora.fr - 20/12 Egora.fr - 20/12 Réflexions Rhumatologiques

Citations SFETD

Le Figaro Santé - Janvier/Mars 2022 La Lettre du Neurologue - Janvier/Février 2022 L'infirmière - Février Libération.fr - 07/02 Le généraliste - 30/05 Porphyre - Juin 2022 Fhpmco.fr - 29/08 Presslib.com - 24/11

FIBROMYALIGIE 2021.

LE PARTICULIER SANTÉ

FEVRIER 2022



DOSSIER Fibromyalgie: le parcours du combattant

Une longue errance médicale

ans

C'est le temps que prend la pose du diagnostic chez 49 % des patients. Source : Fibromyalgie France, 2017

années. Tout a commencé en 2006 pour couteau », témoigne Karine, 51 ans, elle ce chef d'entreprise, qui était alors à la aussi atteinte. tête de trois commerces d'alimentation: « Tout d'abord, j'ai commencé par avoir La multiplication des vertiges. Et puis, une fatigue s'est installée et des douleurs sont apparues un peu partout, associées à des problètant lui diagnostique une hypertension

ilans radiologiques, endosco- tes, au moins une par spécialiste, qui se piques, cardiologiques, san- heurtent toutes au mutisme des exaguins... « J'en ai des valises mens : Cédric est un malade en bonne entières », raconte Cédric, santé. « C'est difficile à entendre quand 42 ans. Comme autant de traces d'une votre corps est parcouru de douleurs errance médicale qui a duré plusieurs fulgurantes, semblables à des coups de

des examens

Fin 2018, la jeune femme doit faire face à mes gastriques ». Si son médecin trai- de multiples souffrances (douleurs aux jambes, grande fatigue, sentiment de artérielle et le soigne, les autres symptô- désorientation assorti de problèmes de mes donnent lieu à une multitude de pis- mémoire), et à l'incompréhension des

Les symptômes peuvent évoquer diverses pathologies

Si le syndrome fibromyalgique est difficile à identifier, il existe d'autres syndromes. comme ceux de l'intestin irritable (SII) et de fatique chronique (SFC), pour lesquels les examens ne révèlent rien de tangible. Plus faciles à diagnostiquer, deux maladies auto-immunes, le lupus et le syndrome de Gougerot-Sjögren, présentent, chacune, des marqueurs spécifiques. Encore faut-il y penser. Elles font partie de ces affections qui peuvent être confondues avec la fibromvalgie, d'où l'intérêt des examens différentiels. Certains troubles

rhumatologiques inflamma toires, dont les symptômes miment ceux de la fibromyalgie, tels que la polyarthrite rhumatoïde et la spondyloarthrite, sont décelables grâce à une analyse sanguine. Deux autres pathologies évolutives, la sclérose en plaques (SEP) et les troubles de la thyroïde. ont également, au début, des signes assez peu spécifiques. « Parfois, les unes peuvent être associées aux autres », relève l'algologue Rodrigue Deleens. La fibromyalgie peut ainsi accompagner le lupus (37 %), la spondylarthrite (21,4%) et



la polyarthrite rhumatoïde (21 %). Certaines maladies psychiatriques peuvent

l'instar des troubles anxieux chez 35 à 62 % des natients ou de la dépression, chez 58 à 82 % d'entre eux.

personnels soignants. « On a fini par me dire que je souffrais sûrement d'une dépression », confie-t-elle. S'ensuivent un mi-temps thérapeutique, des séances chez un psychiatre et la prise d'antidépresseurs. « La plupart des patients ont une histoire compliquée, reconnaît le neurologue Didier Bouhassira. Il est normal, quand on a des douleurs inexpliquées, de consulter de nombreux médecins. Le problème, c'est que, selon leur niveau de connaissance, ils demanderont des examens complémentaires pour rechercher d'autres pathologies, généralement sans les trouver. » Outre leur inutilité, la multiplication des analyses peut être source d'angoisse. « C'est la première erreur délétère », complète la rhumatologue Françoise Laroche, présidente du Collège des enseignants de la médecine de la douleur. Cédric, lui, se souvient avec amertume du jour où un énième rhumatologue pose enfin le diagnostic de fibromyalgie sur ses douleurs : « Je me suis entendu dire qu'on ne pouvait rien faire ». L'espoir d'un apaisement, tant attendu, vole en éclats. Le pire des scénarios? En tout cas, le pire des messages: « Dire qu'on ne connaît pas ou qu'on ne sait pas soigner donne l'illusion au patient que personne ne peut l'aider », estime le Pr Laroche.

Un retentissement social

Lassée de prendre des antidépresseurs sans observer la moindre amélioration, Karine a fini par se rendre au Centre d'évaluation et de traitement de la douleur de sa région. L'accueil, bienveillant, l'a aussitôt mis en confiance. En août 2021, les médecins ont diagnostiqué une fibromyalgie.« Un certain nombre de traitements ont été mis en place, mais je ne réponds à rien. J'ai toujours des

Un nomadisme délétère

Poser un diagnostic de fibromyalgie peut prendre beaucoup de temps. Or ce temps joue en défaveur des personnes qui en souffrent. « L'idéal serait que ce diagnostic soit posé le plus tôt possible. De fait, une prise en charge précoce peut stabiliser l'évolution de la maladie », constate Carole Robert, présidente de France Fibromyalgie. Plus les

années passent, plus l'impact de la maladie peut être nocif, confirme le Pr Didier Bouhassira: « Le nomadisme médical a un retentissement maieur sur le plan psychologique (anxiété dépression), mais aussi sur le plan physiologique, fonctionnel Comme les natients ont mal, ils ne bougent plus, certains sont cloués au lit, ce qui aggrave les choses ».

fourmillements, des raideurs dans les muscles et les articulations, et une sensation d'oppression du côté droit du cerveau. Je suis en colère, il m'arrive d'insulter mon corps. » Ce corps qui la fait souffrir et la contraint à l'isolement. En arrêt de travail depuis plus de 18 mois, Karine a vu sa vie sociale se réduire comme peau de chagrin : « Comme mes douleurs ne se voient pas, mes proches ne me comprennent pas toujours. Alors je mène une vie d'ermite ».

Le kinésithérapeute de Cédric est devenu son meilleur ami, celui qui le comprend le mieux et lui fait du bien. Après s'être longtemps caché, il a rejoint Fibromyalgie France. « Mon combat, c'est de faire valoir la place des personnes en situation de handicap dans le monde du travail. Depuis que je suis dans l'association, j'ai rencontré beaucoup d'hommes qui avaient des métiers physiques et qui ont tout perdu. C'est horrible. » Cet engagement est aussi sa bouée de sauvetage: « La vie, c'est du lien social. Si je reste enfermé chez moi, je ne tiendrai pas ». Karine, elle, s'est mise à la peinture, sa « planche de salut », déclare-t-elle. ■

CONTACTS > Fibromyalgie France Association de patients 7 fibromyalgie ance.org > SFETD Société française d'études e

RÉFLEXION

MAI 2022





Prise en charge non médicamenteuse de la fibromyalgie : quoi de neuf pour 2022 ?

Patrick Sichère, rhumatologue, membre du Cercle d'Étude de la Douleur en Rhumatologie (CEDR), de la Société Française d'Étude et Traitement de la Douleur (SFETD)

n consultation, environ 9 fois sur 10, se présente une patiente dâgée de 30 à 40 ans environ, qui a déjà beaucoup consulté, sans se sentir comprise, voire écoutée. Souvent elle s'entend dire « c'est dans la tête » ou « vous êtes dépressive », parce qu'elle se plaint d'avoir mal partout alors que les examens complémentaires sont normaux ou ne peuvent expliquer ses douleurs.

La douleur persistante bénigne de la fibromyalgie est capricieuse, variable, donc désarçonne patient et médecin, d'autant qu'on ne trouve pas d'explication et, de ce fait, pas de traitement adapté à proposer. Cette apparente impasse explique le rejet non seulement du milieu médical mais aussi des proches ou des collègues de travail. Et pourtant, ces douleurs pénibles et quotidiennes ont des retentissements multiples, non seulement physiques, psychiques, mais aussi relationnels, professionnels et financiers.

C'est dire l'importance, lors de la première consultation, d'être clair pour la patiente. D'abord confirmer le diagnostic après écoute de son histoire et l'examen clinique, mettant fin une bonne fois pour toute à la cascade d'examens complémentaires. Puis, il faut lui apporter des explications se résumant au fait que la fibromyalgie est la conséquence d'une dysfonction des centres de la douleur.

Traiter, c'est donc informer, rassurer, créer un partenariat, stimuler le conjoint, faire appel à la pluridisciplinarité. Ainsi allons-nous pouvoir organiser, en totale collaboration avec la patiente et son entourage, cette fameuse prise en charge globale. Cette partie de carte à plusieurs atouts.

Sont prioritaires les traitements non pharmacologiques comme le conseillent les recommandations de l'EULAR 2016. À savoir tout d'abord et de façon incontournable la prescription d'une activité physique régulière. Autant pour stimuler les endorphines, lutter contre la sédentarité qu'affectionnent la douleur et les troubles du sommeil, que pour reprendre confiance dans un corps souvent jusque-là rejeté car confondu avec la douleur et ses retentissements. Il n'y a aucune contre-indication à l'activité physique pourvu qu'elle soit plaisante et au début, fragmentée,

L'éducation thérapeutique pourra aider la patiente à changer ses habitudes, à acquérir des connaissances. Les thérapies cognitivo-comportementales vont corriger les fausses croyances et réorganiser une vie plus harmonieuse en accord avec la patiente elle-même, en s'appuyant sur des techniques comme la relaxation, la méditation ou l'hypnose.

La cure thermale est aussi une formidable opportunité pour bénéficier, outre des soins en piscine, préconisés par l'EULAR, d'ateliers d'éducation thérapeutique, de soins de sophrologie ou pour redynamiser un corps trop souvent victime d'une kinésiophobie. Nous évoquerons à ce propos notre étude faite à Dax, à partir de 157 patients fibromyalgiques, comparant soins thermaux classiques versus soins thermaux plus éducation thérapeutique. Une première mondiale organisée sur 2 ans.

Mais d'autres travaux prometteurs intéressent désormais les rhumatologues dans cette prise en charge comme l'effet bénéfique de la stimulation du nerf vague, des rTMS, autrement dit les champs magnétiques pulsés et autres neuromodulations.

Décidément, les traitements non pharmacologiques prennent bien le pas sur les traitements médicamenteux. Cela au bénéfice de la patiente, évidemment

Liens d'intérêts : aucun

ENDOMÉTRIOSE 2021.

OBJECTIF SOINS OCTOBRE/NOVEMBRE 2022









ENDOMÉTRIOSE

La prise en charge s'organise

n début d'année 2022, la gynécologue Chrysoula Zacharopoulou a rendu son rapport de proposition d'une stratégie nationale contre l'endométriose*, menant à sa mise en place par le Président de la République. Parmi les cinq axes de travail proposés figure « la garantie d'une prise en charge globale et personnalisée sur tout le territoire ». Cette prise en charge, progressivement déployée grâce à enveloppe de 4,5 millions d'euros de financement l'action conjointe de médecins et d'associations de par an. Du côté de la prise en charge de la douleur, patientes, nécessite, selon le rapport « le déploiement de filières territoriales dans les régions » et atteintes d'endométriose, les filières territoriales dedans toute la France. C'est dans cet objectif que la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) spécifiques mais aussi s'associer à la médecine a annoncé dans un communiqué « la publication du cadre d'orientation national pour la mise en œuvre de ces filières régionales sur l'ensemble du territoire », sur la base d'un travail mené par un groupe constitué d'institutionnels, d'agences régionales de santé (ARS), de conseils nationaux de la douleur (<u>SFETD</u>) a lancé un Mooc** spécifique professionnels, de sociétés savantes, ainsi que de patients et personnels qualifiés. En lien étroit avec renforcer la prise en charge de la maladie, indiquant les ARS et les acteurs locaux, ces filières endométriose participeront à la construction d'une offre de soins graduée en trois niveaux et dans lesquelles seront intégrées les prises en charge de proximité et de recours (notamment chirurgicales), de la dou-

leur et de l'infertilité. Ces filières territoriales auront également pour mission d'organiser des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP), d'améliorer les pratiques professionnelles et d'informer le public sur l'offre de soins disponible. Une instruction a été publiée pour la mise en œuvre du dispositif et devrait aboutir à la constitution de ces filières pour fin 2023. Ce déploiement s'accompagnera d'une qui est l'une des principales plaintes des patientes vront mettre en place des consultations antidouleur scolaire (via des projets d'accueil individualisé en lien avec l'Éducation nationale) et celle du travail, pour une meilleure prise en compte de la maladie dans toutes les sphères de la vie en société. À noter que la Société française d'étude et de traitement sur l'endométriose et un plan d'actions visant à notamment les thérapies antidouleur adéquates.

Anne Lise Favier

*https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/10_01_2022_strategie_nationale_finale_chrysoula_zacharopoulou_vf.pdf **massive open online course

POINT PRESSE OCTOBRE 2021 •

1- Opioïdes

SANTÉ MAGAZINE

01/01





Les médicaments antidouleur sont-ils trop prescrits en France?

Pr VALERIA MARTINEZ -

Présidente de la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD)

«Les techniques nonmédicamenteuses ne sont pas assez utilisées»

Nous avons tendance à prescrire et délivrer ces médicaments à l'unité. Quant aux techniques nondurent plus de trois mois. La difficulté n'est pas seulement de soulager la douleur, mais aussi proposons de l'hypnose, de la les problèmes qui en découlent comme les troubles du sommeil. Pour cela, nous disposons de médicaments et de techniques non-médicamenteuses qui doivent de vie des patients en les aidant être associés. Trop souvent, les prescriptions d'antalgiques sont reconduites de façon systématique. Or, nos structures sont fragilisées. Médecin et patient devraient se demander régulièrement si ce médicament est toujours utile. On pourrait aussi prescrire

les douleurs chroniques, celles qui médicamenteuses, elles ne sont pas assez utilisées. Dans les structures hospitalières de la douleur, nous méditation, de l'acupuncture, de la relaxation par la musique ou la réalité virtuelle. Ces techniques améliorent la qualité à moins se focaliser sur la douleur, et sont sans effets secondaires. Depuis le dernier plan national de lutte contre la douleur en 2012 la dynamique s'est essoufflée.

Un manque de consultations spécialisées

12

millions

de Français

souffrent

de douleurs

chroniques.



245 structures de la douleur

existent dans les hôpitaux français, dont 39 spécialisées en pédiatrie.



400 000 patients

y sont reçus chaque année.



2 à 6 mois Ce sont en movenne

les délais

d'attente

des médecins qui y travaillent vont partir à la retraite dans les cinq ans.

LE MONITEUR
DES PHARMACIES

15/01



Mission opioïdes

our sensibiliser les soignants au mésusage des opioïdes, la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD) lance le serious game « Opio n'est pas jouer ! ». Il propose aux médecins, aux infirmiers ou aux pharmaciens d'apprendre à reconnaître les signes de mésusage et à adopter la bonne conduite face aux patients. Sous forme de cas clinique concret adapté à chaque profession et inter-

actif via un agent conversationnel (chatbot), le jeu rappelle quelques messages clés : définition du mésusage, différence entre mésusage et tolérance, indications non adaptées aux opioïdes, utilisation récréative, etc. Chaque séquence de jeu dure moins de 7 minutes. opionestpasjouer.com est accessible gratuitement sur smartphone, tablette ou ordinateur. Prêt à accepter la mission?

Yolande Gauthier



LE MONITEUR DES PHARMACIES.FR

15/01



Antalgiques opioïdes : enfin des recommandations de bon usage !

La surconsommation des antalgiques opioïdes est déjà dans le viseur des autorités de santé françaises depuis de nombreuses années. Si le problème n'atteint pas le niveau catastrophique nord-américain, la France se trouve dans une situation à risque. Aussi, la Haute Autorité de santé (HAS) publie, ce jeudi 24 mars, ses premières recommandations de bonne pratique sur les antalgiques opioïdes. L'objectif est de prévenir tout risque d'addiction, sans restreindre l'accès de ces médicaments aux patients qui en ont besoin.



Getty Images/iStockphoto

Afin de promouvoir le bon usage des **antalgiques opioïdes** et de réduire le nombre de <u>surdoses</u>, le **ministère de les**Solidarités et de la santé a chargé la HAS d'élaborer <u>des recommandations</u>. Elles détaillent la conduite à tenir pour chaque situation où des opioïdes peuvent être prescrits : traitement de la douleur chronique non cancéreuse, de la douleur aiguë , de celle liée au cancer ou encore chez la femme enceinte et allaitante . Elles s'intéressent également à la prescription chez des personnes dépendantes à ces substances et elles abordent la prévention et la prise en charge d'un trouble de l'usage des opioïdes et des surdoses, hors contexte de prise en charge de la douleur. La HAS propose <u>des arbres</u>

<u>décisionnels</u> sur les stratégies thérapeutiques recommandées en fonction des situations.

Ces recommandations sont les bienvenues dans un contexte de vieillissement de la population et d'augmentation des maladies chroniques qui favorise la multiplication des symptômes douloureux. En 2015, 17 % des Français ont reçu au moins une prescription d'antalgiques opioïdes. Un chiffre qui serait en augmentation ces dernières années. Par ailleurs, les hospitalisations pour intoxication et les décès liés à cette classe de médicament sont en hausse significative. Le nombre de cas déclarés d'abus et de mésusage a été multiplié par 6 en 10 ans.

Ces chiffres préoccupants ont justifié de nombreuses interventions ces dernières années afin de prévenir une dégradation de la situation. Pour mémoire, en 2019, l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) avait publié <u>un état des lieux</u> de la consommation des antalgiques opioïdes en France. En 2018, le Réseau de prévention des addictions (Respadd), en partenariat avec l'Observatoire français des médicaments antalgiques (Ofina) et le réseau français d'addictovigilance piloté par l'ANSM, publiait <u>un guide pratique</u> destiné aux professionnels de santé. Enfin, en début d'année, pour sensibiliser les soignants au mésusage des opioïdes, la <u>Société française d'étude et de traitement de la douleur</u> (<u>SFETD</u>) a lancé le serious game « <u>Opio n'est pas jouer!</u> ».

LE QUOTIDIEN DU PHARMACIEN

01/04







À la Une

Opiacés:comment éviter la dérive à l'américaine

Lentement, mais sûrement la prescription et la consommation des opioides en France croissent. Pour éloigner le spectre de la crise des opioides survenue aux États-Unis, éviter la banalisation de ces médicaments et limiter les risques de mésusage, la Haute Autorité de santé (HAS) vient d'émettre les premières recommandations à leur sujet. Mieux cadrer la prescription et systématiser les réévaluations des traitements en cours sont au cœur de la démarche.

 Entre 2006 et 2017, la prescription d'opioides forts en France a augmenté de 150 % et le nombre d'hospitalisations liées à leur consommation, de 167% entre 2000 et 2017.
 Brandissant ces chiffres, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) tirait déjà le signal d'alarme en 2019.

Dans un long rapport intitulé « État des lieux de la consommation des antalgiques opioides et leurs usages problématiques », l'agence pointait l'augmentation observée sur les dix dernières années de la consommation de plusieurs antalgiques opiacés. Aujourd'hui, c'est au tour de la Haute Autorité de santé (HAS) de se pencher sur le sujet en publiant les premières recommandations détaillées sur la prescription et la consommation d'opioides. «Chaque année près de 10 millions de Français bénéficient d'au moins une prescription de médicaments antalgiques opioides », rappelle ainsi le Pr Nicolas Authier, chef du service pharmacologie et médecine de la douleur au CHU de Clermont-Ferrand, et président du groupe de travail auteur de ces recommandations. Certes, souligne le rapport de l'AS dans son introduction, la consommation en France



Le tramadol est devenu l'antalgique opioïde le plus consommé

n'atteint pas le niveau de celle observée aux États-Unis ou en Angleterre, mais elle augmente... Inquiétant lorsqu'on sait que quel que soit le médicament choisi (opioïde faible ou fort), les risques de développer un trouble de l'usage ou de surdose sont communs à tous.

Faux sentiment de sécurité associé aux opioïdes dits «faibles»

Concernant l'usage mal cadré des opioïdes faibles, il a sans doute plusieurs causes. Interrogée par « le Quotidien », Marie-Josée Augé-Caumon, présidente du CAARUD* de Montpellier et membre représentant du Conseil national professionnel (CNP) au sein du groupe de travail « opioïdes » de la HAS estime pour sa part que « l'arrêt du Di-Antalvic en 2011 et le durcissement des règles de délivrance des codéinés ont eu pour effet un report sur d'autres opioïdes faibles. Sans parler d'une défiance plus récente à l'égard des AINS qui, elle aussi, a un peu refermé le champ de la prescription ». De fait, en médecine de ville, les prescriptions de codéine et de tramadol font souvent suite à une petite intervention chirurgicale, ou visent à traiter une douleur articulaire bénigne ou même une simple crise migraineuse. Là est le piège... Car certains patients (et prescripteurs) ne mesurent pas le risque associé à l'usage prolongé, voire à l'augmentation progressive des doses. « Qu'importe le type de médicament opioïde, une quantité prescrite trop importante peut s'avérer rapidement problé-

Naloxone en prescription de « précaution »

● La naloxone, antidote spécifique des opioïdes, est indiquée pour prendre en charge un surdosage, lequel comporte un risque vital. La HAS a actualisé les recommandations pour son utilisation en ville. En premier lieu, elle souligne que sa prescription – et sa dispensation sous une forme prête à l'emploi – doit être envisagée et évaluée au moment de la prescription d'un opioïde, notamment si la personne concernée est dite « vulnérable » (événement de vie, sortie d'hospitalisation, d'incarcération, etc.). Cette prescription de « précaution » doit permettre à la

personne ou à un tiers présent d'intervenir et de traiter, en urgence, un surdosage aux opioides. Compte tenu de l'efficacité de courte durée de la naloxone du fait de sa demi-vie, la HAS souligne qu'une deuxième dose doit être administrée 2 à 3 minutes plus tard en l'absence d'amélioration, ou pour prolonger l'effet antidote si les secours ne sont pas arrivés. De plus, une autre cause de dépression respiratoire ou l'association des opioïdes avec d'autres substances dont la naloxone n'est pas l'antidote ne peuvent être exclues.

SUITE ARTICLE

01/04



Les clés d'une bonne prescription opiacée

Le Dr Anne-Priscille Trouvin, rhumatologue et médecin de la douleur au centre d'étude et de traitement de la douleur de l'hôpital Cochin (Paris), membre de la SFETD*, a participé à l'élaboration de recommandations de la Haute Autorité de santé. Elle aborde la place des opioïdes dans le traitement de la douleur aujourd'hui.

Le Quotidien du pharmacien. - Que pensez-vous de la prescription sur ordonnance qui concerne aujourd'hui tous les opioïdes?



Anne-Priscille Trouvin. - Avec le passage de la codéine sur ordonnance, c'est en effet l'ensemble des opioides qui sont désormais disponibles uniquement sur prescription. Par ailleurs, la prescription du tramadol a été limitée à 3 mois. Il v a donc eu, au cours des dernières années, un renforcement et une harmonisation concernant la prescription de ces molécules.

Les nouvelles recommandations semblent abandonner la distinction entre opioïdes forts et faibles. Est-ce par sentiment de fausse sécurité avec les onioïdes faibles qui sont, eux aussi, à risque de mésusage?

Rappelons que les paliers de l'OMS ont été décrits dans la douleur chronique du cancer et ne sont adantés qu'à cette situation. Clairement, cette stratégie de palier ne repose sur aucun fondement scientifique en douleur chronique non cancéreuse. Si elle est non calmée nar des traitements non opiacés, on prescrira des opioïdes en prenant en compte les différentes composantes de la douleur (sensorielle, émotionnelle, cognitive) et son retentissement sur la qualité de vie (psychologique, socioprofessionnelle). Par exemple, chez un patient douloureux chronique chez qui seuls les déplacements sont vécus comme très algiques, on préférera une petite dose d'antalgique opioïde avant l'effort plutôt qu'un traitement quotidien matin et soir voire plus fréquent. La tolérance aussi est importante à prendre en compte : une toute petite dose de sulfate de morphine peut tout à fait être mieux tolérée qu'une dose plus importante de tramadol ou de codéine. Par ailleurs, la situation sera totalement différente, et beaucoup plus évidente pour une douleur aiguë, où il faudra atteindre rapidement un niveau antalgique adapté à un soulagement rapide.

Un autre message primordial pour les douleurs aiguës est: prescrire à la dose la plus faible et pour la durée la plus courte, sans dépasser 14 jours. Au-delà il convient de toujours réévaluer la situation clinique et la nécessité d'une nouvelle prescription. Pourquoi ce choix?

En matière de douleur aiguë, il faut abandonner le concept de l'ordonnance avec une durée systématique classiquement, une ordonnance de sortie hospitalière d'antalgique pour 1 mois - car il faut réévaluer la situation le plus rapidement possible. Nous avons fixé la limite de 14 jours, qui nous est apparue comme atteignable, en pratique, pour obtenir un second rendez-vous médical

La réévaluation de la douleur est-elle suffisamment réalisée?

Pas assez, pour plusieurs raisons. En raison de l'attitude du patient qui, lorsqu'on lui prescrit un mois d'opioide, va parfois jusqu'à prendre son traitement jusqu'au bout même s'il n'a plus mal. En raison de la démographie médicale qui ne permet parfois pas au patient de revoir son médecin au bout de deux semaines. Ou encore, car chez les médecins, le réflexe d'une réévaluation systématique du traitement de douleurs aiguës est encore peu répandu.

Les professionnels de santé sont-ils confrontés à des difficultés lorsqu'il s'agit d'arrêter un opioïde?

Oui, surtout lors de douleurs chroniques : il est délicat de déclarer à un patient de but en blanc qu'il faut arrêter ce traitement qui, pour lui, est le seul destiné à soulager sa douleur (c'est un antalgique) bien qu'il convienne souvent de l'absence d'efficacité substantielle. On peut demander l'arrêt, mais en proposant autre chose. C'est là tout l'intérêt des consultations spécialisées de la douleur, où l'on peut envisager d'autres prises en charge, thérapeutiques ou non (kinésithérapie, neurostimulation transcutanée, acupuncture...).

Dans les douleurs chroniques, il apparaît primordial d'évaluer, avant la mise sous traitement, le risque de mésusage?

En effet, mais ce n'est pas parce qu'il y a risque de mésusage que cela contre-indique la prescription d'opiacés. On peut prescrire, en offrant au patient un accompagnement,

Pas d'opiacé pour une migraine

« L'échelle de l'OMS n'est adaptée qu'au contexte des douleurs nociceptives lors de cancers et n'a pas vocation à être généralisée à toutes les formes de douleurs. Que les opioïdes soient forts ou faibles, les risques de mésusage et d'usage problématique existent, et il vaut parfois mieux prescrire une faible dose d'un opioïde fort qu'une forte dose d'un opioïde faible », expliquait récemment au « Quotidien du médecin » le Pr Authier. « Concernant le traitement de la douleur chronique non cancéreuse, le recours aux opiacés ne doit être envisagé qu'en dernier recours », préconise ainsi la HAS. Cette recommandation est l'une des quatre élaborées sur la base d'une situation précise où le recours à un antalgique opioïde est recommandé : prise en charge d'une douleur aiguë, celle d'une douleur chronique liée au cancer ou encore celle d'une douleur aiguë chez les patients traités par médicament de substitution aux opioïdes (MSO). Pour chacune de ces situations,

la HAS a établi des fiches mémo assorties d'arbres de décision. Ainsi par exemple, si le soulagement des migraines, des douleurs pelviennes et autres TMS ne requièrent pas le recours aux opiacés, ceux-ci seront au contraire prescrits en première intention sur les douleurs chroniques cancéreuses.

■ Une nécessaire réévaluation

Même prescrits à bon escient, les traitements antalgiques opiacés doivent être instaurés selon des règles bien précises. « De façon progressive et avec des réévaluations régulières » recommande la HAS. « On débute à faible dose, et surtout on réévalue le traitement au bout de quatorze jours. On ne refait pas, sans réévaluation, une nouvelle prescription en augmentant les doses, ça ne sert à rien! » résume Marie-Josée Augé-Caumon. Selon elle, c'est en utilisant tous les grades de l'antalgie et en pratiquant une réévaluation scrupuleuse des traitements, qu'on améliorera la question. le bon usage des opioïdes dans la prise en charge des patients douloureux, Recadrer les règles de prescription de ces médicaments et

une surveillance accrue, et en lui expliquant les effets signant un mésusage auxquels il doit être vigilant.

Enfin, quid de la naloxone? Faut-il élargir sa prescription jusqu'à accompagnertoutes les prescriptions d'opia-

Il ne faut pas élargir sa prescription, mais il faut se poser la question de sa prescription. C'est-à-dire se demander de facon systématique si ce patient risque d'avoir besoin de naloxone et si oui, lui en prescrire en lui expliquant ainsi qu'à son entourage le mode d'utilisation. Aujourd'hui, les médecins ne se posent pas assez.

• Propos recueillis par Charlotte Demarti

* SFETD : Société française d'étude et de traitement de la douleur



Il vaut parfois mieux prescrire une faible dose d'un opioïde for qu'une forte dose d'un faible

VIDAL.FR

14/04



Douleur chez le sujet âgé : à rechercher systématiquement

Par Isabelle Hoppenot - date de publication : 14 avril 2022

Les douleurs sont extrêmement fréquentes chez les personnes âgées, source de nombreuses conséquences. Elles doivent être systématiquement recherchées et analysées. Leur prise en charge repose sur des mesures médicamenteuses et non médicamenteuses.



La douleur concernerait de 40 à 75 % des personnes âgées vivant à leur domicile et près de 90 % de celles institutionnalisées (illustration).

Résum

Fréquente et souvent plurielle, la douleur chez le sujet âgé doit être systématiquement recherchée et évaluée avec des outils validés. Elle peut retentir sur les sphères fonctionnelle, nutritionnelle, thymique et cognitive avec, à la clé, un risque de perte d'autonomie globale dans un contexte d'atteinte polymorbide.

Sa prise en charge est multimodale, faisant intervenir des mesures médicamenteuses et non médicamenteuses, en s'appuyant sur les différents acteurs de soins.

La prévalence de la douleur dans la population gériatrique est très élevée : elle concernerait de 40 à 75 % des personnes âgées vivant à leur domicile et près de 90 % de celles institutionnalisées. Les plus de 85 ans se présentent quatre fois plus souvent aux urgences pour une plainte douloureuse que les sujets de 50 ans, la douleur étant alors très fréquemment un motif de consultation.

Sont en cause des étiologies variées, volontiers multiples, avec au premier plan les pathologies rhumatologiques, puis les douleurs liées aux cancers ou aux conséquences de leur traitement, et celles en lien avec des maladies chroniques comme le diabète, l'artérite des membres inférieurs ou le zona.

Une approche multidisciplinaire

La majorité des sujets âgés n'ont pas une douleur d'origine unique, mais le plus souvent plusieurs douleurs aux **mécanismes parfois intriqués**, et la **prise en charge** thérapeutique est multimodale, **médicamenteuse et non médicamenteuse** (kinésithérapie, neurostimulation transcutanée, hypnoanalgésie, psychothérapie, acupuncture, aides techniques, etc.).

« Le recours aux traitements non médicamenteux est certes plus facile en milieu hospitalier et dans les structures socio-sanitaires qu'en ville, reconnaît le Dr Capriz. Mais, en libéral, il est important de ne pas hésiter à travailler de concert avec les kinésithérapeutes, les psychologues, les infirmières et les pharmaciens, qui ont tous un rôle important à jouer aux côtés des médecins traitants dans la prise en charge de ces patients. »

Les kinésithérapeutes sont ainsi d'une aide précieuse pour la prescription des aises techniques, pour le choix d'une canne ou d'un cadre de marche, par exemple. Les pharmaciens, en première ligne pour la délivrance des ordonnances et l'automédication, sont partie prenante de l'éducation des patients, tout comme les infirmiers qui viennent à domicile.

Les patients doivent comprendre pourquoi tel ou tel traitement leur est prescrit et il faut savoir anticiper les questions, notamment en cas de prescription d'une classe de médicament dont le nom peut être mal interprété : antidépresseur, antiépileptique, morphine, etc.

SUITE ARTICLE

14/04



Un suivi étroit du traitement médicamenteux

« Tout traitement antalgique médicamenteux a des effets indésirables, ce qui nécessite un suivi étroit du patient afin d'être réactif », rappelle le Dr Capriz. Dans tous les cas, la prescription doit être adaptée à la fonction rénale, à l'état nutritionnel, au poids et aux comorbidités.

Un consensus d'experts pluridisciplinaires, publié en 2017, a émis un certain nombre de recommandations [2] d'utilisation des antalgiques chez la personne âgée, en particulier chez les personnes fragiles et en état de grande dépendance.

Ce consensus rappelle que le paracétamol reste le médicament de choix en première intention dans les douleurs faibles à modérées, en prenant soin d'adapter la posologie en fonction des coprescriptions (notamment d'anticoagulants, en raison d'un risque accru hémorragique récemment décrit) et des comorbidités.

Du fait de leur toxicité digestive, rénale et cardiaque, et du risque de syndrome confusionnel, les anti-inflammatoires non stéroïdiens per os ne sont utilisés qu'en cas d'échec du paracétamol et leur prescription éventuelle doit obéir à des règles strictes.

Les formes topiques sont intéressantes dans certaines indications comme l'arthrose du genou ou de la main.

Quant au <u>néfopam</u>, analgésique central non opioïde doué d'une activité anticholinergique, il expose à tout un cortège d'effets indésirables, étant encore trop souvent employé en postopératoire ou dans un contexte d'urgence.

La place des opioïdes faibles récemment reprécisée

La place des opioïdes faibles (codéine, tramadol, poudre d'opium et dihydrocodéine), déjà précisée dans ce premier avis d'experts, a fait l'objet d'un nouveau travail de consensus spécifique, dont les conclusions ont récemment été publiées [3].

Comme l'indiquent les experts de l'intergroupe SFEDT/SFGG (Société française d'étude et de traitement de la douleur et Société française de gériatrie et gérontologie), ces opioïdes dits faibles restent utiles chez le sujet âgé, même si leur place hiérarchique dans la stratégie thérapeutique reste débattue et que des études robustes sont encore nécessaires.

Leur prescription en gériatrie se fait avec des précautions d'emploi similaires à celles des opioïdes forts et une surveillance de la tolérance et du mésusage dès la prescription initiale. Le choix de la molécule est guidé par l'étiologie et le mécanisme physiopathologique de la douleur, les comorbidités, les médicaments associés, la forme galénique la plus adaptée et l'environnement.

Les opioïdes forts, classiquement prescrits dans les douleurs cancéreuses et postopératoires, ont pour la plupart une autorisation de mise sur le marché dans la douleur chronique non cancéreuse, sur une durée limitée (trois mois) et à des doses modérées, en cas d'échec des traitements de première intention, comme la recommandé récemment la STETIO.

Sous réserve du respect des précautions d'emploi et d'une titration bien conduite, ils ont toute leur place chez la personne âgée.

Quelle approche dans les douleurs neuropathiques ?

Dans les douleurs neuropathiques, l'approche multimodale, s'appuyant, au-delà des médicaments, sur des techniques non médicamenteuses, est également préconisée.

Il est à noter que traitement médicamenteux des douleurs neuropathiques ne répond pas aux mêmes règles que celles des douleurs nociceptives. Notamment, l'intensité des douleurs n'est, dans ce cas, pas un critère de choix des médicaments antalgiques, et la règle des paliers de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) n'est pas applicable.

Il s'agit de traitements prolongés, sur plusieurs mois, débutés à faibles doses puis augmentées progressivement.

Les voies topiques doivent être privilégiées lorsque cela est possible, comme, le recours à des emplâtres de lidocaïne à 5 % dans les neuropathies périphériques localisées en première intention. Les patchs de capsaïcine à 8 % sont pour l'instant réservés à l'usage hospitalier.

Le traitement systémique fait préférentiellement appel aux anti-épileptiques gabapentinoïdes (la gabapentine est alors utilisée en première intention) et aux antidépresseurs. Les effets anticholinergiques des tricycliques en limitent leur utilisation, c'est pourquoi les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (Irsna) leurs sont préférés, sans pour autant méconnaître leurs effets indésirables.

©vidal.fr

SUITE ARTICLE

14/04



De multiples conséquences délétères

« La recherche de la douleur doit être systématique chez le sujet âgé, car elle impacte le patient dans toutes ses dimensions, fonctionnelle, nutritionnelle, psychoaffective, etc. », insiste le Dr Françoise Capriz, qui dirige le service de gérontologie clinique de l'hôpital Cimiez, à Nice.

Les douleurs affectant la sphère locomotrice sont une source de perte de mobilité et donc de confinement.

Le retentissement de la douleur sur l'appétit, déjà souvent erratique chez ces patients, peut venir aggraver des troubles nutritionnels préexistants. Sans oublier les conséquences des douleurs bucco-dentaires, souvent associées, mais également non reconnues.

Le caractère chronique de la douleur est aussi un facteur anxiogène et peut favoriser la survenue de troubles dépressifs, qui ont eux-mêmes un effet négatif sur le fonctionnement et les capacités cognitives. « À long terme, les douleurs chroniques sont délétères sur le plan cérébral et, ainsi, en présence de troubles mnésiques, il est important de toujours rechercher une douleur sous-jacente pouvant aggraver le tableau cognitif », poursuit le Dr Capriz.

Quels outils d'évaluation utiliser en pratique ?

L'évaluation de la douleur s'appuyant sur un outil fiable et validé est le préalable indispensable à une prise en charge adaptée. Comme le stipule le Collectif Doloplus, dans une récente mise au point publiée dans La Revue de gériatrie [1], priorité doit être donnée à l'auto-évaluation chez les personnes qui peuvent s'exprimer.

L'échelle visuelle analogique n'est pas la plus adaptée aux sujets de plus de 75 ans, chez lesquels l'échelle numérique (EN) ou verbale simple (EVS) sont préférées.

En cas de troubles cognitifs, ou de doute à l'auto-évaluation, <u>l'échelle Algoplus</u> permet d'évaluer cinq items en moins d'une minute. Initialement validée pour la détection des douleurs aiguës, elle est en pratique utilisable en dépistage pour tous les types de douleurs.

Bien analyser la douleur

Puis vient l'analyse de la douleur, étape essentielle puisqu'elle guide la prise en charge. Il faut ainsi préciser son étiologie, son caractère aigu ou chronique, son rythme, les facteurs favorisants, sa survenue, etc., ainsi que son mécanisme, neuropathique, nociceptif ou mixte.

Par exemple, en cas de douleur neuropathique localisée, les traitements topiques sont à privilégier, ce qui permet d'éviter des prescriptions d'antalgiques systémiques inutiles et potentiellement délétères.

De même, certaines étiologies peuvent bénéficier d'approches spécifiques, comme des aides techniques, aujourd'hui insuffisamment utilisées dans les troubles musculo-squelettiques du grand âge.

2- Douleurs chroniques

NÉON MAG.FR 29/03



Santé : femmes et hommes ne ressentent pas la douleur de la même façon

Nous ne sommes pas tous et toutes égaux face à la douleur. Une étude internationale nous apprend que femmes et hommes ne ressentent pas la douleur de la même manière, même si les traitements, eux, restent pour l'instant identiques.

0

n savait déjà que les hommes étaient moins tolérants à la douleur que les femmes, leur sensibilité étant accrue par le stress. On apprend aujourd'hui, grâce aux travaux de scientifiques américains et canadiens, publiés dans la revue *Brain* et rapportés par Futura, qu'au-delà de ce

ressenti physique, il existe entre les sexes une réelle différence neurologique qui influe sur notre perception de la douleur.

Cette différence se situe plus précisément dans les neurones de la moelle épinière chargés de traiter les signaux de douleur : la protéine responsable de la sensibilité à la douleur ne provoquerait pas les mêmes réactions dans les tissus humains féminins et masculins. Le rapport d'étude conclut que des travaux supplémentaires sont nécessaires pour déterminer « les effets que les æstrogènes et la progestérone [hormones féminines, ndlr] ont sur le développement de la douleur chez les rongeurs et les humains ».

Les femmes davantage sujettes aux douleurs chroniques

Une découverte essentielle qui pourrait induire une meilleure prise en charge des patientes, en particulier souffrant de douleurs chroniques. Ce type de douleur, persistante dans le temps et insensible aux traitements médicamenteux, comme les douleurs lombaires ou cervicales, touche en majorité les femmes. Elles représentent 57 % des 12 millions de personnes concernées en France. Les femmes sont aussi deux fois plus exposées aux maux de tête et aux migraines.

Le problème, c'est que dans 7 cas sur 10, ces douleurs chroniques ne sont pas correctement traitées selon la Société française d'étude et de traitement de la douleur. Surtout, les traitements sont les mêmes, que le patient soit un homme ou une femme.

La souffrance féminine systématiquement minorée

Pourquoi la médecine ne prend-elle pas en compte cette différence face à la douleur ? Tout simplement parce que la quasi-totalité des essais cliniques sont réalisés sur des spécimens mâles. « Une approche biaisée par les hommes a dominé la recherche en neurosciences, y compris la douleur, généralement sans justification fournie », soulignent les chercheurs. En résumé, une médecine faite par les hommes, pour les hommes.

Sur le même sujet >>> Qu'est-ce que la vulvodynie, cette douleur chronique de la vulve qui touche 10% des femmes ?

Cette inégalité face à la douleur rejoint un autre défi auquel doivent faire face les patientes: les stéréotypes genrés influent sur la perception et le traitement des douleurs. Plusieurs recherches, dont cette étude internationale publiée en septembre dans la revue *Journal of Pain*, montrent que la souffrance physique des femmes est systématiquement sous-évaluée et minorée.

Elles seront plus facilement orientées vers des soins psychologiques, quand les hommes, eux, se verront prescrire des médicaments.

TERRA FÉMINA.COM 30/03

terrafemina

Les femmes et les hommes ne ressentent pas la douleur de la même façon





Une nouvelle étude démontre que les femmes et les hommes éprouvent la sensation de douleur différemment. Pourtant, les traitements restent identiques et la souffrance féminine minorée.

C'est une différence neurologique entre les sexes qui serait à l'origine de cette inégalité de perception de la douleur, indiquent les travaux de scientifiques américains et canadiens sur le sujet, parus récemment dans la section Brain du site de publication de l'Université d'Oxford. Plus précisément, une différence située dans les neurones de la moelle épinière, détaille Néon qui relaie l'étude.

"La protéine responsable de la sensibilité à la douleur ne provoquerait pas les mêmes réactions dans les tissus humains féminins et masculins", note le média, ajoutant que les auteurs du rapport estiment nécessaires davantage de recherche sur le sujet, afin de déterminer "les effets que les oestrogènes et la progestérone (les hormones féminines, ndlr) ont sur le développement de la douleur chez les rongeurs et les humains", affirment de leur côté les scientifiques.

Le début d'une meilleure prise en charge des patientes ?

Cette découverte pourrait changer la façon dont les femmes et leur souffrance sont accueillies et écoutées par les soignantes. Car jusque-là, elle est systématiquement minorée lorsqu'exprimée, souligne le rapport, et les patientes se voient plus fréquemment orientées vers des soins psychologiques quand les hommes obtiennent des médicaments.

Par ailleurs, les auteurs constatent que les essais cliniques se penchent très rarement sur les cas des femmes et de leurs maux propres. "Une approche biaisée par les hommes a dominé la recherche en neurosciences, y compris la douleur, généralement sans justification fournie", déplore l'étude américanocanadienne.

Par exemple, les douleurs chroniques, que les médicaments ne soignent pas, affectent en majorité les patientes, lesquelles représentent 57 % des 12 millions de malades chroniques en France. Ou encore les migraines, note Néon, auxquelles elles sont deux fois plus exposées.

Dans 7 cas sur 10, ces sensations éprouvantes ne sont pas traitées correctement, informe la Société française d'étude et de traitement de la douleur, et les traitements sont similaires quel que soit le sexe de la personne concernée.

Des disparités qu'il serait grand temps d'éradiquer.

NOTRE TEMPS.COM

01/04

Notre temps

La neurostimulation, une solution contre les douleurs chroniques

Ø Douleur

% le 01/04/2022 à 13h51 par Raphaëlle Bartet - A Lecture en 3 mis



Méconnue et pourtant efficace, la stimulation médullaire est capable de soulager durablement des douleurs rebelles et d'améliorer la qualité de vie. Qui peut bénéficier de ce traitement?

La douleur est le premier motif de consultation, chez le généraliste comme dans les services d'urgence, pointe le Livre blanc de la Société française d'étude et de traitement de la douleur (Siald). Au-delà de trois mois, on parle de douleur chronique. Parmi les traitements non médicamenteux pouvant aider à retrouver une qualité de vie physique, psychique et sociale, la stimulation médullaire, technique désormais bien maîtrisée, reste peu connue alors qu'elle pourrait soulager de nombreux patients. Moins de 2000 personnes en bénéficient chaque année.

Pour qui?

La Haute Autorité de santé (HAS) la recommande en cas de:

- douleurs rebelles permanentes après une chirurgie du rachis (hernie discale, canal lombaire étroit...), douleurs neuropathiques périphériques, post-traumatiques ou post-chirurgicales, ou liées à un cancer, un zona ou un diabète;
- douleurs d'algodystrophie (chevilles, mains, pieds) résistantes à un traitement médicamenteux depuis plus de six mois.

Comment ca marche?

Le principe repose sur la découverte, dans les années 1960, des mécanismes physiologiques permettant d'inhiber la transmission du message douloureux. Il s'agit de moduler ce message par une stimulation électrique de faible intensité grâce à l'implantation d'un dispositif médical mini-invasif.

En pratique, une fine électrode est positionnée dans l'espace en regard de la moelle épinière correspondant à la zone douloureuse cible (membre inférieur ou membre supérieur). Cette électrode est implantée soit par chirurgie mini-invasive avec anesthésie générale courte, soit en percutanée comme pour une péridurale. Les premiers jours, l'électrode est reliée à un générateur d'impulsions électriques externe (boîtier) afin de tester le système à domicile et de programmer la stimulation (intensité, étendue, durée, fréquence des impulsions). Le boîtier est ensuite implanté sous la peau, soit en haut de la fesse, soit à proximité du nombril, lors d'une intervention d'une quinzaine de minutes. Le patient dispose d'une télécommande pour ajuster le niveau de stimulation, et choisir de ressentir, ou pas, une sensation de fourmillement, qui peut aider à masquer plus nettement la douleur.

Quelle efficacité?

Les résultats sont évalués par une équipe pluridisciplinaire au sein de l'unité douleur afin d'ajuster les paramètres de stimulation et de diminuer progressivement les traitements médicamenteux. Selon les études, 60 à 88% des patients observent un soulagement de la douleur, et une amélioration en termes de sommeil, d'activité physique, de vie sociale, avec une diminution, voire un arrêt, du recours aux médicaments, rarement efficaces à long terme et source d'effets secondaires parfois sévères (notamment les opioïdes).

Le suivi médical

Les dispositifs récents sont désormais rechargeables. La pile ne doit être changée, sous anesthésie locale, que tous les douze ans environ contre trois à cinq ans précédemment.

L'électrode peut être gardée aussi longtemps que nécessaire. À terme, le suivi est réalisé par le médecin de ville avec l'équipe spécialisée.

Où s'adresser?

La technique est proposée au sein de **centres référencés parmi les unités douleur** (liste sur **www.douleurs.org**) disposant d'un plateau technique adéquat et d'une équipe pluridisciplinaire de neurochirurgiens, médecins et anesthésistes spécialisés: Hôpital Fondation Adolphe de Rothschild et CH Saint-Anne (Paris), hôpital Foch (Suresnes), CHU Henri-Mondor (Créteil), CHU de Lille, Nice, Nantes, etc.

Les limites

Il s'agit d'un traitement des symptômes qui **ne supprime pas l'origine du problème** et ne prévient pas les récidives (hernie discale...). Il intervient en complément des conseils d'hygiène de vie (activité physique régulière...) et d'autres techniques allant de la kinésithérapie à la balnéothérapie en passant par la relaxation.

Combien ça coûte?

Le coût initial (environ 20 000 euros) est à relativiser par la réduction des hospitalisations et frais médicamenteux les années suivantes. La technique est prise en charge par la Sécurité sociale.

Avec la **Dre Hayat Belaid**, neurochirurgienne au Centre d'évaluation et de traitement de la douleur (CETD) de l'hôpital Fondation Adolphe de Rothschild-Paris.

TOP SANTE.COM

26/05



Douleur : les 6 idées reçues les plus courantes (certaines sont vraies)

Partagez sur Facebook **f**









FAUX. Il peut avoir des effets similaires à ceux de la morphine sur les douleurs les plus intenses. Nous sommes tous potentiellement sensibles à l'effet placebo, qui passe par la libération d'enképhalines dans le cerveau. La perception de la douleur varie effectivement selon nos attentes, la représentation que nous nous faisons de notre traitement et la relation de confiance que nous avons établie avec le médecin. Une personne qui se sent écoutée, reconnue dans sa souffrance et qui a bien compris pourquoi elle a mal et ce que les traitements peuvent lui apporter percevra sa douleur de facon moins intense

Au cours des dernières décennies, les chercheurs ont permis de mieux comprendre les mécanismes de la douleur. Mais elle s'accompagne encore de nombreux a priori pas toujours justes.

Premier motif de consultation chez le médecin généraliste et dans les services d'urgences, la douleur concerne plus d'un Français sur cinq. En cause, souvent des douleurs aiguës qui surviennent à l'occasion d'un accident ou d'une maladie. Cette sensation désagréable joue alors le rôle de signal d'alarme. Parfois cependant, des douleurs apparaissent sans que l'on puisse identifier une origine précise (fibromyalgie par exemple) ou/et s'installent au fil du temps, résistent aux traitements, et laissent de moins en moins de répit à ceux qui en souffrent.

DOULEUR PHYSIQUE ET DOULEUR PSYCHOLOGIQUE : DE NOMBREUSES **ANALOGIES**

Nous percevons cette réaction sensorielle exacerbée avec des terminaisons nerveuses spécialisées (2000 à 3000 nocicepteurs par mm2) situées sous la peau, dans nos viscères, autour des muscles, au niveau du cœur... Les nerfs conduisent alors les messages douloureux vers la moelle épinière, qui elle-même les transmet jusqu'au cerveau nous permettant de la "ressentir" et de la mémoriser. Le neurobiologiste Michel Lazdunski remarque de nombreuses analogies entre la douleur physique, qui peut devenir chronique, et la douleur psychologique, qui conduit fréquemment à la dépression et/ou au stress post-traumatique.

La douleur est perçue de façon subjective, selon notre sensibilité, notre histoire personnelle, notre culture, notre rapport à la maladie, etc.

L'hypersensibilité à la douleur pourrait être liée à des facteurs psychologiques, comme "certains traits de personnalité, une difficulté à identifier et à exprimer ses émotions, ou encore un vécu traumatique associé par exemple à des maltraitances ou des abus sexuels*,note le Dr Didier Bouhassira, neurologue. Par conséquent, le traitement qui convient à l'un peut ne pas soulager un autre. C'est toute la difficulté.

D'ailleurs, selon la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD), 70 % des personnes qui souffrent de douleurs chroniques modérées à sévères ne reçoivent pas de traitement approprié. "La douleur est un défi pour le médecin, il doit savoir s'adapter admet le Dr Patrick Sichère, rhumatologue. Pour ne pas la laisser s'installer, avant une intervention chirurgicale par exemple, les médecins prennent de plus en plus en compte les facteurs de risque de douleurs chroniques (anxiété, dépression, genre...), afin d'optimiser et d'individualiser la prise en charge.

>> Et quand la douleur est déjà là ? 'Il faut commencer par écouter et rassurer le patient. Ensuite, lui proposer une prise en charge pluridisciplinaire, alliant médicaments, éducation thérapeutique, rééducation, aide psychologique et autant de techniques qui contribueront à le soulager et à lui permettre de reprendre le pouvoir sur la douleur."

CONGRÈS SFETD 2021.

1- Général

LE GÉNÉRALISTE

10/01









De la neurophysiologie à la clinique, le congrès de la Société française d'étude et traitement de la douleur (<u>SFETD</u>) souligne chaque année la complexité de la douleur. Fin 2021, l'évènement renouait avec le présentiel en mettant notamment l'accent sur deux types de douleur que l'on commence à mieux prendre en compte: les douleurs ostéoporotiques vertébrales et post-chirurgicales.

HÉLÈNE JOUBER

Fractures vertébrales, même pas mal?

es douleurs induites par les tassements ostéoporotiques vertébraux ont fait l'objet d'une session dédiée lors du récent congrès de la Société française d'étude et traitement de la douleur (SFETD) (Montpellier, 17-19 novembre). L'occasion de rappeler que contrairement à certaines idées reçues, ces fractures peuvent être particulièrement algiques, y compris au long cours.

Alors que les fractures des os périphériques sont douloureuses avant immobilisation et pendant la consolidation mais beaucoup moins après cicatrisation, les fractures vertébrales peuvent entraîner des douleurs aigués prolongées, pouvant coter sur l'EVA jusqu'à 8 à 10 pour des fractures de grade 3. Les douleurs chroniques sont aussi présentes, avec une altération majeure de la mobilité et de la qualité de vie.

La distorsion du périoste,

à l'origine de douleurs parfois intenses

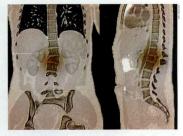
«Lorsque le périoste est très irrité, une fracture vertébrale ostéoporotique clinique entraîne en moyenne 18 jours de douleurs rachidiennes intenses selon la sévérité de la fracture, explique le Dr. Rose-Marie Javier (CHU de Strasbourg), un mois de handicap important et un retour à la vie normale après 5 à 7 mois. Mais les douleurs rachidiennes au long cours sont multipliées par 2,4.»

La douleur aiguë dans la fracture vertébrale est due à la distorsion mécanique du périoste, doté d'un maillage très dense de fibres sensitives mécanosensibles, avec jusqu'à 200 fois plus de nerfs que l'intérieur de l'os. La densité et l'organisation des fibres nociceptives est identique chez les personnes âgées et les adultes jeunes.

«La gravité des fractures vertébrales est peu reconnue alors qu'elles vont provoquer des douleurs chroniques, des complications psychologiques et une diminution de la durée de vie en moyenne de 10 ans », précise le Dr Javier. Pourtant, contrairement aux autres pathologies rhumatologiques, la littérature est particulièrement pauvre en ce qui concerne la gestion de la douleur de l'ostéoporose fracturaire. Certains traitements spécifiques de l'ostéoporose peuvent jouer sur la douleur.

Anti-ostéoporotiques et antalgiques

L'étude prospective observationnelle ExFOS (la seule avec la douleur en objectif primaire) menée chez 1454 patients ostéoporotiques traités par tériparatide confirme



son efficacité anti-fracturaire clinique vertébrale, mais surtout la diminution des scores de douleurs rachidiennes et l'amélioration de la qualité de vie (score EQ-5D), du fait de la réparation et du raccourcissement du temps de cicatrisation, ce qui réduit de fait la période douloureuse. Une étude avec le pamidronate a montré une amélioration de la douleur debout dès le 7° jour post-fracturaire.

Concernant la chirurgie, une méta-analyse Cochrane (2018) et le rapport de la Task Force américaine (2019) ont conclu qu'aucune preuve n'est en faveur de la vertébroplastie en routine. Cependant, «en présence de rachialgies intenses post-fracture vertébrale récente avec hospitalisation et alitement prolongé, son utilisation peut être envisagée précocement dans les formes graves, surtout si la fracture siège à la charnière thoracolombaire», précise la rhumatologue.

Quant aux antalgiques à proprement parler, une étude a montré l'efficacité des patchs de fentanyl avec de faibles dosages. Pour leur part, les AINS sont déconseillés car ils freinent la cicatrisation fracturaire. Un constat validé dans plusieurs études, dont l'une, chez la souris, a montré que le naproxène, contrairement à l'aspirine, diminue la formation osseuse trabéculaire. Pour leur part, les orthèses de dos luttent contre l'hypercyphose et, de ce fait, la douleur. L'exercice physique est lui aussi antidouleur (marche nordique...). Côté recherche, la voie du Nerve Growth Factor (NGF), cible thérapeutique potentielle, a été abandonnée avec l'arrêt des travaux sur le tanezumab à la suite d'un avis européen défavorable.

LE QUOTIDIEN DU MÉDECIN.FR

14/01



Algologie : de multiples combats

PAR CHRISTINE FALLET - PUBLIÉ LE 14/01/2022



www.congres-sfetd.fr

Du 17 au 19 novembre 2021, Montpellier, www.congres-sfetd.fr. La diversité des thèmes abordés lors du 21e congrès national de la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD) témoigne de la pluralité des algies. Elles nécessitent un combat sur tous les fronts : chez l'enfant, aux urgences, suite au Covid-19, en c as de migraine ou de lombalgie... Mais attention aux risques de mésusages des thérapeutiques médicamenteuses!

Dossier réalisé par Christine Fallet





Cet article est réservé aux abonnés mais il peut vous être offert!

Pour le consulter, il vous suffit tout simplement de vous **inscrire en un clic** pour y accéder.

Je m'inscris gratuitement

LE QUOTIDIEN DU MÉDECIN.FR

14/01



Les SMS du congrès de la SFETD

PAR CHRISTINE FALLET - PUBLIÉ LE 14/01/2022



Article réservé aux abonnés

Attention à la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées à domicile. Hors de la filière gériatrique, un problème de surdosage de paracétamol a été relevé chez 22,4 % de patients âgés *versus* 19 % chez les plus jeunes.

Le concept de sensibilisation pelvienne peut jouer un rôle majeur dans la prise en charge des



2- Douleurs chroniques chez l'enfant

LE QUOTIDIEN DU MÉDECIN.FR

14/01



Comment bien évaluer les douleurs chroniques chez l'enfant?

PAR CHRISTINE FALLET - PUBLIÉ LE 14/01/2022







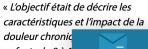




Article réservé aux abonnés

Les échelles validées d'évaluation de la douleur sont des outils utiles pour aider la communication entre les jeunes patients et les soignants. Ils peuvent permettre d'améliorer le dépistage des douleurs complexes en soins primaire et faciliter leur bonne prise en charge.

La commission pédiatrique de la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD) a mis en place l'essai Impact Douleur Enfant et Adolescent (IDEA), avec la fondation APICIL, afin d'analyser la population des enfants et adolescents consultant en Structure douleur chronique (SDC) pédiatrique.







aux difficultés dans

Cet article est réservé aux abonnés mais il peut vous être offert!

Pour le consulter, il vous suffit tout simplement de vous inscrire en un clic pour y accéder.

Je m'inscris gratuitement

LE QUOTIDIEN DU MÉDECIN

14/01



Congrès

Algologie: de multiples combats

Du 17 au 19 novembre 2021, Montpellier, www.congres-sfetd.fr. La diversité des thèmes abordés lors du 21º congrès national de la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD) témoigne de la pluralité des algies. Elles nécessitent un combat sur tous les fronts: chez l'enfant, aux urgences, suite au Covid-19, en cas de migraine ou de lombalgie... Mais attention aux risques de mésusages des thérapeutiques médicamenteuses!

DOSSIER RÉALISÉ PAR CHRISTINE FALLET

Comment bien évaluer les douleurs chroniques chez l'enfant?



une adolescente de 13 ans souffrant

Les échelles validées d'évaluation de la douleur sont des outils utiles pour aider la communication entre les jeunes patients et les soignants. Ils peuvent permettre d'améliorer le dépistage des douleurs complexes en soins primaire et faciliter leur bonne prise en charge.

a commission pédiatrique de la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD) a mis en place l'essai Impact Douleur Enfant et Adolescent (IDEA), avec la fondation APICIL, afin d'analyser la population des enfants et adolescents consultant en Structure douleur chronique (SDC) pédia-

« L'obiectif était de décrire les caractéristiques et l'impact de la douleur chronique chez des enfants de 8 à 18 ans consultant dans les SDC pédiatriques (12 SDC ont participé) », a expliqué la Dr Justine Avez-Couturier (CHU de Lille).

Des questionnaires sur la douleur, les traitements. le diagnostic. l'utilisation du système de soins, le fonctionnement scolaire et l'activité professionnelle des parents ont été utilisés. L'évaluation a été réalisée à partir des scores de dépistage des troubles émotionnels (SDO - version parent et enfant), de fonctionnement familial (FAD -12), de retentissement fonctionnel (FDI) et de qualité de vie (VSPA-12).

Trois quarts de filles incluses

Au total, 234 enfants, avec une fiche complète, ont été évalués. Les trois quarts de 13 ans. La douleur dure depuis plus d'un an pour 71,4 % d'entre eux et de façon permanente pour 48,7 %.

Les enfants consultent en majorité pour des douleurs musculosquelettiques (42 %), des céphalées (27 %), une douleur neuropathique (18%) ou abdominale (9%). L'intensité moyenne de douleur est égale à 6.65 (EVA 0-10). Au total, 27.5 % des patients ont une maladie chronique, 36.6 % une histoire familiale de douleur chronique et 39,2 % ont déjà reçu des opioïdes. Le score général SDQ-enfant est « limite » pour 29,1 % et « anormal » pour 9,8 %. Quant au score SDQ-parents, il est « limite » pour 35.5 % et « anormal » pour 20.1 %. L'impact fonctionnel est modéré chez 65,8 % et fort chez 18,8 % des patients. La qualité de vie est altérée pour 32,9 % (versus 15,8 % en population générale). Le fonctionnement familial est « problématique » pour 31.6 % (versus 19-39 % en population générale). Près de 40 % des enfants ont manqué l'école plus de 10 jours dans les trois mois, à cause des douleurs.

Un portrait-robot du patient

Les résultats de l'étude IDEA ont permis d'établir le portrait-robot du patient consultant moyen. Il s'agit d'une adolescente de 13 ans souffrant de douleurs musculosquelettiques depuis plus d'un an, avant déjà pris au moins trois traitements médicamenteux différents, ayant eu quinze consultations médicales ou plus et sept examens médicaux ou plus, avant déjà été aux urgences, avec un impact fonctionnel significatif et un arrêt de travail des parents.

« Mais surtout, cette étude permet de dé-



gager un groupe d'adolescents à risque d'impact plus fort de la douleur : ceux qui présentent des troubles émotionnels, ayant déjà consulté les urgences pour des douleurs et consommé au moins une fois des morphiniques », souligne la Dr Avez-Couturier. L'étude IDEA montre qu'il est nécessaire d'évaluer tous ces aspects en consultation et de s'appuyer sur des outils validés

Un outil de diagnostic adapté

La douleur neuropathique est la conséquence directe d'une lésion ou d'une maladie qui affecte le système somatosenso-

Le diagnostic de douleur neuropathique chez l'enfant est difficile du fait de l'hé-

térogénéité symptômes, et des difficultés relatives à l'expression verbale de la douleur. L'incidence de la douleur neuropathique Il facilite le diagnostic de la douleur chez les enfants neuropathique entre 5 et 12 ans sous-estimée (5-6 %) par manque

type de douleur, ainsi que par son apparition souvent retardée par rapport à la lésion initiale (quelques jours ou semaines. voire plus). Pour toutes ces raisons, l'utilisation chez l'enfant de l'outil de diagnostic DN4, seul test validé en français chez l'adulte (élaboré par l'équipe du Dr Bou-

(DN4P) pour faciliter le diagnostic de la douleur neuropathique entre 5 et 12 ans. Le questionnaire comprend 10 items. Sept items cliniques dichotomiques (oui/non) recherchent la présence ou non de symptômes dans le même territoire : brûlure. froid douloureux, décharges électriques, fourmillements, picotements, engourdissement, démangeaisons. Des images et des métanhores (« comme si ») de ces éléments sont présentées à l'enfant de facon concomitante.

Elles permettent d'améliorer la compréhension dès l'âge de cinq ans. Trois items sensoriels concernent la recherche à l'examen clinique dans le même territoire de l'hypo ou l'hyperesthésie, au toucher et à la piqure, ainsi que de l'allodynie au

frottement « Le questionnaire DN4P est un outil-diagnostic rapide qui permet d'identifier les douleurs neuropathiques pures et mixtes par rapport aux douleurs nociceptives. Il permet également d'améliorer la compréhension des

de connaissances sur le diagnostic de ce items, facilite l'expression du symptôme et la communication autour de la douleur neuronathique chez l'enfant. Il nourrait être utile à la fois en recherche clinique pédiatrique et en pratique quotidienne », a expliqué la Dr Petronela Rachieru (CHU d'Angers).

Des questionnaires seront distribués gra-

Livre Blanc Douleurs Post-Opératoires •

LE GÉNÉRALISTE

10/01







La douleur chronique postopératoire trop peu considérée

ix millions d'actes chirurgicaux sont pratiqués chaque année en France. Parmi eux, près de 60 % induisent une douleur post-opératoire d'intensité modérée à sévère. Or «plus l'intensité de cette douleur est sévère et plus longue est la durée des douleurs post-opératoires, plus l'incidence des douleurs post-chirurgicales persistantes (> 3 mois) est élevée», indique le Dr Joël L'hermite (Nîmes). Selon la localisation et la nature de la chirurgie, 10 à 56 % des patients développeront une douleur chronique post-opé-

Un livre blanc dédié

ratoire (DCPO).

Afin de braquer les projecteurs sur ce type de douleur trop peu considérée, plusieurs sociétés savantes (dont a <u>SFETD</u>) ont publié un livre blanc. On peut y lire que la DCPO est fréquente avec une incidence d'environ 20-30 % et qu'elle représente 20 % des consultations dans les centres Douleur. «La DCPO, jusqu'à récemment, était une complication non reconnue de la chirurgie, reconnaît le Dr Cyril Rivat (Montpellier). Empêcher les patients de développer des DCPO est désormais considéré comme

une priorité en anesthésie et en médecine périopératoire.»

La DCPO affecte toutes les chirurgies et tous les âges de la population. Elle occupe ainsi une place importante dans la liste des pathologies douloureuses chroniques des patients âgés, aux multiples conséquences délétères: souffrance, isolement social et consommation accrue de soins et médicaments, ces derniers pouvant eux-mêmes aggraver le tableau par l'importance et l'incidence de leurs effets indésirables (troubles cognitifs, digestifs, urinaires...).

Certaines interventions même routinières et bien codifiées comportent un risque accru de DCPO. Ainsi, «la cure de hemie inguinale – 130 à 150 000 interventions par an en France –, est emblématique du risque de DCPO», explique le Dr Eric Viel (Nîmes), avec une incidence avoisinant 10 % ou plus. Un récent travail rétrospectif portant sur 76173 patients opérés pour cure de hernie inguinale entre 2001 et 2012 retrouve 14919 patients porteurs de DCPO, soit près de 20 %.

« Des données précliniques ont montré qu'un acte chirurgical entraîne de profondes modifications au niveau du système nerveux périphérique et

central à l'origine des processus de sensibilisation impliquant notamment des interactions neuro-immunes, explique Cyril Rivat. Ces phénomènes de sensibilisation, modulés par des facteurs per-opératoires, renforcent les systèmes de transmission de la douleur, au niveau sensoriel et cognitivo-émotionnel. Cela se traduit par une hypersensibilité à la douleur (allodynies, hyperalgésies, douleurs spontanées) et l'apparition de troubles anxio-dépressifs; ces derniers pouvant aggraver la plainte douloureuse. »

Une vulnérabilité accrue à long terme

Cette sensibilisation conduirait à une vulnérabilité à très long terme (sensibilisation latente) favorisant le processus de chronicisation de la douleur après chirurgie. En effet, plusieurs études précliniques ont montré qu'un premier évènement nociceptif peut sensibiliser les individus à la douleur de manière plus durable, même après disparition de l'hypersensibilité à la douleur. «Cela signifie que même si la douleur post-opératoire se résorbe chez la plupart des patients, la chirurgie peut les sensibiliser à des stimuli nociceptifs ultérieurs.» »

LE QUOTIDIEN DU MÉDECIN.FR

14/01



Gérer la douleur aux urgences

PAR CHRISTINE FALLET - PUBLIÉ LE 14/01/2022











Article réservé aux abonnés

La prise en charge de la douleur au service d'accueil des urgences (SAU) peut être améliorée. L'analgésie est parfois reléguée au second plan, derrière des soins jugés plus importants ou plus urgents. Beaucoup de SAU cherchent ainsi à développer des techniques analgésiques innovantes, tout aussi efficaces mais plus rapides.

Deux chiffres posent bien le problème de la douleur aux urgences: il y a environ 21 millions de passages aux SAU par an! Soit 1030 patients par heure qui ont mal... La pression du flux continu des patients entrant pour un motif par définition urgent, et le déséquilibre entre leur nombre et l'effectif soignant, reflètent bien les difficultés re

SALL



Cet article est réservé aux abonnés mais il peut vous être offert!

Pour le consulter, il vous suffit tout simplement de vous **inscrire en un clic** pour y accéder.

Je m'inscris gratuitement

Je me connecte

NOTRE TEMPS

MARS 2022

Notre temps





Zoom

LA NEUROSTIMULATION

UNE SOLUTION CONTRE LES DOULEURS CHRONIQUES

Méconnue et pourtant efficace, la stimulation médullaire est capable de soulager durablement des douleurs rebelles et d'améliorer la qualité de vie. Qui peut bénéficier de ce traitement?

RAPHAËLLE BARTET AVEC LA D^{RE} HAYAT BELAID, NEUROCHIRURGIENNE AU CENTRE D'ÉVALUATION ET DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR (CETD) DE L'HÔPITAL FONDATION ADOLPHE DE ROTHSCHILD – PARIS

a douleur est le premier motif de consultation, chez le généraliste comme dans les services d'urgence, pointe le Livre blanc de la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD). Au-delà de trois mois, on parle de douleur chronique. Parmiles traitements non médicamenteux pouvant aider à retrouver une qualité de vie physique, psychique et sociale, la stimulation médullaire, technique désormais bien maîtrisée, reste peu connue alors qu'elle pourrait soulager de nombreux patients. Moins de 2000 personnes en bénéficient chaque année.

POUR QUI?

La Haute Autorité de santé (HAS) la recommande en cas de:

- douleurs rebelles permanentes après une chirurgie du rachis (hernie discale, canal lombaire étroit...), douleurs neuropathiques périphériques, post-traumatiques ou post-chirurgicales, ou liées à un cancer, un zona ou un diabète;
- douleurs d'algodystrophie (chevilles, mains, pieds) résistantes à un traitement médicamenteux depuis plus de six mois.

COMMENT CA MARCHE?

Le principe repose sur la découverte, dans les années 1960, des mécanismes physiologiques permettant d'inhiber la transmission du message douloureux. Il s'agit de moduler ce message par une stimulation électrique de faible intensité grâce à l'implantation d'un dispositif médical mini-invasif.

En pratique, une fine électrode est positionnée dans l'espace en regard de la moelle épinière correspondant à la zone douloureuse cible (membre inférieur ou membre supérieur). Cette électrode est implantée soit par chirurgie mini-invasive avec anesthésie générale courte, soit en percutanée comme pour une péridurale. Les premiers jours, l'électrode est reliée à un générateur d'impulsions électriques externe (boîtier) afin de tester le système à domicile et de programmer la stimulation (intensité, étendue, durée, fréquence des impulsions). Le boîtier est ensuite implanté sous la peau, soit en haut de la fesse, soit à proximité du nombril, lors d'une intervention d'une quinzaine de minutes. Le patient dispose

CHE?
Ecouverte,
écanismes
l'inhiber la
uloureux.
ge par une
le intensité
dispositif

Circuit de la

- Boîtier générateur d'impulsions électriques de faible intensité.
- Fine électrode.
 Inhibition du message douloureux.

d'une télécommande pour ajuster le niveau de stimulation, et choisir de ressentir, ou pas, une sensation de fourmillement, qui peut aider à masquer plus nettement la douleur.

QUELLE EFFICACITÉ?

Les résultats sont évalués par une équipe pluridisciplinaire au sein de l'unité douleur afin d'ajuster les paramètres de stimulation et de diminuer progressivement les traitements médicamenteux. Selon les études, 60 à 88% des patients observent un soulagement de la douleur, et une amélioration en termes de sommeil, d'activité physique, de vie sociale, avec une diminution, voire un arrêt, du recours aux médicaments, rarement efficaces à long terme et source d'effets secondaires parfois sévères (notamment les opioïdes).

LE SUIVI MÉDICAL

Les dispositifs récents sont désormais rechargeables. La pile ne doit être changée, sous anesthésie locale, que tous les douze ans environ contre trois à cinq ans précédemment. L'électrode peut être gardée aussi longtemps que nécessaire. À terme, le suivi est réalisé par le médecin de ville avec l'équipe spécialisée.

OÙ S'ADRESSER?

La technique est proposée au sein de centres référencés parmi les unités douleur (renseignements sur www. douleurs.org) disposant d'un plateau technique adéquate tel une équipe pluridisciplinaire de neurochirurgiens, médecins et anesthésistes spécialisés: Hôpital Fondation Adolphe de Rothschild et CH Saint-Anne (Paris), hôpital Foch (Suresnes), CHU Henri-Mondor (Crétil), CHU de Lille, Nice, Nantes, etc.

LES LIMITES

Il s'agit d'un traitement des symptômes qui ne supprime pas l'origine du problème et ne prévient pas les récidives (hernie discale...). Il intervient en complément des conseils d'hygiène de vie (activité physique régulière...) et d'autres techniques allant de la kinésithérapie à la balnéothérapie en passant par la relaxation.

COMBIEN CA COÛTE?

Le coût initial (environ 20000 €) est à relativiser par la réduction des hospitalisations et frais médicamenteux les années suivantes. La technique est prise en charge par la Sécurité sociale. •



DR GOOD

01/03









Les Romains utilisaient déjà l'électricité des poissons torpilles pour soulager les maux de tête. Depuis, la technique a beaucoup progressé et offre une piste complémentaire aux autres thérapeutiques en place. Explications.

PAR SANDRINE COUCKE-HADDAD.

La douleur chronique touche 12 millions de Français d'après la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD) et reste le premier motif de consultation dans les services d'urgence ou chez le médecin traitant. C'est aussi une pathologie à part entière, dont la prise en charge reste souvent difficile et qui est parfois résistante aux traitements médicamenteux. Dans l'arsenal thérapeutique des centres spécialisés dans la gestion de la douleur, l'électrothérapie ou neurostimulation électrique transcutanée (TENS pour Transcutaneous electrical nerve stimulation) apparaît dorénavant comme une technique à ne pas négliger. La Haute Autorité de santé (HAS) reconnaît même "que la neurostimulation par TENS peut être proposée en alternative ou en complément à un traitement médicamenteux des douleurs chroniques".

Des effets secondaires rares

de puis 2020, la TENS est recommandée en première intention pour le traitement des douleurs neuropathiques localisées (des lésions du système neurosensoriel qui provoquent des douleurs, des picotements ou des fournillements) comme on en rencontre en post-opératoire ou sur le pourtour des cicatrices", indique notre médecin de la douleur. C'est un outil thérapeutique d'autant plus utilisé par les professionnels

Un courant de basse intensité

'électrothérapie utilise un courant électrique de basse intensité et haute fréquence (sans douleur ni danger) et agit en particulier sur deux plans. "L'objectif st d'apporter une information à la moelle nière pour diminuer le message douloureux théorie du portillon ou "Gate Control") etlou de permettre la libération de médiateurs chimiques (les endorphines) qui vont avoir une action antalgique", explique Cesare Cocuzza. Ces deux actions pouvant être simultanées en fonction du programme choisi. Les appareils proposent généralement aussi de la relaxation en cas de lombosciatique, par exemple, ou de douleurs dentaires (pour décontracter les muscles de la mâchoire). À cela s'ajoute l'un des gros points forts de la méthode : le patient est autonome. "C'est très intéressant dans le cadre des douleurs chroniques, note le Dr Marguerite d'Ussel, car l'implication du patient est corrélée au résultat. En outre, plus on agit contre la douleur (on peut même anticiper les réactions douloureuses que l'on sent ou sait arriver), plus on diminue la sensibilisation du système de la douleur." Un cercle vertueux puisqu'il n'y a ni habituation ni diminution de l'efficacité au fil des séances. À condition toutefois de bien utiliser l'outil, et donc d'être conseillé par un professionnel pour le placement des électrodes et le mode à choisir.

que les contre-indications sont limitées (port d'un stimulateur cardiaque, réaction allergique aux patchs, femmes enceintes, épileptiques) et les effets secondaires rares. Tout juste peut-il apparaître une réaction cutanée lorsqu' on laisse les électrodes en place plusieurs heures; il suffit alors de décaler l'emplacement des patchs, si besoin. On recommande dans tous les cas d'éviter de placer les électrodes près du œur.

LA VEILLE DES ACTEURS DE LA SANTÉ.FR

10/05



La douleur postopératoire et sa chronicisation : synthèse des recommandations de bonne pratique (Document)

De douleur aiguë à la douleur chronique post opératoire, tous concernés. Synthèse des recommandations de bonne pratique sur la douleur postopératoire et la chronicisation douloureuse.

Cet ouvrage est le fruit d'une collaboration entre la SFETD et la SFAR avec la participation de la SOFCOT1 et la SFCCVT2 et le soutien financier du laboratoire Grunenthal.

P Lire le livre blanc en ligne

Le livre blanc est le fruit de la collaboration d'un collège multidisciplinaire de 27 experts. Ces médecins, chirurgiens, chercheurs et psychologues ont pour préoccupation commune le patient et la douleur chirurgicale.

Environ 10 millions d'interventions chirurgicales sont réalisées chaque année en France, faisant de la chronicisation douloureuse postopératoire un problème de santé publique à grande échelle. L'approche chirurgicale doit permettre de favoriser les gestes les moins invasifs et d'identifier précocement les trajectoires douloureuses anormales.

LES ENJEUX DU LIVRE BLANC DE LA DOULEUR POST-OPERATOIRE

La douleur chronique post-opératoire (DCPO) est un problème de santé publique, dont l'impact sur l'évolution de l'état de santé des patients, la qualité de vie et les besoins éventuels de réadaptation fonctionnelle s'accompagnent de conséquences médico-économiques non négligeables. La douleur chronique postopératoire est une pathologie fréquente dont l'incidence est d'environ 20-30 % et représente 20 % des consultations en centre de la douleur.

La DCPO était, jusqu'à récemment, considérée comme une complication non reconnue de la chirurgie.

Prévenir la chronicisation de la DCPO et la prendre en charge dès les premiers symptômes est désormais considéré comme une priorité en anesthésie et en médecine péri opératoire. Pour satisfaire un tel objectif, il est fondamental de poser les bases neurobiologiques d'une telle pathologie afin de proposer une meilleure prise en charge, globale et multimodale du patient opéré. C'est pourquoi ce livre blanc de la douleur post-opératoire est essentiel pour une prise en charge optimale des DCPO.

25 fiches cognitives, simples avec des QR code pour une utilisation quoti-dienne à toutes les étapes du parcours patients : En préopératoire pour dépister les patients à risque. En peropératoire pour optimiser l'anesthésie et la chirurgie et enfin en postopératoire pour dépister les premiers signaux d'alerte et prendre en charge de façon adapter les patients.

- Une boite à outils : avec les questionnaires validés en français pour le dépistage des facteurs de risque, l'évaluation de la douleur et de son retentissement.
- Des exemples d'ordonnance et de lettre d'adressagepour faciliter le travail au quotidien.
- Une iconographie riche pour mieux visualiser les messages clés.
- Une information au patient claire et synthétique afin de le rendre acteur de la démarche.

HOSPIMÉDIA.FR

12/05



Vingt-cinq fiches cognitives sur la douleur postopératoire sont diffusées

Dans une démarche interdisciplinaire, quatre sociétés savantes ont rédigé un livre blanc sur la douleur chronique postopératoire. Un outil construit comme une boîte à outils pour un usage quotidien et à toutes les étapes du parcours de soins

Quatre sociétés savantes se sont associées pour produire un livre blanc de la douleur postopératoire et sa chronicisation. Rédigé collectivement dans une démarche interdisciplinaire, cet outil pédagogique " synthétise tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur la douleur postopératoire et que vous n'avez jamais osé demander ", résume dans un communiqué de presse Valéria Martinez, présidente de la Sociétéfrançaise d' étude et de traitement de la douleur (SFETD), à l'initiative du projet avec la Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar). Les deux organisations ont produit l'ouvrage avec la participation de la Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique (Sofcot) et la Société française de chirurgie thoracique et cardiovasculaire (SFCCVT) et avec le soutien du laboratoire Grunenthal.

Le livre blanc présente une synthèse des recommandations de bonnes pratiques sur la douleur postopératoire et la chronicisation douloureuse. Avec une revue de littérature récente, il couvre l'approche médicale, psychologique et chirurgicale du sujet et décrit les aspects pratiques de mise en oeuvre. Ainsi les auteurs fournissent-ils vingt-cinq fiches cognitives et pédagogiques, avec QR code pour une utilisation quotidienne et à toutes les étapes du parcours des patients. L'idée étant bel et bien d'améliorer la pertinence et la qualité des soins. Sont ainsi abordés " le préopératoire pour dépister les patients à risque, le peropératoire pour optimiser l'anesthésie et la chirurgie et enfin le postopératoire pour dépister les premiers signaux d'alerte et prendre en charge de façon adaptée les patients ". Des questionnaires validés sur le dépistage des facteurs de risque, l'évaluation de la douleur et de son retentissement sont aussi fournis ainsi que des exemples d'ordonnance et de lettre d'adressage. Sans oublier l'information au patient. En somme, c'est une véritable boîte à outils qui est proposée.

La douleur chronique postopératoire est une pathologie fréquente qui représente 20% des consultations en centre de la douleur. Récemment reconnue, elle est une priorité en anesthésie et en médecine périopératoire. Elle requiert de disposer de bases neurobiologiques pour une bonne prise en charge.

Liens et documents associés

[•] Le livre blanc (site de la SFETD)

HOSPIMÉDIA

13/05



Vingt-cinq fiches cognitives sur la douleur postopératoire sont diffusées

Publié le 12/05/22 - 17h07

Dans une démarche interdisciplinaire, quatre sociétés savantes ont rédigé un livre blanc sur la douleur chronique postopératoire. Un outil construit comme une boîte à outils pour un usage quotidien et à toutes les étapes du parcours de soins.

Quatre sociétés savantes se sont associées pour produire un livre blanc de la douleur postopératoire et sa chronicisation. Rédigé collectivement dans une démarche interdisciplinaire, cet outil pédagogique "synthétise tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur la douleur postopératoire et que vous n'avez jamais osé demander", résume dans un communiqué de presse Valéria Martinez, présidente de la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD), à l'initiative du projet avec la Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar). Les deux organisations ont produit l'ouvrage avec la participation de la Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique (Sofcot) et la Société française de chirurgie thoracique et cardiovasculaire (SFCCVT) et avec le soutien du laboratoire Grunenthal.

Le livre blanc présente une synthèse des recommandations de bonnes pratiques sur la douleur postopératoire et la chronicisation douloureuse. Avec une revue de littérature récente, il couvre l'approche médicale, psychologique et chirurgicale du sujet et décrit les aspects pratiques de mise en œuvre. Ainsi les auteurs fournissent-ils vingt-cinq fiches cognitives et pédagogiques, avec QR code pour une utilisation quotidienne et à toutes les étapes du parcours des patients. L'idée étant bel et bien d'améliorer la pertinence et la qualité des soins. Sont ainsi abordés "le préopératoire pour dépister les patients à risque, le peropératoire pour optimiser l'anesthésie et la chirurgie et enfin le postopératoire pour dépister les premiers signaux d'alerte et prendre en charge de façon adaptée les patients". Des questionnaires validés sur le dépistage des facteurs de risque, l'évaluation de la douleur et de son retentissement sont aussi fournis ainsi que des exemples d'ordonnance et de lettre d'adressage. Sans oublier l'information au patient. En somme, c'est une véritable boîte à outils qui est proposée.

La douleur chronique postopératoire est une pathologie fréquente qui représente 20% des consultations en centre de la douleur. Récemment reconnue, elle est une priorité en anesthésie et en médecine périopératoire. Elle requiert de disposer de bases neurobiologiques pour une bonne prise en charge.

Liens et documents associés

LE GENERALISTE

16/05







ZAPPING

LES DOULEURS CHRONIQUES POSTOPÉRATOIRES

Algologie Environ 10 millions d'interventions chirurgicales sont effectuées chaque année en France. Avec, pour chacune, le risque de douleur postopératoire et de sa chronicisation. Le livre blanc de la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD) et de la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR)*, qui est une synthèse des recommandations de bonne pratique de la prise en charge de la douleur chronique postopératoire, indique qu'il s'agit d'« une pathologie fréquente dont l'incidence est de 20-30 % et représente 20 % des consultations en centre de la douleur».

- → La douleur chronicisée postchirurgicale (DCPC) concerne tous les types de chirurgies et des patients de tout âge. Cependant, certaines interventions comportent un risque accru de DCPC (même si ces interventions sont aujourd'hui fréquentes et bien codifiées). « Réputée chirurgie de routine et chirurgie de surface non délabrante, la cure de hernie inguinale est emblématique du risque de DCPC avec une incidence avoisinant 10% ou plus dans la littérature », indique ce livre blanc. → De façon globale, dans la pratique clinique, on distingue
- → De façon globale, dans la pratique clinique, on distingue généralement trois problématiques: une douleur postopératoire anormalement prolongée ou insuffisamment traitée, la survenue de complications postopératoires et la prescription inappropriée ou indûment prolongée d'antalgiques opioïdes. Les facteurs de risque de DCPC relèvent de très nombreux paramètres, chirurgicaux bien sûr mais aussi liés au patient lui-même avec des paramètres génétiques, épigénétiques... mais encore une vulnérabilité psychologique qui peut déjà être

évaluée avant l'intervention. Une prise en charge psychologique spécifique peut même être envisagée en préopératoire. > Pour les praticiens de ville, différentes actions peuvent être conduites, comme engager un dépistage précoce postopératoire des patients les plus susceptibles de développer une DCPC. Ainsi, «la douleur neuropathique postopératoire est fréquente mais souvent méconnue et mal diagnostiquée en médecine de ville», constate les auteurs du livre blanc. Pourtant, l'examen clinique est généralement suffisant en s'aidant en particulier d'outils de dépistage comme le questionnaire DN4 composé de 10 items. «Les traitements médicamenteux systémiques de la DCPC neuropathique reposent sur différentes classes thérapeutiques: les antidépresseurs tricycliques ou les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline et/ou les antiépileptiques gabaergiques. En première intention, un traitement en monothérapie est prescrit», souligne ce document qui ajoute qu'une douleur neuropathique post-traumatique peut aussi être prise en charge par des anesthésiques locaux, la toxine botulique ou des patchs de capsaïcine.

Pour apporter des réponses concrètes, le livre comporte aussi 25 fiches pratiques allant de l'accompagnement psychologique aux douleurs chroniques de la chirurgie mammaire et à la chronicisation douloureuse: signaux d'alerte précoces et tardifs.

Dr Nicolas Evrar

*publié le 10 mai, avec la participation de la SOFCOT, la SFCTCV, l'AFC et le soutien du laboratoire Grünenthal

MEDSCAPE.COM

23/05

Medscape

Douleur postopératoire : un Livre Blanc et 25 fiches pratiques pour éviter la chronicisation

Marine Cygler

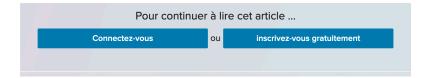
AUTEURS ET DÉCLARATIONS | 23 mai 2022





France – Pour beaucoup de patients, la douleur postopératoire est transitoire et disparaît en quelques jours. Pour d'autres, l'hypersensibilité à la douleur se maintient et se chronicise. Définie comme une douleur qui persiste au-delà de deux mois après l'acte chirurgical, la douleur chronique post-opératoire (DCPO) est une véritable maladie, devenue un objet de préoccupation des anesthésistes-réanimateurs et médecins de la douleur. Comment une douleur aiguë se chronicise-t-elle ? Est-il possible d'identifier les patients à risque de chronicisation ? Comment prévenir les trajectoires douloureuses anormales ?

Pour répondre à ces questions, la Société Française d'Etude et Traitement de la Douleur (SFETD) et la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) viennent de publier le « Livre Blanc de la douleur : la douleur postopératoire et sa chronicisation » contenant, entre autres, 25 fiches pratiques pour aider le praticien à la prise de décision.



MUTUALISTE.COM

26/05



Traiter les douleurs postopératoires pour éviter qu'elles ne deviennent chroniques Mercredi 25 mai 2022, par Léa Vandeputte



Pour certains patients, les douleurs après une opération chirurgicale persistent et finissent par avoir un impact négatif sur la qualité de vie. Pour éviter ses situations, un Livre blanc compile les recommandations de bonnes pratiques et des conseils à destination des professionnels de santé.

La Société française d'étude et traitement de la douleur (SFETD) et la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) ont publié un Livre blanc intitulé « La douleur postopératoire et sa chronicisation ». En France, 10 millions d'interventions chirurgicales sont réalisées chaque année et si pour la plupart des patients, la douleur postopératoire est transitoire et disparaît en quelques jours, pour d'autres elle se maintient et devient chronique.



Une maladie à part entière

Définie par l'Association internationale pour l'étude de la douleur (AIED) comme une souffrance qui persiste au-delà de deux mois après l'acte chirurgical, la douleur chronique post-opératoire (DCPO) est une véritable maladie, au point de devenir une préoccupation majeure pour les médecins, les chirurgiens et les anesthésistesréanimateurs. On estime en effet qu'elle touche 20 à 30 % des patients et elle représente 20 % des consultations en centre de la douleur. « Qu'elles soient modérées ou sévères, les douleurs postopératoires dégradent l'expérience du patient, compromettent sa réhabilitation et l'exposent à l'usage des opioïdes », indiquent Valeria Martinez, présidente de la SFETD et Axel Maurice-Szamburski, président du comité douleur et anesthésie locorégionale de la SFAR dans un communiqué conjoint. Ils ajoutent : « Quand il est trop intense, ce traumatisme physique et psychologique peut être à l'origine d'une nouvelle maladie, cette fois permanente, invalidante et parfois même stigmatisée, la DPCO. » Cette dernière, considérée comme un problème de santé publique, a un impact sur l'évolution de l'état de santé des patients, sur la qualité de vie et sur les besoins éventuels de réadaptation fonctionnelle.

Mettre l'accent sur la prévention

L'objectif pour les soignants est de prévenir la survenue de la DCPO. Chercheurs, psychologues, chirurgiens, anesthésistes-réanimateurs et médecins de la douleur se sont donc réunis pour lister les points clefs de la lutte contre cette pathologie. Le Livre blanc présente ainsi une synthèse des recommandations de bonne pratique sur la douleur postopératoire et chronique. Il aborde les différents aspects du parcours patient opéré et prodigue des conseils pratiques aux professionnels de santé pour détecter les personnes à risque, prévenir la chronicisation, et prendre en charge précocement ces patients. « Des solutions existent à toutes les étapes du parcours du patient avant, pendant et après la chirurgie, concluent Valeria Martinez et Axel Maurice-Szamburski. Elles nécessitent de remettre le patient au centre de notre prise en charge pour le considérer dans toute sa complexité, depuis sa physiologie jusqu'à son humanité. »

HANDICAP.FR

30/05

handicap.fr

Douleurs post-opératoires : enfin soulager les patients ?

20 à 30 % des personnes opérées déclarent des douleurs chroniques post-opératoires avec souvent de très lourdes conséquences. Pour l'éviter, un collège d'experts médicaux a élaboré un livre-blanc. Objectif : identifier plus tôt les patients à risque.

30 mai 2022 • Par Clotilde Costil / Handicap.fr

Thèmes : Médecine Santé Livres Articles similaires

0 <u>Réagissez à cet article</u>

Handicap.fr est gratuit, aidez-nous à le rester. Soutenez-nous!

« La chirurgie indolore reste une utopie », assume, cash, Valeria Martinez, présidente de la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD). En France, dix millions d'interventions chirurgicales environ sont pratiquées chaque année. Si la plupart se déroule sans encombre, la douleur chronique post-opératoire (DCPO) est une réalité dans 20 à 30 % des cas. Avoir mal après une opération fait partie « du jeu » ; en revanche, avoir mal deux mois après l'intervention n'est pas normal. « Une



douleur post-opératoire qui se prolonge au-delà de la durée prévisible représente un facteur majeur de chronicisation », rappelle la SFETD. En résumé, la douleur qui s'installe peut déboucher sur une maladie à part entière.

216 pages pour lutter contre la douleur post-op

Risques d'accoutumance aux opioïdes, traitements donnés normalement sur un temps court pour soulager la douleur et qui peuvent entraîner des effets secondaires (troubles cognitifs, digestifs ou urinaires...), risques de déclin cognitif, de troubles psychiques et même de décès prématurés... Si ces complications n'étaient jusqu'alors pas reconnues par la chirurgie, les professionnels de santé spécialisés dans le traitement de la douleur ne veulent plus les négliger. 27 experts en santé* ont donc uni leur savoir pour élaborer un livre blanc sur le sujet. 216 pages pour « formaliser les points clefs de la lutte contre la douleur post-chirurgicale », d'après Valeria Martinez, à travers trois approches : médicale, psychologique et chirurgicale. Objectif ? Mieux repérer les facteurs de risque avant, pendant et après l'opération, mieux apprécier l'évaluation de la douleur et de son retentissement tout au long du parcours du patient.

Une démarche interdisciplinaire

La dernière partie est consacrée à la mise en pratique via 25 fiches dotées de QR code à destination des médecins avec, pour chaque complication, le détail du diagnostic clinique, la prise en charge et les éventuels traitements adaptés, ainsi que des informations complémentaires, par exemple sur l'accompagnement psychologique du patient en cas de besoin. Une boîte à outils est également à disposition des professionnels de santé; elle contient des questionnaires pour évaluer le niveau de la douleur, selon différentes échelles, mais aussi des schémas pour faciliter la compréhension du patient. Enfin, ce guide, qui propose des exemples d'ordonnance et de lettres d'adressage, doit permettre de fluidifier les relations entre professionnels de santé de différentes spécialités.

*Issus de la SFETD, la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR), la Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique (SOFCOT) et la Société française de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (SFCCVT)

ONKO+

MAI 2022







De la douleur aiguë à la douleur chronique postopératoire, tous concernés

Le livre blanc, fruit de la collaboration d'un son retentissement ; collège multidisciplinaire de 27 experts (médecins, chirurgiens, chercheurs, psycholoques), fait la synthèse des recommandations de bonne pratique sur la douleur postopératoire et la chronicisation douloureuse. Il pro- • une information au patient claire et synthépose notamment :

Livre Blanc de la Douleur

SFAR O SFETD

Téléchargement

du livre blanc sur www.sfetd-douleur.org

ou en scannant directement ce QRcode.

- 25 fiches cognitives, simples avec des QR codes pour une utilisation quotidienne à toutes les étapes du parcours patient (en pré, per et postopératoire);
- une boîte à outils avec les questionnaires Livre blanc de la douleur. La douleur postopéteurs de risque, l'évaluation de la douleur et de 216 pages.

- · des exemples d'ordonnance et de lettre d'adressage pour faciliter le travail au quotidien ;
- une iconographie riche pour mieux visualiser les messages clés;
- tique afin de le rendre acteur de la démarche. Cet ouvrage est le fruit d'une collaboration entre la SFETD et la SFAR avec la participation de la SOFCOT1 et la SFCCVT2.

validés en français pour le dépistage des fac- ratoire et sa chronicisation. SFAR et SFETD,

RHIMATOS

MAI 2022











DOULEUR

Parution du livre blanc sur la douleur postopératoire et sa chronicisation

Cet ouvrage est le fruit d'une collaboration entre la <u>Société</u> française d'étude et de traitement de la douleur et la Société française d'anesthésie et de réanimation avec la participation de la Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique et la Société française de chirurgie thoracique et cardiovasculaire et le soutien financier du laboratoire Grunenthal.

Le livre blanc est le fruit de la collaboration d'un collège multidisciplinaire de 27 experts. Ces médecins, chirurgiens, chercheurs et psychologues ont pour préoccupation commune le patient et la douleur chirurgicale. De douleur aiguë à la douleur chronique postopératoire, tous concernés.

- > Téléchargement du livre blanc sur www.sfetd-douleur.org
- > GM d'après une communiqué de presse du 03/05/2022.

AVENIR ET SANTÉ
01/06

avenir &sante

Ouleur postopératoire et sa chronicisation

La Société française d'étude et de traitement de la douleur (<u>SFETD</u>) et la Société française d'anesthésie et de réanimation (<u>Sfar</u>) sont les principaux promoteurs de ce livre blanc. « La chirurgie indolore reste une utopie, énoncent en préambule, les auteurs. Des solutions existent à toutes les étapes du parcours du patient avant, pendant et après la chirurgie. Elles nécessitent de remettre le patient au centre de notre prise en charge pour le considérer dans toute sa complexité, depuis sa physiologie jusqu'à son humanité. » Sont notamment



abordés dans ce Livre blanc « le préopératoire pour dépister les patients à risque, le peropératoire pour optimiser l'anesthésie et la chirurgie et enfin, le postopératoire pour dépister les premiers signaux d'alerte et prendre en charge de façon adaptée les patients ». Par ailleurs, ce référentiel (accessible sur le site internet https://sfetd-douleur.org) comporte vingt-cinq fiches cognitives et pédagogiques, avec QR code pour une utilisation quotidienne à toutes les étapes du parcours des patients.

VAR MATIN

05/06

Var-matin





La douleur

PARENT PAUVRE DE LA MÉDECINE

Les membres du « Réseau douleur Paca Ouest » ont dressé l'état des lieux de la lutte contre la douleur à l'occasion du 11e colloque organisé à Pierrefeu dans le cadre de la journée mondiale.

voquer les différents aspects de la lutte contre la douleur, et, le plus largement possible, débatprise en charge qui pourrait être largement améliorée : tel était l'objectif du colloque « L'antalgie sur tous les fronts » organisé récemment au centre hospitalier Henri-Guérin à Pierrefeudu-Var, sous l'égide du « Réseau douleur Paca Ouest ». L'occasion de dres- de travail. Le coût sociétal et financier ser un état des lieux de la lutte contre est énorme. Et le retentissement la douleur avec son président le Dr Michael Leiwi, du Samu des Bouchesdu-Rhône, le DrLakri Hamouda, présidente du Clud du Centre hospitalier Henri-Guérin, le Dr Michel Caillol, aussi philosophe membre de l'Espace éthique méditerranéen, le Dr Daniel Francon, anesthésiste réanimateur à l'Institut Paoli-Calmettes (IPC) à Marseille, et le Dr Nadjet Saadallah-Bouchemot, algologue au sein de l'unité douleur de l'hôpital Clairval à Marseille

Pourquoi dites-vous que la prise en charge de la douleur pourrait être largement améliorée ?

« La Société française d'anesthésie réanimation (Sfar) et la Société française d'évaluation et de traitement de la douleur (SFETD) viennent de publier un livre blanc de la douleur disponible sur le site de la Sfar, qui évoque le continuum entre douleur aiquë postopératoire et douleur chronique », indique le D' Francon. « Une douleur aiguë mal gérée va entraîner une persistance au-delà de trois mois. On se retrouve ainsi avec une douleur chronique

Avec quelles conséquences ? « 20 % des opérés vont finir

par aller dans une consultation de douleur chronique », répond le D' Francon, « Il y a un impact sur la qualité de vie, le vécu du patient et un impact social, avec des arrêts sur la vie quotidienne peut conduire à la nécessité d'une prise en charge psychologique. » « La mauvaise prise en charge de la douleur aiguë alimente les consultations antidouleur mais aussi les consultations psychiatriques », confirme le D' Hamouda. « C'est un cercle vicieux, qui peut conduire

Comment l'éviter ?

« Il y a des progrès à faire dans la détection des patients vulnérables, sachant que nous avons des éléments prédictifs du risque de douleur », répond le D' Francon. « Ces éléments sont connus, décrits et méritent d'être mieux diffusés, Certaines chirurgies sont particulièrement douloureuses : celles du sein, thoracique. les amputations des membres. etc. Mais il y a aussi des facteurs psychosociaux comme le catastrophisme, l'anxiété, la dépression. On dispose d'échelles d'évaluation pour mieux "taguer" les patients à risque.

Parce qu'on n'est pas tous égaux devant la douleur. »

Une fois ces patients identifiés. quelle prise en charge ?

« C'est notamment une question d'organisation », estime le D' Lejwi. « Il faut des équipes dédiées aux douleurs aiguës, structurer l'alliance entre les différents services pour traiter les patients avec des douleurs complexes, avec des professionnels formés, un maillage plus resserré et plus performant. C'est l'objectif du Réseau douleur, qui existe malgré toutes les difficultés et les souffrances des soignants : fédérer les établissements de la région. » « Et s'agissant des douleurs chroniques, il faut travailler le lien entre services de médecine et de psychiatrie, pour prévenir les suicides » complète le D' Hamouda.

Il y a encore beaucoup à faire ?

« On ne s'intéresse pas assez franchement à la douleur et pas avec les bonnes armes », regrette le D' Leiwi, « Il v a certes des problèmes d'organisation mais aussi de formations : il n'y a pas de diplôme spécifique. On peut considérer que la douleur est le parent pauvre de la médecine. » « Durant les périodes de confinement. à un moment donné, la douleur n'a tout simplement pas été prise en charge. On ne doit plus le revivre », conclut le D^r Saadallah-Bouchemot.

PROPOS RECUEILLIS PAR C. MARTINAT cmartinat@nicematin.fr



Douleur ou souffrance?

« La douleur n'est iamais "rien". La douleur physique est une absurdité et elle mérite d'être calmée au plus tôt, car c'est souvent souvenir de la douleur qui crée la douleur, explique le D^r Caillol. Mais la médecine est souvent impuissante, et il ne faut pas prendre pour un échec. Le médecin doit faire preuve d'humilité. » Avec la souffrance morale, c'est plus ompliqué. On ouvre le débat : que peut faire la médecine ? On souffre souvent par anticipation : peur d'une douleur déjà connue, de la vieillesse, de la dépendance. 'est une angoisse existentielle. "C'est absence de cause à la douleur qui fait a souffrance", dit Nietzsche. La médecine eut-elle prétendre lutter contre ? Je ne crois as qu'elle doive lisser nos états d'âme. » ors de sa présentation, « Entre la douleur physique et la souffrance morale, quelle place our la sédation profonde et continue ? », l a rappelé que la loi Claeys-Leonetti permet de supprimer les douleurs de la fin de vie grâce à la sédation profonde et continue, une altération de la conscience associée à l'analgésie qui équivaut à une anesthésie énérale, plus un arrêt des traitements, squ'au décès ». Ine solution possible sous conditions. En dehors de ces cas, « que faire devant des douleurs réfractaires ? » interroge-t-il. À défaut d'une réponse, il apporte quelques éléments de réflexion : « Soit on opte our une maîtrise absolue : on met en place aide médicale au suicide ou l'euthanasie. t dans ce cas, on pose la question de cette aide : pourquoi médicale ? Soit

on accepte une absence de contrôle total. »

NICE MATIN

05/06





le 112 SANTÉ

La douleur

PARENT PAUVRE DE LA MÉDECINE

Les membres du « Réseau douleur Paca Ouest » ont dressé l'état des lieux de la lutte contre la douleur à l'occasion du 11e colloque organisé à Pierrefeu dans le cadre de la journée mondiale.

voquer les différents aspects de la lutte contre la douleur, et, le plus largement possible, débattre de toutes les notions autour d'une prise en charge qui pourrait être largement améliorée : tel était l'objectif du colloque « L'antalgie sur tous les fronts » organisé récemment au centre hospitalier Henri-Guérin à Pierrefeudu-Var, sous l'égide du « Réseau douser un état des lieux de la lutte contre la douleur avec son président le Dr Michaël Leiwi, du Samu des Bouchesdu-Rhône, le DrLakri Hamouda, présidente du Clud du Centre hospitalier Henri-Guérin, le Dr Michel Caillol, aussi philosophe membre de l'Espace éthique méditerranéen, le Dr Daniel Francon, anesthésiste réanimateur à l'Institut Paoli-Calmettes (IPC) à Marseille. et le Dr Nadiet Saadallah-Bouchemot algologue au sein de l'unité douleur de l'hôpital Clairval à Marseille.

Pourquoi dites-vous que la prise en charge de la douleur pourrait être largement améliorée?

« La Société française d'anesthésie réanimation (Sfar) et la Société française d'évaluation et de traitement de la douleur (SFETD) viennent de publier un livre blanc de la douleur disponible sur le site de la Sfar, qui évoque le continuum entre douleur aiguë postopératoire et douleur chronique », indique le D' Francon. « Une douleur aiguë mal gérée va entraîner une persistance au-delà de trois mois. On se retrouve ainsi avec une douleur chronique

Avec quelles conséquences ?

« 20 % des opérés vont finir par aller dans une consultation de douleur chronique », répond le Dr Francon. « Il y a un impact sur la qualité de vie, le vécu du patient et un impact social, avec des arrêts leur Paca Ouest ». L'occasion de dres- de travail. Le coût sociétal et financier est énorme. Et le retentissement sur la vie quotidienne peut conduire à la nécessité d'une prise en charge psychologique. » « La mauvaise prise en charge de la douleur aiguë alimente les consultations antidouleur mais aussi les consultations psychiatriques », confirme le D' Hamouda, « C'est un cercle vicieux, qui peut conduire

Comment l'éviter ?

« Il y a des progrès à faire dans la détection des patients vulnérables, sachant que nous avons des éléments prédictifs du risque de douleur », répond le D' Francon. « Ces éléments sont connus, décrits et méritent d'être mieux diffusés. Certaines chirurgies sont particulièrement douloureuses : celles du sein, thoracique, les amputations des membres, etc. Mais il v a aussi des facteurs psychosociaux comme le catastrophisme, l'anxiété, la dépression. On dispose d'échelles d'évaluation pour mieux "taguer" les patients à risque.

Parce qu'on n'est pas tous égaux devant la douleur. »

Une fois ces patients identifiés. quelle prise en charge?

« C'est notamment une question d'organisation », estime le Dr Lejwi. « Il faut des équipes dédiées aux douleurs aiguës, structurer l'alliance entre les différents services pour traiter les patients avec des douleurs complexes, avec des professionnels formés, un maillage plus resserré et plus performant. C'est l'objectif du Réseau douleur, qui existe malgré toutes les difficultés et les souffrances des soignants : fédérer les établissements de la région. » « Et s'agissant des douleurs chroniques, il faut travailler le lien entre services de médecine et de psychiatrie, pour prévenir les suicides » complète le D' Hamouda.

Il y a encore beaucoup à faire ?

« On ne s'intéresse pas assez franchement à la douleur et pas avec les bonnes armes », regrette le Dr Leiwi, « Il v a certes des problèmes d'organisation mais aussi de formations : il n'y a pas de diplôme spécifique. On peut considérer que la douleur est le parent pauvre de la médecine. » « Durant les périodes de confinement, à un moment donné, la douleur n'a tout simplement pas été prise en charge. On ne doit plus le revivre », conclut le D^r Saadallah-Bouchemot.

PROPOS RECUEILLIS PAR C. MARTINAT



Soins

Douleur ou souffrance?

« La douleur n'est jamais "rien". La douleur physique est une absurdité et elle mérite d'être calmée au plus tôt, car c'est souvent e souvenir de la douleur qui crée la douleur, xplique le Dr Caillol. Mais la médecine est souvent impuissante, et il ne faut pas prendre pour un échec. Le médecin doit faire preuve d'humilité. » Avec la souffrance morale, c'est plus compliqué. On ouvre le débat : que peut faire la médecine ? On souffre souvent par anticipation : peur d'une douleur déjà connue, de la vieillesse, de la dépendance. 'est une angoisse existentielle. "C'est absence de cause à la douleur qui fait la souffrance", dit Nietzsche. La médecine peut-elle prétendre lutter contre ? Je ne crois as qu'elle doive lisser nos états d'âme.» ors de sa présentation, « Entre la douleur physique et la souffrance morale, quelle place our la sédation profonde et continue ? », l a rappelé que la loi Claeys-Leonetti permet de supprimer les douleurs de la fin de vie râce à la sédation profonde et continue, une altération de la conscience associée à l'analgésie qui équivaut à une anesthésie générale, plus un arrêt des traitements, sau'au décès ». ne solution possible sous conditions. n dehors de ces cas, « que faire devant

des douleurs réfractaires ? » interroge-t-il. À défaut d'une réponse, il apporte quelques éléments de réflexion : « Soit on opte pour une maîtrise absolue : on met en place aide médicale au suicide ou l'euthanasie. Et dans ce cas, on pose la question de cette aide : pourquoi médicale ? Soit on accepte une absence de contrôle total.

MONACO MATIN

05/06

monaco-matin





La douleur

PARENT PAUVRE DE LA MÉDECINE

Les membres du « Réseau douleur Paca Ouest » ont dressé l'état des lieux de la lutte contre la douleur à l'occasion du 11e colloque organisé à Pierrefeu dans le cadre de la journée mondiale.

voquer les différents aspects de la lutte contre la douleur, et, le plus largement possible, débatvoquer les différents aspects de provoquée par un défaut tre de toutes les notions autour d'une Avec quelles conséquences ? prise en charge qui pourrait être largement améliorée : tel était l'objectif du colloque « L'antalgie sur tous les fronts » organisé récemment au centre hospitalier Henri-Guérin à Pierrefeudu-Var, sous l'égide du « Réseau douleur Paca Ouest ». L'occasion de dres- de travail. Le coût sociétal et financier ser un état des lieux de la lutte contre la douleur avec son président le Dr sur la vie quotidienne peut Michaël Leiwi, du Samu des Bouchesdu-Rhône, le DrLakri Hamouda, présidente du Clud du Centre hospitalier Henri-Guérin, le D^r Michel Caillol, aussi philosophe membre de l'Espace éthique méditerranéen, le Dr Daniel Francon, anesthésiste réanimateur à l'Institut Paoli-Calmettes (IPC) à Marseille, et le Dr Nadjet Saadallah-Bouchemot. algologue au sein de l'unité douleur de l'hôpital Clairval à Marseille

Pourquoi dites-vous que la prise en charge de la douleur pourrait être largement améliorée?

« La Société française d'anesthésie réanimation (Sfar) et la Société française d'évaluation et de traitement de la douleur (SFETD) viennent de publier un livre blanc de la douleur disponible sur le site de la Sfar, qui évoque le continuum entre douleur aiquë postopératoire et douleur chronique », indique le D' Francon. « Une douleur aiguë mal gérée va entraîner une persistance au-delà de trois mois. On se retrouve ainsi avec une douleur chronique

« 20 % des opérés vont finir par aller dans une consultation de douleur chronique », répond le D' Francon, « Il y a un impact sur la qualité de vie, le vécu du patient et un impact social, avec des arrêts est énorme. Et le retentissement conduire à la nécessité d'une prise en charge psychologique. » « La mauvaise prise en charge de la douleur aiguë alimente les consultations antidouleur mais aussi les consultations psychiatriques », confirme le D' Hamouda. « C'est un cercle vicieux, qui peut conduire

Comment l'éviter ?

« Il y a des progrès à faire dans la détection des patients vulnérables, sachant que nous avons des éléments prédictifs du risque de douleur », répond le D' Francon. « Ces éléments sont connus, décrits et méritent d'être mieux diffusés. Certaines chirurgies sont particulièrement douloureuses : celles du sein, thoracique, les amputations des membres etc. Mais il y a aussi des facteurs psychosociaux comme e catastrophisme, l'anxiété, la dépression. On dispose d'échelles d'évaluation pour mieux "taguer" les patients à risque.

Parce qu'on n'est pas tous égaux devant la douleur. »

Une fois ces patients identifiés. quelle prise en charge ?

« C'est notamment une question d'organisation », estime le D' Lejwi. « Il faut des équipes dédiées aux douleurs aiguës, structurer l'alliance entre les différents services pour traiter les patients avec des douleurs complexes, avec des professionnels formés, un maillage plus resserré et plus performant. C'est l'objectif du Réseau douleur, qui existe malgré toutes les difficultés et les souffrances des soignants : fédérer les établissements de la région. » « Et s'agissant des douleurs chroniques, il faut travailler le lien entre services de médecine et de psychiatrie, pour prévenir les suicides » complète le Dr Hamouda.

Il y a encore beaucoup à faire ?

« On ne s'intéresse pas assez franchement à la douleur et pas avec les bonnes armes », regrette le D' Lejwi. « Il y a certes des problèmes d'organisation mais aussi de formations : il n'y a pas de diplôme spécifique. On peut considérer que la douleur est le parent pauvre de la médecine. » « Durant les périodes de confinement. à un moment donné, la douleur n'a tout simplement pas été prise en charge. On ne doit plus le revivre », conclut le Dr Saadallah-Bouchemot.

PROPOS RECUEILLIS PAR C. MARTINAT cmartinat@nicematin.fr



Douleur ou souffrance?

« La douleur n'est iamais "rien". La douleur physique est une absurdité et elle mérite d'être calmée au plus tôt, car c'est souvent e souvenir de la douleur qui crée la douleur, explique le D' Caillol. Mais la médecine st souvent impuissante, et il ne faut pas prendre pour un échec. Le médecin doit faire preuve d'humilité. » « Avec la souffrance morale, c'est plus compliqué. On ouvre le débat : que peut faire la médecine ? On souffre souvent par anticipation : peur d'une douleur déjà connue, de la vieillesse, de la dépendance. 'est une angoisse existentielle. "C'est absence de cause à la douleur qui fait a souffrance", dit Nietzsche. La médecine peut-elle prétendre lutter contre ? Je ne crois oas qu'elle doive lisser nos états d'âme. » Lors de sa présentation, « Entre la douleur physique et la souffrance morale, quelle place our la sédation profonde et continue ? » l a rappelé que la loi Claeys-Leonetti permet de supprimer les douleurs de la fin de vie grâce à la sédation profonde et continue, une altération de la conscience associée à l'analgésie qui équivaut à une anesthésie générale, plus un arrêt des traitements, squ'au décès ». Ine solution possible sous conditions. En dehors de ces cas, « que faire devant des douleurs réfractaires ? » interroge-t-il. défaut d'une réponse, il apporte quelques

éléments de réflexion : « Soit on opte oour une maîtrise absolue : on met en place nide médicale au suicide ou l'euthanasie. t dans ce cas, on pose la question de cette aide : pourquoi médicale ? Soit on accepte une absence de contrôle total. »

LE FIGARO SANTÉ 06/06



LE FIGARO

DOSSIER ORTHODONTIE POUR LES ADULTES AUSSI



PEUT-ON VRAIMENT RATER SA VIE?

Mieux lutter contre les douleurs

chroniques postopératoires



Anesthésistes et spécialistes de la douleur émettent des recommandations contre ce phénomène, qui concerne 20 % des actes

ANNE PRIGENT

chirurgicaux.

The Contraction of the Contracti

FF Aujourd'hui. nous devons prendre en compte les profils des patients et pas seulement le type de chirurgie dans la prévention de la chronicisation ""

Le plus souvent, il s'agit de dou-leurs neuropathiques tiées à la section, à l'écrarement ou à l'étire-ment des nerfs pendant l'opéra-tion. Parmi les chiurgées se plus à risque de doudeurs chroniques, on trouve la pose d'une prothèse de genou, la chiurupée cardisque ou encore la mamunecomie (l'àblica-tion du sein), muis aussi les césa-rieurses et la climique de la hernie laquaties, opération pour tant per-luique au les consentant per-luique souveniers que de la con-tinue controller pour avervier.

signification post-term protessing pro-tessing protessing processing processing pro-tessing pestigning processing nique. «Lorsqu'on coupe un nerf, chez la majorité des patients, il ne se passe rien harmis un engourdisse-

ment dami la rigioni. Mida chec cortotica a chaque interventino di a daduleur en ristian d'un traitetotica d'adque interventino de
da daduleur en ristian d'un traiteciole. La didaleur i frantitaciole. La didaleur en ristian d'un traiteciole. La didaleur en ristian d'un traitedure diodeur avant l'acte chiture
d'une diodeur avant l'acte chiture
de l'entroit opére, leverire gabe
de l'entroit opére, leverire gabe
de l'entroit opére, leverire gabe
en ristian d'un que de devention devie, leverire de
l'entroit opére, leverire gabe
en ristian d'un que de devention d'un que de
l'entroit de l'entroit de l'entroit de
l'entroit de l'entroit de l'entroit de
l'entroit de l'entroit de l'entroit de
l'entroit de l'entroit de
l'entroit de l'entroit de
l'entroit de l'entroit de
l'entroit de l'entroit de
l'entroit de l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de
l'entroit de

Mal de dos: les anti-inflammatoires en question

On sait que l'inflammation est utile à l'organisme quand elle ne s'emballe pas trop

AND SECTION SE

L'AIDE SOIGNANT
JUIN / JUILLET 2022

l'aide soignante

Bonnes pratiques face à la **douleur postopératoire**

a Société française d'étude et de traitement de la douleur et la Société francaise d'anesthésie et de réanimation ont collaboré à la rédaction de bonnes pratiques sur la douleur postopératoire. L'objectif est de prévenir la chronicisation, d'améliorer l'expérience du patient et de limiter la consommation d'opioïdes (et la possible dépendance associée). Le livre blanc [1] considère les approches médicale, psychologique (l'expérience propre à chaque individu) et chirurgicale (les interventions orthopédiques et thoraciques sont fortement à risque de douleurs). Il propose 25 fiches pratiques ainsi qu'une boîte à outils. L'ouvrage fait le point sur les méthodes antalgiques ou analgésiques et leurs indications.

◆ En premier lieu, il faut dépister les patients les plus vulnérables en préopératoire. Une information doit leur être délivrée afin de les rassurer sur la "normalité" de la présence d'une douleur, mais aussi les inciter à consulter si celle-ci ne cède pas et perdure. Une douleur présente avant l'intervention favorise l'installation d'une douleur chronique postchirurgicale (DCPC). Il faut connaître

les signaux d'alerte postopératoires car « certaines caractéristiques de la douleur postopératoire sont prédictives de chronicisation ». L'évaluation de la douleur doit être régulière.

♦ Plusieurs facteurs psychologiques prédictifs de DCPC ont été identifiés : une vulnérabilité psychologique (dépression, anxiété, etc.), un coping inadapté (évitement, ignorance des sensations douloureuses), des facteurs relevant de la cognition (catastrophisme, etc.), un trouble de la régulation ou du traitement des émotions, une altération des fonctions cognitives. Les techniques non médicamenteuses psychologiques (dites techniques psychocorporelles : relaxation, méditation de pleine conscience, hypnose) ont leur place dans les équipes de chirurgie ou d'anesthésie pour améliorer le confort du patient en périopératoire. Un accompagnement psychologique peut également être indiqué. V.L.

Référence

[1] Maurice-Szamburski A, Martinez V (coord.). Livre blanc de la douleur. La douleur postopératoire et sa chronicisation. www.livre-blanc-douleur.org.

LA REVUE DE L'INFIRMIÈRE JUIN / JUILLET 2022



Bonnes pratiques

Un livre blanc pour améliorer la prise en charge de la **douleur postopératoire**

n postopératoire, la douleur peut s'avérer invalidante et retarder le processus de rétablissement du patient. Sous la coordination conjointe de la <u>Société</u> française d'étude et traitement de la douleur et de la Société française d'anesthésie et de réanimation, un collège multidisciplinaire d'experts a participé à l'élaboration d'un

livre blanc de la douleur intitulé "La douleur postopératoire et sa chronicisation" [1]. Après avoir détaillé les différentes approches de la douleur (médicale, psychologique et chirurgicale), les auteurs proposent aux professionnels de santé 25 fiches pratiques rassemblant « les connaissances indispensables » ainsi que « les outils pour construire

une prise en charge de qualité ». Enfin, une boîte à outils rassemble un ensemble d'éléments relatifs aux questionnaires, aux échelles et aux scores destinés à « faciliter les transmissions entre les différents acteurs de la lutte contre la douleur ». • J.C.

[1] https://sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2022/sfar_livre_blanc_de_la_douleur_2022_interactive_file.pdf.

KINÉ ACTU.COM



Douleur post-opératoire et risque de chronicisation : des sociétés savantes publient un livre blanc



Sophie Conrard - 30 juin 2022

Quatre sociétés savantes se sont associées pour publier un livre blanc sur la douleur post-opératoire et sa chronicisation. Une véritable boîte à outils à usage quotidien, qui peut être utile à chaque étape du parcours de soins et dont la vocation est d'optimiser la pertinence et la qualité des soins.

Ce document "synthétise tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur la douleur post-opératoire et que vous n'avez jamais osé demandé", résume Valéria Martinez, présidente de la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD), qui est à l'initiative de ce projet avec la Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar). L'ouvrage a été réalisé avec la participation de la Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique (Sofcot) et la Société française de chirurgie thoracique et cardiovasculaire (SFCCVT).

Une pathologie fréquente

La douleur chronique post-opératoire (DCPO) est une pathologie fréquente, qui représente 20 % des consultations dans les centres de la douleur (CETD). Récemment reconnue, elle est désormais une priorité en anesthésie et en médecine péri-opératoire. "La chirurgie indolore reste une utopie. Qu'elles soient modérées ou sévères, les douleurs post-opératoires dégradent l'expérience du patient, compromettent sa réhabilitation et l'expose à l'usage des opioïdes. Quand il est trop intense, ce traumatisme physique et psychologique peut être à l'origine d'une nouvelle maladie, cette fois permanente, invalidante et parfois même stigmatisée, la douleur chronique post-chirurgicale", expliquent en préambule Valéria Martinez et Axel Maurice-Szamburski, médecin anesthésiste réanimateur, expert au Comité douleur et anesthésie locorégionale au sein de la Sfar. "Des solutions existent pourtant à toutes les étapes du parcours du patient, avant, pendant et après la chirurgie. Elles nécessitent de remettre le patient au centre de notre prise en charge pour le considérer dans toutes as complexité, depuis sa physiologie jusqu'à son humanité. C'est pourquoi un collège de praticiens associant chercheurs, psychologues, chirurgiens, anesthésistes-réanimateurs et médecins de la douleur s'est fédéré autour du projet de formaliser les points clefs de la lutte contre la douleur post-chirurgicale, à l'adresse des millions de patients opérés chaque année. Le livre blanc qui vous est présenté est né de cette collaboration."

Une pathologie fréquente

y

La douleur chronique post-opératoire (DCPO) est une pathologie fréquente, qui représente 20 % des consultations dans les centres de la douleur (CETD). Récemment reconnue, elle est désormais une priorité en anesthésie et en médecine péri-opératoire. "La chirurgie indolore reste une utopie. Qu'elles soient modérées ou sévères, les douleurs post-opératoires dégradent l'expérience du patient, compromettent sa réhabilitation et l'expose à l'usage des opioides. Quand il est trop intense, ce traumatisme physique et psychologique peut être à l'origine d'une nouvelle maladie, cette fois permanente, invalidante et parfois même stigmatisée, la douleur chronique post-chirurgicale", expliquent en préambule Valéria Martinez et Axel Maurice-Szamburski, médecin anesthésiste réanimateur, expert au Comité douleur et anesthésie locorégionale au sein de la Sfar. "Des solutions existent pourtant à toutes les étapes du parcours du patient, avant, pendant et après la chirurgie. Elles nécessitent de remettre le patient au centre de notre prise en charge pour le considérer dans toute sa complexité, depuis sa physiologie jusqu'à son humanité. C'est pourquoi un collège de praticiens associant chercheurs, psychologues, chirurgiens, anesthésistes-réanimateurs et médecins de la douleur s'est fédéré autour du projet de formaliser les points clefs de la lutte contre la douleur post-chirurgicale, à l'adresse des millions de patients opérés chaque année. Le livre blanc qui vous est présenté est né de cette collaboration."

Un outil pratique et fondé sur des données solides

Ce livre opère une synthèse des recommandations de bonnes pratiques sur la douleur post-opératoire et la chronicisation douloureuse. Les auteurs ont passé en revue la littérature récente à la fois dans l'approche médicale, psychologique et chirurgicale du sujet, et proposent 25 fiches cognitives et pédagogiques avec des QR codes qui renvoient à des contenus supplémentaires. On trouve par exemple une fiche sur l'évaluation pré-opératoire du patient à risques de douleurs post-opératoires, une autre sur l'accompagnement psychologique qui peut être mis en place, une sur le traitement préventif des douleurs post-opératoires en chirurgie orthopédique, une sur les douleurs chroniques liées à la chirurgie mammaire, une sur le syndrome douloureux régional complexe ou encore une sur le traitement des douleurs neuropathiques post-opératoires. "Nous abordons à la fois le pré-opératoire pour dépister les patients à risque, le per-opératoire pour optimiser l'anesthésie et la chirurgie, et le post-opératoire pour dépister les premiers signaux d'alerte et prendre en charge le patient de façon adaptée", résume Valéria Martinez. Elle-même a rédigé la fiche intitulée "Reconnaître et évaluer une douleur chronique post-opératoire" et contribué à celle sur le parcours du patient et sur la fiche d'information à destination des patients avec le D' Maurice-Szamburski. "Informer le patient du caractère anormal de sa chronicisation est en effet la première étape d'une prise en charge mieux adaptée."

Le livre blanc contient également des questionnaires validés sur le dépistage des facteurs de risque, l'évaluation de la douleur et de son retentissement, ainsi que des exemples d'ordonnances et de lettres d'adressage.

Pour télécharger le Livre blanc de la douleur postopératoire et sa chronicisation, cliquez ici

SOIN ET SANTÉ JUILLET 2022



Vers la douleur chronique...

La douleur chronique est bien plus qu'une douleur aiguë qui dure : elle modifie profondément notre manière de fonctionner. Voici des clés pour comprendre et pour mieux agir.

ne douleur aiguë est limitée dans le temps. C'est un signal d'alarme pour notre corps. Elle disparaît lorsqu'on supprime sa cause, en un temps plus ou moins long. Cela peut aller de la douleur liée à une piqûre qui disparaît en quelques minutes à celle due par un traumatisme qui perdure pendant plusieurs jours ou semaines, le temps de réparer les tissus lésés. Parfois, la cause est moins facile à identifier et donc à neutraliser : des maux de tête à répétition. des intestins douloureux, un dos qui ne laisse pas de répit... Il est pourtant très important de ne pas les banaliser, sur le mode « ca va passer » ou « ma mère et ma grand-mère avant moi... », car une prise en charge tardive ou mauvaise peut la faire durer inutilement. Elle risque alors de s'installer, empirer et devenir permanente. C'est ce qu'on appelle la "chronicisation"

Une douleur est considérée comme chronique dès lors que :

 elle dure ou est récurrente au-delà de ce qui est habituel pour sa cause initiale présumée, le plus souvent au-delà de trois mois;

- elle répond mal au traitement :
- elle persiste même si sa cause a disparu. Céphalées, douleurs articulaires et musculaires le plus souvent, ces douleurs sont souvent difficiles à comprendre par le corps médical, car leur cause n'est pas toujours visible et leurs variations sont parfois tout à fait inexplicables.

Selon leur intensité, elles peuvent être très envahissantes et usantes, moralement comme physiquement, et avoir des conséquences importantes sur la qualité de vie, allant parfois jusqu'à la perte d'autonomie progressive, le handicap, l'isolement, les difficultés professionnelles ou encore la dépression.

La difficulté à comprendre ces douleurs les rend également difficiles à partager avec l'entourage.

Le risque est de les banaliser, ce qui génère une fatigue permanente pour l'organisme, ou encore une surconsommation des médicaments pour tenter de les faire taire, comme dans le cas des migraines (voir encadré sur la surconsommation p. 45).



C'est bien ce qui distingue la douleur chronique d'une douleur aiguë qui dure. Dès lors qu'elle dépasse six mois, elle nécessite une approche globale se détachant de la seule cause initiale pour tenir compte du contexte dans son ensemble. Il sera alors question de réadaptation du mouvement et des postures, de soutien psychologique, d'adaptation des médicaments, de renforcement de la relation thérapeutique entre patient et soignant, de travail sur les crovances en lien avec la douleur. de réinsertion dans une vie active, professionnelle ou non, etc., afin que l'accompagnement soit réellement efficace. En bref, il s'agira de mobiliser, dans tous les sens du terme : bouger, dans son corps et dans sa tête, et être mobilisé, engagé, dans la lutte contre la douleur, pour espérer voir un changement.

ALLER PLUS LOIN

La douleur ne me lâche pas, Anne Berquin, éditions Mardaga, 2017.

« La difficulté à comprendre les douleurs chroniques les rend également difficiles à partager avec l'entourage. »

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHRONIQUE

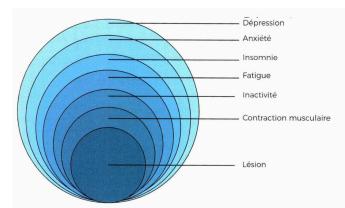
Depuis l'ouverture du premier centre de prise en charge de la douleur chronique en France en 1981 à l'hôpital Cochin, de nombreux centres se sont ouverts sur tout le territoire... Environ 250 structures douleur chronique (SDC) existent à ce jour.

Cette question a été reconnue comme un véritable enjeu de santé publique en France dès 1998, avec un premier plan triennal gouvernemental, suivi de deux autres plans d'action jusqu'en 2010. Ces plans visaient en particulier à améliorer la prise en charge de la douleur chronique dans les structures de santé, la formation des professionnels de santé et l'information du public. Ce n'est que depuis 2010 que les médecins en formation reçoivent un enseignement sur la douleur (20 heures sur l'ensemble du cursus, ce qui reste insuffisant). Depuis cette date, en l'absence de nouveau plan, la démarche engagée marque le pas, malgré la reconnaissance de la médecine de la douleur comme une discipline universitaire depuis 2018.

Des progrès ont été faits, avec en particulier la mise en place de soins personnalisés coordonnés par un médecin spécialiste de la douleur, l'algologue, mais les SDC sont bien souvent saturés et accessibles seulement après des mois d'attente. Les généralistes sont encore trop peu formés et l'accompagnement du patient est souvent retardé ou inadapté pendant longtemps, ce qui engorge d'autant plus les centres spécialisés in fine.

SUITE ARTICLE JUILLET 2022





Cause ou conséquence ?

Qui plus est, toutes les conséquences d'une douleur persistante deviennent avec le temps une des causes mêmes de cette douleur. Ce sont par exemple :

- des modifications dans notre façon de bouger, pour se protéger inconsciemment des mouvements douloureux;
- des modifications progressives du circuit physiologique de la douleur dans le système nerveux, en lien avec sa neuroplasticité: abaissement du seuil de la douleur, diminution des systèmes d'inhibition de la douleur au niveau central (le cerveau), mémorisation de la douleur par le cortex cérébral...;

BON À SAVOIR

Nos neurones ont la capacité de se modifier et remodeler tout au long de notre vie ; c'est ce qu'on appelle la "neuroplasticité" ou "plasticité neuronale".

- des syndromes anxieux ou dépressifs, ou une focalisation excessive sur la douleur;
- des troubles du sommeil ;
- des effets secondaires des traitements.
 Conséquences de la douleur dans un premier temps: ces perturbations finissent par enclencher et entretenir un cercle vicieux qu'il est important de repérer et rompre au plus tôt. Celui-ci est en effet rapidement totalement indépendant de la cause initiale de la douleur, et peut générer des séquelles irréversibles s'il dure trop longtemps avant d'être interrompu.

QUELQUES CHIFFRES

- 12 millions de Français souffrent de douleurs chroniques (1 Français sur 6).
- 70 % d'entre eux ne reçoivent pas un traitement approprié pour leur douleur.
- Moins de 3 % bénéficient d'une prise en charge dans un centre spécialisé.
- En France, 250 structures de la douleur (centres ou consultations) accueillent, chaque année, environ 400 000 patients.

Source: Livre blanc de la douleur, SFETD, 2017.

SANTÉ MAGAZINE

01/08



Moins de douleurs après une opération, c'est possible!

Entre 10 et 30 % des patients de traitement de la douleur ont encore mal 3 mois après (SFETD). Rédigé avec avoir été opérés, dont 5 % la Société française d'anestrès sévèrement. « C'est énorme! », selon la Pr Vale- (SFAR), un livre blanc publié ria Martinez, présidente de la en mai 2022 indique des Société française d'étude et pistes d'amélioration.

thésie et de réanimation

Avant l'opération

Certains facteurs augmentent le risque de douleurs postopératoires : dépression, anxiété, douleurs chroniques, prise de médicaments opioïdes (codéine, morphine...) depuis plus de 3 mois... Il est important de les repérer.



Chez les patients vulnérables, l'anesthésiste peut pratiquer une analgésie locorégionale qui va endormir les nerfs, seule ou associée à une anesthésie générale. Il peut aussi recourir à la kétamine, un médicament qui diminue l'amplification de la douleur.

Après l'opération

« En général, une douleur même forte disparaît en 48 à 72 h après l'opération », rappelle Valeria Martinez. Cela implique de surveiller attentivement tous les patients, y compris à domicile. Les douleurs neuropathiques (touchant un nerf) doivent avoir un traitement spécifique et rapide.

LA REVUE DU PRATICIEN.FR

16/09

larevuedupraticien

Douleurs chroniques post-chirurgicales: algorithme de prise en charge

De nombreux patients souffrant de douleurs neuropathiques ne reçoivent pas les traitements (pharmacologiques ou non) appropriés. La SFAR (Société française d'anesthésie et de réanimation) et la SFETD (Société française d'étude et de traitement de la douleur) ont élaboré un algorithme très clair suivant les dernières recos.





DR. GOOD

OCTOBRE/NOVEMBRE 2022





7 COMPORTEMENTS

On peut le plus souvent empêcher qu'une douleur ponctuelle ne se transforme en douleur chronique grâce à quelques pratiques assez simples. Le Dr Malou Navez nous livre la bonne stratégie.

1ON NE LAISSE PAS TRAÎNER UNE DOULFUR

«Quelles qu'en soient l'origine et la localisation, une douleur qu dure est une douleur mal soignée qui a toutes les chances de se chroniciser. Votre médecin va vous aider à en déterminer la cause et à trouver un traitement,»

20N PRIVILÉGIE LES CHIRURGIES PEU INVASIVES

Entre 10 et 56 % des personnes opérées développent une douleur chronique en postopératoire*. « Moins la chirurgie est invasive, moins les muscles sont incisés, moins il v a de risque de développer une douleur chronique dans les mois suivant une intervention chirurgicale.» Avant une opération, on se renseigne donc sur les techniques pratiquées par le chirurgien et, en cas de doute, on n'hésite pas à prendre plusieurs avis. *Livre blanc de la douleur 2022, coordonné par la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD).

30N ADOPTEDES MÉTHODES **PSYCHOCORPORELLES**

«Penser sans cesse à la douleur peut en renforcer l'intensité. Les techniques psychocorporelles permettent de rompre ce mécanisme. Hypnose, méditation de pleine conscience, sophrologie aident à diminuer le niveau de stress et à vivre normalement en dépit de la douleur, »

50N CONSULTE SUN KINESITHERAPEUTE

«Paradoxalement, moins on bouge, plus on a mal, car on se prive des endorphines (opioïdes naturels), dont la sécrétion est stimulée par l'activité physique. Par la même occasion, plus on perd de masse musculaire et plus on court le risque de chuter ou de se blesser. Les séances avec un kinésithérapeute ou un professeur d'activité physique adaptée (APA) permettent de corriger des gestes douloureux, de renforcer les muscles qui soutiennent les articulations fragilisées (en cas de maladie articulaire inflammatoire) ou de restaurer la souplesse nécessaire pour prévenir les blessures.»

SON ANXIÉTÉ En cas d'intervention chirurgicale programmée, il

est important de faire part à l'équipe soignante d'une éventuelle anxiété. «La régulation des émotions a un rôle majeur dans la survenue des douleurs postopératoires. Si vous êtes très anxieux, il faut le préciser au chirurgien et à l'anesthésiste.» Dans ce cas, on peut demander à voir un psychologue du service qui jugera de l'intérêt d'une prise en charge psychologique ou psychocorporelle avant ou peu après l'opération

4 EVOQUE

ON LA LOCALISE précisément • ON REPÈRE SES MOMENTS de ON LA QUALIFIE: «coups de poignard»

· ON PRÉCISE SI ELLE A



ON S'ORIENTE VERS UN DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR

C'est la meilleure option si la douleur persiste depuis 3 mois au moins. «Ces centres regroupent des professionnels de santé spécialisés dans le diagnostic et la prise en charge globale des douleurs. Ils donnent accès à des soins qui ne sont pas disponibles en ville.» Les délais pouvant être longs (env. 3 mois), on prend son rendez-vous au plus vite*.

> 70N EXCL **FON EXCLUT**

MÉDICATION

ne «marche pas», mieux vaut

«Certains médicaments nécessitent

plusieurs modifications de la dose

avant d'être pleinement efficaces.

pensable pour ne pas se retrouver

en surdosage, avec un risque accru

Mais l'avis du médecin est indis-

anodins. If he faut has non plus

cumuler deux médicaments de la

cité d'un médicament peut être

même classe. En revanche, l'effica-

améliorée par un autre d'une classe différente. Et c'est uniquement au médecin de vous le prescrire.»

retourner voir son médecin.

Si le traitement prescrit

PRÉPARER

• ON TIENT UN AGENDA DE LA DOULEUR et des médicaments pris pour la calmer.

ON ÉVALUE SON INTENSITÉ sur une

• ON NOTE QUELS MÉDICAMENTS

LES CENTRES DE LA DOULEUR EN PRATIQUE

Dans les 250 centres d'évaluation et de traitement de la douleur (CETD), médecins, infirmiers, psychologues, kinésithérapeutes spécialisés accueillent les personnes répondant mal aux traitements classiques ou chez qui la douleur impacte la qualité de vie.

• UN DIAGNOSTIC AFFINÉ ET UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE

LES CONSULTATIONS DANS UN CETD ONT TROIS OBJECTIFS:

- Déterminer les causes de la douleur (questionnaires, tests...)
- Evaluer la douleur dans toutes ses dimensions: physique, émotionnelle, conséquences sur le quotidien... et proposer une prise en charge complète. Pour une efficacité optimale, il faut souvent associer plusieurs traitements.
- ·Expliquer aux patients les mécanismes de leur douleur, pour qu'ils parviennent à mieux vivre avec et soient en mesure de gérer leur traitement.

• UN SÉSAME MÉDICAL **OBLIGATOIRE**

On ne peut pas prendre directe-

ment rendez-vous dans un CETD, car les traitements de pointe qui y sont proposés sont réservés aux douleurs rebelles. Il faut être adressé par le médecin traitant. Comme les rendez-vous sont longs à obtenir, si on souffre d'une douleur per sistante depuis un trimestre au moins, on en parle à son généraliste.



*Localiser un CETD près de chez soi: Solidarites-sante gouv.fr/soins-et-maladies/ prises-en-charge-specialisees/douleur/ article/les-structures-specialisees-douleur-

POINT PRESSE JUIN 2022 •

OBJECTIFS SOINS
FÉVRIER/MARS 2022







INTERVIEV

La pratique avancée, une piste pour la prise en charge de la douleur ?



Karine Constans, Infirmière ressource Si l'engagement des pouvoirs publics envers la prise en charge de la douleur semblait s'être essoufflée ces dernières années, il se pourrait que de nouvelles mesures voient le jour prochainement.

n dernier plan Douleur qui date d'il y a douze ans (le dernier plan quinquennal courait de 2006 à 2010), un programme d'actions Douleur tué dans l'œuf (pour la période 2013-2017) : la douleur semblait être une thématique abandonnée par le ministère de la Santé depuis quelques années. Sur le terrain, les professionnels n'ont cessé de se battre pour la prise en charge des malades, mais l'absence de volonté politique a fini par fragiliser les structures douleur, d'autant plus que la crise sanitaire a bouleversé le quotidien des malades les plus fragiles. La Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD), avec douze autres organisations et sociétés savantes, a rendu un rapport fin 2020 pour améliorer la prise en charge. Parmi les 22 propositions énoncées figurait la reconnaissance d'une pratique avancée (PA) dans l'exercice de l'infirmière douleur au sein des structures "douleur chronique". « C'est un sujet qui a été relancé en fin d'année dernière lors du congrès de la SFETD qui a eu lieu à Montpellier »*, déclare Karine Constans, infirmière consultation douleur, membre du CA de la SFETD et responsable de la commission professionnelle infirmière

UN NOUVEAU CHANTIER, TROIS PRIORITÉS

Pour l'occasion, trois priorités ont été retenues : le parcours de soins, la formation et la prise en charge du public vulnérable . « Nous souhaitons pérenniser les structures douleur chronique pour une meilleure prise en charge du patient douloureux chronique et enforcer la collaboration ville-hôpital. L'évaluation de la douleur doit devenir systématique et conduire à une amélioration de l'accès aux soins, avec une collaboration entre les professionnels de sonté, le secteur médico-social et les structures douleur chronique. Sur le volet thérapeutique, il y a un travail à mener sur la promotion du bon usage des médicaments anti-douleur notamment les opioides » (cf. encadré).

Le sujet pourrait évoluer en particulier sur le plan de la formation et de la prise en compte des spécificités professionnelles : « reconnôtre les médecins de la douleur, qui ont suivi des formations spécialisées transversaies et favoriser la pratique avancée pour les infirmiers douleur », énonce Karine Constans.

ENCADRE FOCUS SUR LES OPIOÏDES

Outre-Atlantique, les opioïdes font régulièrement les gros titres avec une situation totalement hors de contrôle : deux millions de personnes seraient dépendantes à ces substances et le pays aurait déploré 100 000 décès entre avril 2020 et avril 2021, d'après le Centre américain de contrôle et de prévention des maladies. En France, du fait d'une réglementation stricte de la prescription des opioïdes, la situation n'a rien d'aussi alarmant, mais les autorités sanitaires veillent. Ainsi, l'Agence nationale de sécurité des médicaments (ANSM) a observé en 2019 une augmentation du mésusage des antalgiques opioïdes, avec une hausse du nombre d'hospitalisations et de décès liés à leur utilisation (40 hospitalisations/million d'habitants en 2017 et 4 décès par semaine). Une situation qui inquiète la SFETD, estimant qu'il serait « regrettable que la prise en charge de la douleur recule dans notre pays alors que les opioïdes ont un intérêt majeur et incontestable dans cette prise en charge ». Elle attend la sortie très prochaine d'un rapport de la Haute Autorité de santé qui devrait publier, à la demande de la Direction générale de la santé, un ensemble de recommandations sur le bon usage de ces substances.

VERS UNE IPA DOULEUR

Au sujet de la pratique avancée, la commission professionnelle infirmière douleur a développé tout un argumentaire pour valoriser son intérêt : si les infirmières ressource douleur (IRD) existent depuis de nombreuses années, elles ne sont néanmoins pas valorisées à la hauteur de leurs compétences. Pourtant, d'après la SFETD, une grande partie des activités des IRD s'apparente déjà à celles des IPA, sauf sur le volet de la prescription. Pour la SFETD, il semble aisé d'envisager le développement d'une IPA douleur. « C'est d'ailleurs notre prochain travail : proposer une maquette de formation spécifique aux

infirmiers douleur et lancer une expérimentation », ajoute Karine Constans, qui dévolle que la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) serait désormais moins fermée sur le sujet, depuis la sortie du dernier rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur les IPA, globalement favorable au développement des pratiques avancées. L'IPA douleur pourrait bien être la prochaine spécialité à voir le jour dès 2025 avec une mise en place de la formation dès l'an prochain. À suivre, comme l'éclosion d'un nouveau plan Douleur fermement attendu par les professionnels. Anne Lise Favier 'https://www.congres-sfetd.fr/

LA VEILLE DES ACTEURS **DE LA SANTÉ.FR**

08/06



Point presse de la société française d'étude et de traitement de la douleur et de la fondation Apicil (Paris)



10/06/2022

Émis par : Fondation APICIL; SFETD

La société française d'étude et de traitement de la douleur et la fondation Apicil organisent un point presse vendredi 10 juin à 11h. en présentiel, au GRAND QUARTIER, SALLE STUDIO 15 RUE DE NANCY, PARIS 10e

Accueil à partir de 10H45.

En présence de :

- Pr Valeria MARTINEZ. Présidente SFETD Anesthésisteréanimateur (Garches)
- Dr Sylvie ROSTAING, Vice-Présidente SFETD Responsable Commission Ambulatoire SFETD. Anesthésiste-réanimateur (Avignon)
- M. Raphaël MINJARD, Secrétaire Général SFETD Coresponsable Commission Professionnelle Psychologue SFETD, Psychologue (Lyon)
- Dr Sophie LAURENT, Secrétaire Général SFETD Responsable Commission Douleur & Cancer SFETD, médecin de la douleur (Villejuif)
- Dr Sophie DUGUÉ, Responsable Commission Pédiatrique SFETD. Pédiatre et médecin de la douleur (Paris)
- Pr Radhouane DALLEL, Trésorier SFETD, Professeur des Universités – Praticien Hospitalier en ondotologie et chercheur
- Dr Gérard MICK en visio, Chargé de mission SFETD pour la HAS « Parcours de santé ».
- Dr Florence TIBERGHIEN en visio, Médecin de la douleur Centre-Hospitalier Alpes-Léman, Haute Savoie/coordonnateur HAS
- Dr Caroline COLOMB, Responsable Commission Neuromulation SFETD, Médecin de la douleur (Ploermel),
- Mme Karine CONSTANS, Responsable Commission Infirmière SFETD, Infirmière Ressource Douleur CETD
- Mme Sabine RENAUD, Gestion-Logistique Partenariats SFETD

ACCUEIL LA DOULEUR CHRONIQUE, UN ENJEU SOCIÉTAL - Pr Valeria Martinez, Présidente SFTED

- Introduction, Rôle, organisation, Conseil d'administration, chiffres clés – Pr Valeria MARTINEZ
- La Fondation APICIL engagée sur le sujet de la douleur aux côtés de la SFETD- Pr Bernard LAURENT
- Lobbying politique & action institutionnelle SIP 2022 Pr Valeria MARTINEZ

POINT D'AVANCÉE RECOMMANDATION HAS

- Parcours de santé en douleur chronique Dr Gérard MICK
- Bon usage des médicaments opioïdes Dr Sylvie ROSTAING
- Infirmière en pratique avancée Commission Professionnelle Infirmière – Mme Karine CONSTANS

DÉVELOPPEMENT DES ORGANISATIONS & PROJETS

- Lancement Formation Professionnelle SFETD Mme Sabine RENAUD
- Dynamique des correspondants régionaux Dr Caroline **COLOMB & Dr Sophie LAURENT**

FOCUS THÉRAPEUTIQUES

- Point innovant Numérique et médecine de la douleur Pr Radhouane DALLEL
- Thérapie Intrathécale Boîte à outil pour l'harmonisation des pratiques - Dr Florence TIBERGHIEN
- Nouvel outil numérique, l'appli APO Élaboré par la SFETD Dr Sophie DUGUÉ

FOCUS 22ÈME CONGRÈS NATIONAL SFETD - Pr Valéria MARTINEZ & M. Raphaël MINJARD

AGENDA JOURNÉES PROFESSIONNELLES – Pr Valéria MARTINEZ & Dr Sophie LAURENT & Dr Sophie DUGUÉ

CONCLUSION & QUESTIONS RÉPONSES – Pr Valéria MARTINEZ

À l'issue, du Point Presse, un dossier de presse sera diffusé reprenant tous ces points abordés durant la réunion.

HOSPIMÉDIA.FR

14/06



Les recommandations de la HAS sur la douleur vont étoffer le lien ville-hôpital

La publication attendue des recommandations de la Haute Autorité de santé sur la douleur chronique va s'accompagner d'outils de coordination entre ville et hôpital. Un protocole se prépare par ailleurs pour les infirmiers ressource douleur. Si elles ne sont pas encore publiées, les futures recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) sur le parcours du patient douloureux chronique disposent de contours précis. Lors d'une conférence de presse de la <u>Sociétéfrançaise</u> d' <u>étude</u> et de <u>traitement</u> de la <u>douleur</u> (<u>SFETD</u>) le 10 juin, le Dr Gérard Mick, neurologue et médecin de la douleur sur le site de Voiron (Isère) du CHU Grenoble-Alpes, présente la philosophie de ce futur document de référence. Chargé de mission de la <u>SFETD</u> sur ce parcours, il rappelle que ce guide est travaillé depuis deux ans, en lien avec le Collège de médecine générale, et sera publié à l'automne.

" Il s'agit tout simplement de tracer des lignes directrices sur le lien ville-hôpital sur la douleur chronique, autant sur la prévention de la chronicisation que la prise en charge, dont le risque iatrogène, les vulnérabilités, etc. ", pose-t-il. Une coopération entre monde ambulatoire et monde hospitalier nécessaire, en raison des délais d'accès à une structure douleur chronique (SDC), en raison de leur manque de moyens. " L'ambulatoire n'est pas forcément habitué, pas prêt à organiser des prises en charge pouvant être largement en amont des SDC ", poursuit le représentant de la SFETD. Les structures hospitalières seront positionnées en appui et en second recours. " La démarche est intégrative et subsidiaire, l'hôpital n'est pas là pour faire à la place mais pour rendre plus cohérent le parcours ", résume-t-il.

Le lien ville-hôpital sera ainsi accompagné par des outils partagés, élaborés en même temps que les recommandations, pour construire un projet personnalisé de coordination en santé, afin notamment de réduire les examens répétés. Les SDC s'appuieront également sur la télésanté, par messagerie ou pour des réunions de concertation en visioconférence. Le guide de la HAS prend également en compte les aspects médico-social ou professionnel de la prise en charge. Gérard Mick évoque ainsi le besoin de rendre cohérentes l'évaluation médicale du patient et l'évaluation administrative de la Sécurité sociale. Des IPA en 2025 ou 2026

Au sein des structures, le trinôme médecin-psychologue-infirmier ressource douleur (IRD) sera reconnu comme le " trinôme clé" pour l'élaboration des projets personnalisés avec les équipes de soins primaires. Concernant les infirmiers, la SFETD espère la reconnaissance d'infirmiers de pratique avancée (IPA) pour la spécialité douleur. La commission professionnelle infirmière de la société savante a déjà détaillé cet objectif dans un rapport publié en novembre 2021, déjà remis à la DGOS. Karine Constans, IRD au centre douleur du CH Simone-Veil de Beauvais (Oise), rapporte que la création d'une nouvelle mention et d'un référentiel permettra de disposer d'IPA dans le domaine de la douleur en 2025 ou 2026.

Dans l'attente de cette reconnaissance, un protocole de coopération national, visant à libérer du temps médical dans les SDC, est sur les rails. Ce projet est en cours de rédaction en vue d'un appel à manifestation d'intérêts, précise la <u>SFETD</u>.

KINÉ ACTUALITÉ

23/06



[1] Commissariat à a l'énergie atomique et aux énergies alternatives.
[2] La version bien- être est amenée à disparaître lorsque le bracelet sera reconnu dispositif médical. Il sera décliné en plusieurs versions, chacune étant spécifique à une pathologie.

REMEDEE LABS UN BRACELET CONTRE LA DOULEUR CHRONIQUE



La douleur chronique nécessite une prise en charge globale, dans laquelle peut s'intégrer le port de ce bracelet qui émet des ondes électromagnétiques à très haute fréquence (60 GHz). Il est actuellement testé dans le cadre d'études randomisées contrôlées en double aveugle avec des patients atteints de fibromyalgie. d'arthrose et de migraine.
"Le patient ressent une sensation de chaleur. Les

ondes pénètrent à environ 0.5 mm sous la peau, soit la profondeur à laquelle se trouvent les terminaisons nerveuses. Elles agissent sur les douleurs nociplastiques, lorsqu'il y a une hypersensibilité centrale, et sur les douleurs diffuses comme celles de la fibromyalgie. Cela permet d'augmenter la stimulation périphérique et la sécrétion d'endorphines intracérébrales", explique David Crouzier, co-fondateur et CEO de la société Remedee Labs, qui a conçu et commercialise ce bracelet.

Toxicologue de formation, il a travaillé 15 ans dans la recherche pour le Service de santé des armées (SSA), "aune époque où on a découvert l'effet analgésique des ondes électromagnétiques, ce qui nous a ouvert des perspectives thérapeutiques". En 2012, il rencontre son futur associé, Mickael Forster, au centre du CEA [1] de Grenoble. C'est avec lui qu'il décide de concevoir un dispositif adapté à des objectifs thérapeutiques, en termes de taille et de coût: un bracelet.

Aujourd'hui, une version bien-être est déjà sur le marché [2] et Remedee Labs compte sur ses études pour obtenir la certification dispositif médical d'ici fin 2023. Les résultats tomberont début 2023 pour celles sur la fibromyalgie et l'arthrose, et en juin 2023 pour celle sur la migraine. En attendant, la société présente régulièrement ses travaux dans des congrès comme ceux de la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD).

En pratique

La posologie varie selon la pathologie: "On préconise 3 à 5 utilisations (de 30 minutes) par jour pour la fibromyalgie, 2 pour la migraine. Pour l'arthrose, des essais sont en cours", précise David Crouzier. "Le bracelet est facile à utiliser et à recharger. Même les personnes âgées, peu habituées aux nouvelles technologies, y arrivent." Il suffit de disposer d'un smartphone afin d'utiliser l'application associée, qui peut servir d'interface avec le prescripteur ou un coach (pour la version bien-être). "On voit les sessions effectuées, si le patient est régulier ou pas... Nous avons prévu d'intégrer du contenu éducationnel, car l'ETP est essentiel dans le cadre de la prise en charge des pathologies chroniques. On pourra par exemple s'en servir pour aider un patient à se remettre à l'activité physique."

Diminuer la prise de médicaments

À ce stade, les résultats sont encourageants. "Dans le cadre du traitement de la fibromyalgie, 70 à 80 % des patients déclarent ressentir des effets très positifs." Seul un petit nombre d'utilisateurs ne réagissent pas ou peu au port du bracelet. Remedee Labs est en train d'essayer de comprendre pourquoi. Le port régulier de ce bracelet pourrait permettre à certains patients de diminuer leur traitement médicamenteux, ce qui ouvre des perspectives en matière de lutte contre les mésusages d'antalgiques dans des pays comme les États-Unis, où Remedee Labs essaie de s'implanter en parallèle du marché européen. Le processus requis par la FDA (Food and drug administration) est en cours. "En France, dans les centres d'étude et de traitement de la douleur (CETD), plus personne ne doute de l'intérêt de ce bracelet", affirme David Crouzier. Les contre-indications sont rares : femmes enceintes, enfants, présence d'un tatouage ou de matériel d'ostéosynthèse dans le poignet.

SOPHIE CONRARD

ACTU SOIN.COM

23/06



Traitement de la douleur : un protocole de coopération préalable à la pratique avancée infirmière?

23 juin 2022 | 6 199 vues | Géraldine Langlois | mots clefs : Douleur, Douleurs, Infirmière en pratique avancée, IPA, Pratique avancée, pratique avancée infirmière, prise en charge de la douleur, protocole de coopération, traitement de la douleur Pas de commentaire









Le souhait de la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD) de voir créer une pratique avancée infirmière avec la mention « douleur » pour fluidifier les parcours attendra. Un protocole de coopération doit en revanche être mis en place. La société savante l'a annoncé la semaine dernière.

La SFETD milite pour la création d'une mention de pratique avancée pour les infirmiers qui oeuvrent dans son domaine -la douleur- comme d'autres sociétés savantes médicales.

Comme l'a rappelé Karine Constans, responsable de la commission professionnelle infirmière de la SFETD, lors d'une récente conférence de presse de la société savante, un des trois axes prioritaires de son plan d'action pour améliorer la prise en charge de la douleur en France vise à reconnaître la pratique



avancée dans l'exercice des infirmiers ressource douleur (IRD) au sein des structures Douleurs chroniques. « Nous nous sommes aperçus que quand on mettait les compétences des IPA et des IRD côte à côte, elles avaient beaucoup de choses en commun », explique-t-elle.

La création de cette mention de pratique avancée viserait à promouvoir l'expertise des IRD et développer les soins infirmiers dans le champ de la douleur, de définir, évaluer et diffuser les activités et les champs de compétences de l'IRD, de développer la recherche infirmière dans ce domaine mais aussi d'initier et conduire des travaux en matière de soins, d'ETP, de formation initiale et continue, de démarche qualité, d'EPP, etc.

Il s'agit aussi de promouvoir le partage d'expériences, les publications sur les travaux en soins infirmiers et développer une synergie nationale par l'intermédiaire de correspondants régionaux.

Reconnaissance des IRD

La SFETD a présenté cet argumentaire à Anne Vitoux, du bureau « Qualité sécurité des soins » de la DGOS en novembre 2021, lors du congrès annuel.

« Elle nous a alors annoncé qu'une nouvelle mention et un nouveau référentiel de formation pourraient être créés pour 2025 ou 2026 », raconte Karine Constans. La commission infirmière de la société savante a donc constitué un groupe de travail pour plancher sur le sujet mais en avril, la DGOS a sollicité la SFETD pour lui proposer de concevoir à la place un protocole de coopération. « Nous avons été surpris car nous étions pas dans ce registre », ajoute l'infirmière.

Un protocole de coopération organise en effet des modalités de coopération entre médecin et infirmier sur un périmètre très circonscrit, moyennant une formation courte de l'infirmier qui dispose de moins d'autonomie qu'en pratique avancée.

Celui qui est en train d'être conçu devrait porter sur le suivi et l'adaptation des prescriptions de médicaments anti-douleur et de thérapies non médicamenteuses, ou encore des examens. Il est destiné à encadrer la collaboration entre des IRD et des médecins au sein des structures labellisées « douleur ».

La situation des patients concernés n'est pas encore décidée : le projet d'Appel à manifestation d'intérêt, qui permettra à des équipes de candidater, est encore en cours

Une première étape?

Selon Karine Constans, ce protocole de coopération serait une étape « en attendant de reprendre les discussions sur une nouvelle mention de pratique avancée » : la porte de la DGOS sur le sujet ne lui semble pas fermée.

Avec ce protocole, il s'agit déjà selon elle d'une première reconnaissance des compétences des IRD et d'un moyen de fluidifier les parcours. Surtout, un protocole de coopération peut se mettre en place beaucoup plus rapidement qu'une nouvelle mention de pratique avancée.

L'infirmière estime que les deux modalités d'évolution des pratiques infirmières ne s'excluent pas l'une l'autre mais peuvent s'additionner. Le protocole de coopération peut ainsi bénéficier selon elle aux « anciennes » infirmières qui ne souhaitent pas étudier deux ans pour pratiquer la pratique avancée. Pratique avancée qui peut, elle, séduire davantage les « nouvelles » et futures infirmières familières avec le cursus universitaire sur le modèle LMD...

L'éventuelle pratique avancée « douleur » pourrait, selon Karine Constans, être soit intégrée dans la mention « pathologies » chroniques, avec un supplément de formation sur la douleur, soit faire partie d'une mention élargie « douleur et soins palliatifs ».

Une discussion est menée sur ce sujet avec la Société française de soins palliatifs. D'autres pourraient, reprendre, le moment venu avec le Conseil national professionnel

Ce dernier privilégie plutôt actuellement une approche populationnelle de la pratique avancée et non par pathologie. Mais la douleur, problématique transversale à de nombreuses pathologies, n'en est pas une. L'avenir dira si la mention désirée par la SFETD verra bien le jour ou si le protocole de coopération court-circuitera le projet.

Géraldine Langlois

KINÉ ACTUALITÉ 07/07



DOULEUR CHRONIQUE 5

LA HAS PEAUFINE UNE SÉRIE DE RECOMMANDATIONS POUR FACILITER

LE PARCOURS DU PATIENT DOULOUREUX CHRONIQUE

La Haute autorité de santé (HAS) doit publier cet autonne une série de recommandations sur le parcours du patient douloureux chronique, appelées à faire référence. Elles seront accompagnées d'outils de coordination entre la ville et l'hôpital. Si on n'en comait pas encore le détail, on en comait la philosophie : elle a été présentée le 10 juin, lors d'une conférence de presse de la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD), par le D' Gérard Mick, neurologue et médecin de la douleur sur le site de Voiron (Isère) du CHU Grenoble-Alpes. Chargé de mission de la SFETD sur ce parcours, il a rappelé que ce guide était travaillé depuis 2 ans en lien avec le Collège de médecine générale.

"Il s'agit tout simplement de tracer des lignes directrices sur le lien ville-hôpital sur la douleur chronique, autant sur la prévention de la chronicisation que la prise en charge, dont le risque iatrogène, les vulnérabilités, etc.", a-t-il expliqué. Cette coopération entre monde ambulatoire et monde hospitalier est indispensable, en raison des délais d'accès à une structure douleur chronique (SDC) et du manque de moyens de ces dernières. "L'ambulatoire n'est pas forcément habitué à organiser des prises en charge pouvant être largement en amont des SDC." C'est pourquoi les structures hospitalières seront positionnées en appui et en second recours. "La démarche est intégrative et subsidiaire, l'hôpital n'est pas là pour faire à la place de mais pour rendre le parcours plus cohérent."

Des outils de coordination partagés

Le lien ville-hôpital sera renforcé par des outils partagés, qui sont élaborés en même temps que les recommandations. Les professionnels pourront s'appuyer dessus pour construire un projet personnalisé de coordination en santé, afin notamment de réduire le nombre d'examens répétés.

Les SDC s'appuieront également sur la télésanté, par messagerie ou pour des réunions de concertation en visioconférence. Le guide de la HAS prend par



ailleurs en compte les aspects médico-social ou professionnel de la prise en charge. Gérard Mick a par exemple mentionné, le 10 juin, la nécessité de rendre cohérentes l'évaluation médicale du patient et l'évaluation administrative de la Sécurité sociale. Au sein des SDC, le trinôme médecin-psychologueinfirmier ressource douleur (IRD) sera reconnu comme le "trinôme clé" pour l'élaboration des projets personnalisés avec les équipes de soins primaires. Concernant les infirmiers, la SFETD voudrait que soient reconnus des infirmiers de pratique avancée (IPA) pour la spécialité douleur. En attendant, un protocole de coopération national devrait être déployé pour libérer du temps médical dans les SDC. Ce projet est en cours de rédaction en vue d'un appel à manifestation d'intérêts, précise la SFETD.

SOPHIE CONRARD (AVEC HOSPIMEDIA)

EGORA.FR

04/07

egora.fr

Manque d'effectifs, douleur chronique, prescription d'opioïdes... La prise en charge de la douleur reste trop fragile



A l'occasion de la présentation de son prochain congrès*, la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD) alerte sur plusieurs points de vigilance, revient sur les récentes recommandations pour le bon usage des opioïdes et dévoile ses prochains chantiers.

Il y a actuellement 2 à 3 équivalents temps plein en moyenne par structure de la douleur (il en existe 245 en France, centres ou consultations) ... Il suffit qu'une personne soit malade ou parte en retraite pour que le centre soit en péril. Un centre qui est dédié aux soins mais encore à l'enseignement et la recherche. « Or 25 % de nos médecins cesseront leur activité dans les 5 ans », souligne le Pr Valéria Martinez, médecin de la douleur à l'Hôpital Raymond Poincaré (Garches) et présidente de la SFETD. Le nombre d'équivalents temps plein de médecin de la douleur est de 3 ! pour 100 000 habitants. « Nous sommes très inquiets d'autant que certaines régions (du Centre et du Grand Est) sont totalement dépourvues de professionnels », insiste-t-elle. Les délais d'attente sont de plusieurs mois, voire un an... A défaut de Programme dédié à la douleur depuis 10 ans, des mesures urgentes doivent être prises, sur le parcours de santé en douleur chronique, la formation (faire de la médecine de la douleur une spécialité la rendrait plus attractive) et la reconnaissance de la pratique avancée pour les infirmiers "ressource douleur".

Le bon usage des opioïdes

La situation n'est certes pas comparable à celle que vivent les Etats-Unis et le Canada où les prescriptions d'Oxycodone et de Fentanyl sont inappropriées et excessives, - avec à la clé des décès massifs par surdose - mais le rapport de 2019 de l'Agence nationales de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) met en lumière une augmentation du mésusage, du nombre d'hospitalisations et de décès liés à l'utilisation d'antalgiques opioïdes (faibles ou forts). Pour sécuriser l'usage de ces médicaments, sans en restreindre l'accès aux patients pour qui ils sont indispensables, la Direction générale de la Santé (IPGS) a saisi la Haute Autorité de Santé (HAS) pour élaborer des recommandations de pratique clinique, aujourd'hui en ligne (depuis fin mars) sur le site de la HAS. Elles sont destinées aux professionnels à même de prendre en charge des patients de plus de 15 ans dont la douleur aigué ou chronique, liée ou non à un cancer, est une indication d'antalgique opioïde. Le texte de la HAS concerne aussi les personnes traitées par un médicament de substitution aux opioïdes (buprénorphine et méthadone) et celles qui présentent un trouble de l'usage d'opioïdes, prescrits ou illicites.

vioualisti i d

Est, en outre, préconisée, une diffusion large de ces recommandations en population générale aussi, qui devrait porter notamment sur les définitions (troubles de l'usage, mésusage, addiction, dépendance physique, surdose, etc.). Les professionnels sont invités à recourir aux outils de repérage des facteurs de risque de troubles de l'usage (échelle ORT) ou de leur dépistage (échelle POMI).

Opioïdes et naloxone en co-prescription

« S'agissant du traitement des surdoses par la naloxone, le médicament de référence, il est recommandé d'évaluer systématiquement la pertinence d'une co-prescription, avec de la naloxone prête à l'emploi, et d'informer (le patient et son entourage) sur les modalités de son utilisation », rapporte le Dr Sylvie Rostaing, responsable de la Commission Ambulatoire, qui a participé au groupe de travail de la HAS pour la SFETD. Cette naloxone prête à l'emploi doit être largement mise à d'intervenir les premiers devant être également formés à l'administration de la naloxone.

Analgésie intrathécale en kit

« Pour les 15 % des patients atteints de cancer présentant des douleurs réfractaires ou intolérants aux traitements habituels et notamment aux opioides forts, l'analgésic intrathécale est une technique très efficace ; elle n'est toutefois pas utilisée à la hauteur de ses indications douloureuses : seulement un patient sur 10 pour lequel l'indication serait légitime en bénéficie effectivement », regrette le Dr Florence Tiberghien, Commission Douleur & Cancer, Centre hospitalier Alpes-Léman. Sa mise en place, pour injecter directement des antalgiques dans le liquide céphalo-rachidien, ne s'improvise pas et la SFETD a conçu un livre pédagogique " Boit, Boîte à Outils IntraThécale", illustrations et fiche pratique.

Autre innovation bientôt proposée par la Société, une application mobile (APO) de reconnaissance faciale pour l'évaluation de l'intensité de la douleur de jeunes enfants et d'adolescents en situation de handicap, à domicile. Un manque identifié par la DGS qui a donc accordé un financement à la SFETD pour la conception et le développement de l'outil (livraison prévue fin 2022).

Découvertes françaises

« Enfin, annonce le Pr Radhouane Dallel, directeur Inserm à Clermont-Ferrand, notre congrès de novembre mettra l'accent sur des découvertes plus fondamentales, telles que les raisons pour lesquelles les médicaments ne soulagent pas toutes les douleurs : en effet, celles-ci mettent en jeu des neurones différents, transmettent des informations diffèrentes ». Par ailleurs, les astrocytes paraissent gérer les aspects émotionnels des douleurs chroniques ; ils guideraient nos émotions. Et il conclut : « le principe d'une instillation transcrânienne de molécules antalgiques vient d'être validé, un travail d'une équipe française publiée dans Brain ».

Sources:

D'après une conférence de presse de la SFETD (10 juin 2022)

EGORA

10/07

egora





À LA UNE

La prise en charge de la douleur reste trop fragile

À l'occasion de la présentation de son prochain congrès*, la Société française d'étude et de traitement de la douleur (<u>SFETD</u>) alerte sur le manque de professionnels de la douleur, revient sur les récentes recommandations pour le bon usage des opioïdes et dévoile ses prochains chantiers.

ANTALGIE

Il y a actuellement deux à trois équivalents temps plein en moyenne par structure de la douleur (centres ou consultations, au nombre de 245 en France)... Il suffit qu'une personne soit malade ou parte à la retraite pour que le centre soit en péril. Un centre qui est dédié aux soins mais aussi à l'enseignement et à la recherche. « Or 25 % de nos médecins cesseront leur activité dans les cinq prochaines années », souligne le Pr Valeria Martinez, médecin de la douleur à l'hôpital Raymond-Poincaré (Garches) et présidente de la SFETD. Le nombre d'équivalents temps plein de médecins de la douleur est de 3 pour 100 000 habitants! « Nous sommes très inquiets d'autant que certaines régions (du Centre et du Grand Est) sont totalement dépourvues de professionnels », insiste-telle. Les délais d'attente sont de plusieurs mois, voire un an... À défaut de programme dédié à la douleur depuis dix ans, des mesures urgentes doivent être prises sur le parcours de santé en douleur chronique, la formation (faire de la médecine de la douleur une spécialité qui la rendrait plus attractive) et la reconnaissance de la pratique avancée pour les infirmiers « ressource douleur»

Le bon usage des opioïdes

La situation n'est certes pas comparable à celle que vivent les États-Unis et le Canada, où les prescriptions d'oxycodone et de fentanyl sont inappropriées et excessives – avec à la clé des décès massifs par surdose –, mais le rapport de 2019 de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé met en lumière une augmentation

du mésusage, du nombre d'hospitalisations et de décès liés à l'utilisation d'antalgiques opioïdes (faibles ou forts). Pour sécuriser l'usage de ces médicaments, sans en restreindre l'accès aux patients à qui ils sont indispensables, la Direction générale de la santé (DGS) a saisi la Haute Autorité de santé (HAS) pour élaborer des recommandations de pratique clinique, actuellement en ligne (depuis fin mars) sur le site de la HAS. Elles sont destinées aux professionnels à même de prendre en charge des patients de plus de 15 ans dont la douleur aiguë ou chronique, liée ou non à un cancer, est une indication d'antalgique opioïde. Le texte de la HAS concerne aussi les personnes traitées par un médicament de substitution aux opioïdes (buprénorphine et méthadone) et celles qui présentent un trouble de l'usage d'opioïdes, prescrits ou illicites.

Est, en outre, préconisée une diffusion large de ces recommandations en population générale qui devrait porter notamment sur les définitions (troubles de l'usage, mésusage, addiction, dépendance physique, surdose, etc.). Les professionnels sont invités à recourir aux outils de repérage des facteurs de risque de troubles de l'usage (échelle ORT) ou de leur dépistage (échelle Pomi).

Opioïdes et naloxone en coprescription

« S'agissant du traitement des surdoses par la naloxone, le médicament de référence, il est recommandé d'évaluer systématiquement la pertinence d'une coprescription, avec de la naloxone prête à l'emploi, et d'informer le patient et son entourage sur les modalités de sonutilisation», rapporte le Dr Sylvie Rostaing, responsable de la commission Ambulatoire, qui a participé au groupe de travail de la HAS pour la SFETD. La naloxone prête à

l'emploi doit être largement mise à disposition: accès anonymisé, sans prescription ou avance de frais, en ville. Les forces de l'ordre ou de secours susceptibles d'intervenir les premières devant être également formées à l'administration de la naloxone.

Analgésie intrathécale en kit

«Pour les 15 % de patients atteints de cancer présentant des douleurs réfractaires ou intolérants aux traitements habituels, et notamment aux opioïdes forts, l'analgésie intrathécale est une technique très efficace; elle n'est toutefois pas utilisée à la hauteur de ses indications douloureuses: seulement 1 patient sur 10 pour lequel l'indication serait légitime en bénéficie effectivement », regrette le Dr Florence Tiberghien (commission Douleur et cancer, centre hospitalier Alpes-Léman). Sa mise en place, pour injecter directement des antalgiques dans le liquide céphalorachidien, ne s'improvise pas, et la SFETD a concu un livre pédagogique « Boit » (boîte à outils intrathécale), illustrations et fiche pratique.

Autre innovation bientôt proposée par la société, une application mobile (APO) de reconnaissance faciale pour l'évaluation de l'intensité de la douleur de jeunes enfants et adolescents en situation de handicap, à domicile, Un manque identifié par la DGS, qui a donc accordé un financement à la SFETD pour la conception et le développement de l'outil (livraison prévue fin 2022).

Découvertes françaises

«Enfin, annonce le Pr Radhouane Dallel, directeur Insermà Clermont-Ferrand, notre congrès de novembre mettra l'accent sur des découvertes plus fondamentales telles que les raisons pour lesquelles les médicaments ne soulagent pas toutes les douleurs : en effet, celles-ci mettent en jeu des neurones différents, transmettent des informations différentes.» Par ailleurs, les astrocytes paraissent gérer les aspects émotionnels des douleurs chroniques; ils guideraient nos émotions. Et il conclut : «Le principe d'une instillation transcrânienne de molécules antalgiques vient d'être validé, un travail d'une équipe française publié dans BRIGITE BLOND

D'après une conférence de presse de la SFETD (10 juin 2022). https://www.sfetd-douleur.org/

http://www.congres-sfetd.fr

CONGRÈS SFETD 2022.

LE MONDE.FR

17/10

Le Monde

Imbroglio autour de l'expérimentation du cannabis thérapeutique en France

Le résultat de la procédure, lancée en 2021, fait débat chez les médecins et une demande de prolongation, défendue par le ministère de la santé, devrait être déposée par voie d'amendement lors de l'examen du budget de la « Sécu » à l'Assemblée. Les patients qui réclament une généralisation de la prescription s'impatientent.

Par Mattea Battaglia et Pascale Santi

Publié le 17 octobre 2022 à 15h00 • Mis à jour le 17 octobre 2022 à 15h00 • 🗿 Lecture 4 min.

Article réservé aux abonnés



Amélie Quesada, responsable de la recherche et du développement agronomique de LaFleur, une entreprise qui a l'ambition de produire du cannabis thérapeutique, analyse la qualité de la lumière avec un spectromètre sur un plant de cannabis, à Angers, le 8 janvier 2022. JEAN-FRANCOIS MONIER! / AFP

Le cannabis, aujourd'hui classé comme stupéfiant, deviendra-t-il un jour un médicament ? La France n'est pas près, à ce stade, de rejoindre la vingtaine de pays européens (dont l'Allemagne, l'Italie, le Portugal...) qui ont franchi le pas : l'expérimentation lancée sur son sol, en mars 2021, sous la supervision de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), devrait être prolongée. Au grand dam des associations de patients et des professionnels de santé impliqués qui réclamaient la généralisation de la prescription.

C'est en tout cas la ligne défendue au ministère de la santé, où l'on fait savoir que des députés vont demander cette prolongation par la voie d'un amendement au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, qui devrait être débattu à l'Assemblée nationale à compter du jeudi 20 octobre. «L'expérimentation n'est pas allée aussi loin que prévu, la crise sanitaire qui en a retardé le démarrage l'explique en partie », avance-t-on Avenue de Ségur, en précisant qu' « à peu près la moitié des patients attendus [3 000, à l'origine] ont pu être inclus dans la procédure ». On y invoque aussi des «questions ouvertes » sur le « déploiement du produit », son « statut » et les modalités de prise en charge.

Auditionné par la commission des affaires sociales de l'Assemblée, fin septembre, le ministre François Braun avait déjà pris position : «Les résultats sont insuffisants en termes de patients pour l'instant, pour avoir des résultats qui sont solides », soulignait-il alors. Le rapport d'évaluation de l'expérimentation, remis il y a quelques semaines aux autorités, n'a pas encore été rendu public – «il devrait l'être au Parlement sous peu », promet-on dans l'entourage de M. Braun. En attendant, des médecins et scientifiques impliqués ne font pas secret de leurs observations.

LE MONDE

18/10

Le Monde



Imbroglio autour de l'expérimentation du cannabis thérapeutique

Le ministère de la santé voudrait prolonger la procédure, dont les résultats font débat. Les associations de malades s'impatientent

e cannabis, aujourd'hui classé comme stupéfiant, deviendra-t-il un jour un médicament? La France n'est pas près, à ce stade, de rejoindre la vingtaine de pays européens (dont l'Allemagne, l'Italie, le Portugal...) qui ont franchi le pas: l'expérimentation lancée sur son sol, en mars 2021, sous la supervision de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), devrait être prolongée. Au grand dam des associations de patients et des professionnels de santé impliqués qui réclamaient la généralisation de la prescription.

C'est en tout cas la ligne défendue au ministère de la santé, où l'on fait savoir que des députés vont demander cette prolongation par la voie d'un amendement au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, qui devrait être débattu à l'Assemblée nationale à compter du jeudi 20 octobre. «L'expérimentation n'est pas allée aussi loin que prévu, la crise sanitaire qui en a retardé le démarrage l'explique en partie», avance-t-on Avenue de Ségur, en précisant qu'«à peu près la moitié des patients attendus [3000, à l'origine] ont pu être inclus dans la procédure ». On y invoque aussi des «questions ouvertes» sur le «déploiement du produit », son «statut » et les modalités de prise en charge.

Auditionné par la commission des affaires sociales de l'Assemblée, fin septembre, le ministre François Braun avait déjà pris position: «Les résultats sont insuffisants en termes de patients pour l'instant, pour avoir des résultats qui sont solides», soulignait-il alors. Le rapport d'évaluation de l'expérimentation, remis il y a quelques semaines aux autorités, n'a pas encore été rendu public -«il devrait l'être au Parlement sous peu», promet-on dans l'entourage de M. Braun. En attendant, des médecins et scientifiques impliqués ne font pas secret de leurs observations.

qui estiment qu'il est insuffisant au regard de l'objectif initial de 3000 patients, Nicolas Authier, président du comité de suivi à l'ANSM, répond: «Avec 2100 patients inclus, le nombre est suffisant pour valider l'efficacité de l'expérimentation.» Environ 100 à

D'abord sur le nombre. A ceux

sant pour valider l'efficacité de l'expérimentation.» Environ 100 à 120 patients supplémentaires participent à l'expérimentation chaque mois. «1400 patients sont encore traités aujourd'hui».

Le cannabis thérapeutique, qui peut être administré sous forme d'huile, de gouttes, ou en inhalation avec une vapoteuse, s'adresse à des patients non soulagés par la médecine conventionnelle, avec cing indications: douleurs neuropathiques réfractaires, épilepsies sévères, complications liées au cancer ou à ses traitements, situations palliatives et spasticité douloureuse (raideurs musculaires anormales). Au total, dans ces indications, environ 70 000 patients français pourraient bénéficier à terme du cannabis médical, précise Nathalie Richard, directrice de l'expérimentation à l'ANSM.

Pas un produit miracle

L'Agence sanitaire a proposé la mise en place d'une expérimentation afin de tester en «vie réelle» l'utilisation du cannabis médical et de sécuriser son accès. «L'objectif principal n'est pas d'évaluer l'efficacité du cannabis thérapeutique mais de valider les conditions d'accès, de prescription et de dispensation», précise Nicolas Authier.

Certes, il ne s'agit pas d'un produit miracle. «Peu d'essais cliniques solides ont démontré l'efficacité du cannabis médical», avait indiqué le comité scientifique mis en place en 2018. Mais «pour certaines pathologies ou certains symptômes, un niveau de preuve existe, surtout en cas d'échec thérapeutique avec d'autres traitements », ajoutait l'instance.

«L'expérience est positive, plusieurs patients voient leurs symptômes apaisés. Certains réduisent aussi les doses d'autres médica-

«L'expérience est positive, des patients voient leurs symptômes apaisés»

LAURE COPEL médecin, membre du conseil scientifique de l'ANSM

ments», observe aujourd'hui Laure Copel, cheffe du service de soins palliatifs du groupe hospitalier Diaconesses-Croix-Saint-Simon, à Paris, et membre du conseil scientifique de l'ANSM. «Cela semble améliorer le sommeil, l'appétit, les troubles anxieux. S'il n'est pas un très bon antalgique, c'est un excellent traitement pour le patient douloureux car sa qualité de vie est le plus souvent améliorée», poursuit la médecin, pour qui «c'est une nouvelle classe thérapeutique intéressante qui n'a pas d'équivalents ». Il faut toutefois trouver le

bon dosage, selon les individus. D'autres avis sont plus timorés. La méthodologie de l'expérimentation sans « groupe contrôle » a été critiquée par l'Académie de médecine. La Société française

été critiquée par l'Académie de médecine. La Société française d'étude et de traitement de la douleur a également émis des réserves. «Par ses multiples actions sur notre système nerveux, le cannabis possède un indéniable effet antalgique, principalement dû au THC [le tétrahydrocannabinol, aux effets psychoactifs]. Malheureusement, les nombreux effets collatéraux psychiques viennent minorer son intérêt thérapeutique», écrit le neurochirurgien Marc Lévêque dans Libéronsnous de la douleur (Buchet-Chastel, 240 pages, 18,50 euros), qui appelle à « la prudence ».

Quant aux craintes sur un mésusage, «oui, les médicaments à base de cannabis peuvent être addictogènes, mais ils le sont moins que des opioides ou certaines benzodiazépines», observe Nicolas Authier, qui rappelle que «la majorité de ces patients n'ont jamais consommé de cannabis; on cherche à soulager sans nuire avec des médicaments, pas à faire une légalisation déguisée du cannabis ». «On aimerait un engage«On cherche à soulager sans nuire avec des médicaments, pas à faire une légalisation déguisée du cannabis»

NICOLAS AUTHIER président du comité de suivi à l'ANSM

santé, il est nécessaire de déconstruire toutes ces idéologies, tous ces fantasmes autour de ce produit », insiste-t-il aussi.

Cet «engagement», les associations de patients le réclament également, rappelant que le dispositif avait été soutenu par Agnès Buzyn, en 2019, quand elle était ministre de la santé, après les auditions par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, dont le rapporteur général était... Olivier Véran, son futur successeur. A l'époque, déjà, le lancement s'était fait attendre plus d'un an, faute de décret d'application, suscitant parmi des médecins et responsables associatifs de nombreuses interrogations. Le «volontarisme politique» continue de poser question. «Le sujet reste clivant au sein même de la majorité, et c'est à se demander si c'est le ministère de l'intérieur ou celui de la santé qui décide», souffle un médecin.

En face, des malades s'impatientent. « Nous demandons, dès la fin de l'expérimentation, la mise à disposition de médicaments à base de cannabis, conditionnée à une prescription de produits remboursés, explique Mado Gilanton, présidente de l'association Apaiser, à l'initiative d'une table ronde sur le sujet à l'Assemblée, le 6 octobre. Dans certains centres antidouleur, aujourd'hui, on nous rapporte des temps d'attente de deux ans, dit-elle, le gouvernement devrait le savoir, lui qui s'est engagé à améliorer l'accès aux soins. Ces patients qui souffrent, combien de temps va-t-il leur falloir attendre encore?»

Interrogé sur la durée de la prolongation de l'expérimentation, le ministère de la santé reste prudent: «Ce sera aux députés d'en débattre.» •

MATTEA BATTAGLIA ET PASCALE SANTI

LA VEILLE DES ACTEURS DE LA SANTÉ.FR

20/10



Congrès de la SFETD (Lille)



Ajouter à mon agenda



Le Congrès de la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD) se tiendra du 16 au 18 novembre 2022 à Lille Grand Palais.

www.congres-sfetd.fr

S'inscrire au congrès

À noter qu'en amont du congrès, la SFETD et la fondation Apicil organisent une conférence de presse, le 15 novembre de 17h à 18h (accueil à partir de 16h30).

Lieu: Grand Palais de Lille - salle 2.4 1 boulevard des cités unies, 59800 Lille

En présence des membres du Conseil d'administration & Responsables de Commissions SFETD et de la Fondation APICIL

- · Pr Valeria MARTINEZ. Anesthésiste-réanimateur (Garches), Présidente de la SFETD
- Dr Sylvie ROSTAING, Anesthésiste-réanimateur (Avignon), Vice-Présidente & Responsable Commission Ambulatoire
- M. Raphaël MINJARD, Psychologue (Lyon), Secrétaire Général, Coresponsable Commission Professionnelle Psychologue
- Dr Sophie LAURENT, Médecin généraliste (Villejuif), Secrétaire Générale adjointe, Responsable Commission Douleur & Cancer
- Radhouane DALLEL, Trésorier, Responsable GPS Numérique & Santé)
- · Luis GARCIA LARREA, Membre de la Commission Recherche
- Mme Nathalie AULNETTE, Directrice Fondation APICIL
- Dr Sophie DUGUÉ, Pédiatre et médecin de la douleur (Paris), Responsable Commission Pédiatrique
- Dr Caroline COLOMB, Médecin de la douleur (Ploermel), Responsable Commission Neuromodulation
- Mme Karine CONSTANS, Infirmière Ressource Douleur (Beauvais), Responsable Commission Infirmière
- Anne MASSELIN DUBOIS, Co-responsable de la Commission Professionnelle Psychologue
- Françoise LAROCHE, Rhumatologue (Paris), Présidente du CEMD

CE POINT PRESSE, ABORDERA LES SUJETS SUIVANTS :

· Accueil et Introduction

Pr Valeria Martinez, Présidente de la SFETD et Mme Nathalie Aulnette, Directrice Fondation APICIL

- · La SFETD s'invite à participer aux travaux de refonte du système
- · Congrès National de la SFETD, 22e édition Rencontre interprofessionnelle entre cliniciens & chercheurs
- Pain Talk France « Et si nous parlions douleurs ? » Une rencontre entre le grand public et les scientifiques, prévue le 15 novembre à partir de 20h00 (sur inscription).
- · Conclusion Questions/Réponses

Inscription presse à la conférence de presse : contact@buro2presse.com ou au 06 83 90 25 64

*Pour assister en visio, merci de nous l'indiquer à votre inscription, le lien vous sera fourni par mail.

Accréditation presse au Congrès : contact@buro2presse.com

NEWS YAHOO.COM

yahoo!actualités

10/11

"La douleur, parlons-en" : 1h30 de conférences à suivre gratuitement sur YouTube



PainTalks

Le 15 novembre, à 20H, en accès libre sur YouTube, il sera possible de suivre 1h30 de conférences sur la douleur, ses mécanismes, et la façon d'en parler. Cet événement, construit sur le modèle des TEDx, est proposé par la Société Française d'Etude de la Douleur en ouverture de son congrès national qui se déroulera à Lille du 16 au 18 novembre 2022.

Une première, le 15 novembre 2022 en France : un "pain talk". Autrement dit, de courtes (sept au total, en 1h30) conférences scientifiques sur la thématique de la douleur.

Construites sur le modèle des présentations TEDx, elles seront proposées en ouverture du congrès national annuel de la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD, 16 au 18 novembre à Lille).

Une démarche d'information et de sensibilisation du grand public

Cette rencontre-débat gratuite entre la population et les scientifiques se veut une démarche d'information et de sensibilisation du grand public sur le thème de la douleur. Elle est née d'une association entre le Réseau Québécois des Étudiants-Chercheurs sur la Douleur et la SFETD. En pratique, il s'agira d'une soirée gratuite et ouverte à tous, à vivre soit en live au Grand Palais de Lille (sur réservation), soit à visionner en direct sur la chaîne YouTube de la SFETD.

Douleur chronique et qualité de vie

Quatre orateurs, deux français et deux québécois, se succèderont pour évoquer les sujets suivants : les mécanismes complexes de la douleur chronique, les manières d'exprimer sa douleur quand ce n'est pas toujours possible, ses effets sur la qualité de vie, le rôle nécessaire de professionnels impliqués, les liens entre la douleur et le cerveau ou encore l'effet placebo et nocebo. Cette soirée bénéficie du soutien institutionnel de la Fondation APICIL, du CHU de Lille, de Présentabilité de Fourwaves et du Laboratoire Aguettant.

Retrouvez cet article sur sciencesetavenir.fr

FINANCE YAHOO.COM

yahoo!finance

"La douleur, parlons-en" : 1h30 de conférences à suivre gratuitement sur YouTube



PainTalks

Le 15 novembre, à 20H, en accès libre sur YouTube, il sera possible de suivre 1h30 de conférences sur la douleur, ses mécanismes, et la façon d'en parler. Cet événement, construit sur le modèle des TEDx, est proposé par la Société Française d'Etude de la Douleur en ouverture de son congrès national qui se déroulera à Lille du 16 au 18 novembre 2022.

Une première, le 15 novembre 2022 en France : un "pain talk". Autrement dit, de courtes (sept au total, en 1h30) conférences scientifiques sur la thématique de la douleur.

Construites sur le modèle des présentations TEDx, elles seront proposées en ouverture du congrès national annuel de la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD, 16 au 18 novembre à Lille).

Une démarche d'information et de sensibilisation du grand public

Cette rencontre-débat gratuite entre la population et les scientifiques se veut une démarche d'information et de sensibilisation du grand public sur le thème de la douleur. Elle est née d'une association entre le Réseau Québécois des Étudiants-Chercheurs sur la Douleur et la SFETD. En pratique, il s'agira d'une soirée gratuite et ouverte à tous, à vivre soit en live au Grand Palais de Lille (sur réservation), soit à visionner en direct sur la chaîne YouTube de la SFETD.

Douleur chronique et qualité de vie

Quatre orateurs, deux français et deux québécois, se succèderont pour évoquer les sujets suivants : les mécanismes complexes de la douleur chronique, les manières d'exprimer sa douleur quand ce n'est pas toujours possible, ses effets sur la qualité de vie, le rôle nécessaire de professionnels impliqués, les liens entre la douleur et le cerveau ou encore l'effet placebo et nocebo. Cette soirée bénéficie du soutien institutionnel de la Fondation APICIL, du CHU de Lille, de Présentabilité de Fourwaves et du Laboratoire Aguettant.

Retrouvez cet article sur sciencesetavenir.fr

SCIENCES ET AVENIR.FR

10/11



"La douleur, parlons-en" : 1h30 de conférences à suivre gratuitement sur YouTube

Une première, le 15 novembre 2022 en France : un "pain talk". Autrement dit, de courtes (sept au total, en 1h30) conférences scientifiques sur la thématique de la douleur. Construites sur le modèle des présentations TEDx, elles seront proposées en ouverture du congrès national annuel de la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD, 16 au 18 novembre à Lille).

Une démarche d'information et de sensibilisation du grand public

Cette rencontre-débat gratuite entre la population et les scientifiques se veut une démarche d'information et de sensibilisation du grand public sur le thème de la douleur Elle est née d'une association entre le Réseau Québécois des Étudiants-Chercheurs sur la Douleur et la SFETD. En pratique, il s'agira d'une soirée gratuite et ouverte à tous, à vivre soit en live au Grand Palais de Lille (sur réservation), soit à visionner en direct sur la chaine YouTube de la SFETD.

Douleur chronique et qualité de vie

Quatre orateurs, deux français et deux québécois, se succèderont pour évoquer les sujets suivants : les mécanismes complexes de la douleur chronique, les manières d'exprimer sa douleur quand ce n'est pas toujours possible, ses effets sur la qualité de vie, le rôle nécessaire de professionnels impliqués, les liens entre la douleur et le cerveau ou encore l'effet placebo et nocebo. Cette soirée bénéficie du soutien institutionnel de la Fondation APICIL, du CHU de Lille, de Présentabilité de Fourwaves et du Laboratoire Aguettant.

BULLETIN DU CANCER NOVEMBRE 2022



L'infirmière en pratique avancée au sein d'un service de soins de support : le chainon manquant ?

Myriam Laurent ¹, Aline Henry ¹, Laurent Calvel ², Catherine Lamouille-Chevalier ^{1,2}

Reçu le 17 mars 2022 Accepté le 1^{er} août 2022 Disponible sur internet le : 27 septembre 2022

- Institut de cancérologie de Lorraine, service interdisciplinaire de soins de support pour patient oncologique, 54500 Vandœuvre-Lès-Nancy, France
- Hôpitaux universitaires de Strasbourg, service de soins d'accompagnement, de soins de support et de soins palliatifs, 67000 Strasbourg, France

Correspondance : Myriam Laurent, institut de cancérologie de Lorraine, SISSPO, 54500 Vandœuvre-Lès-Nancy, France. m.somme@nancy.unicancer.fr

Mots clés

Soins de support Cancer Place Suivi de patients

■ Résumé

Introduction > Le cancer est devenu une maladie chronique grâce aux évolutions thérapeutiques et justifie l'intégration précoce des soins de support dans les prises en charge. L'IPA est créé pour répondre à l'augmentation des patients suivis à long terme. L'objectif de cette étude est d'identifier la place et les missions attendues d'un IPA au sein d'une équipe multidisciplinaire de soins de support.

Motériel et méthode > Une étude qualitative par entretien semi-dirigé à partir d'une grille d'entretien élaborée au préalable a été réalisée auprès de 14 professionnels de santé (médecins, infirmiers et cadres de santé) travaillant en service de soins de support dans trois Centres de Lutte Contre le Cancer.

Résultats > La place attendue par les participants repose sur l'optimisation du suivi des patients, sur l'intégration des soins de support dans les parcours de soins, sur l'amélioration de la relation avec la ville, et sur le développement d'un leadership infirmier dans l'établissement. Parallèlement, l'arrivée éventuelle d'un IPA, comme acteur de changement, dans un service de soins de support est source de craintes.

Discussion > L'IPA semble s'inscrire à ce titre, comme un véritable maillon dans les organisations institutionnelles facilitant le lien entre les professionnels de l'établissement et avec les professionnels du territoire. L'identification des origines des craintes exprimées devrait permettre un travail facilitant l'intégration de l'IPA au sein de services spécifiques de soins de support en particulier pour les patients en situation palliative.

Keywords Advanced Practice Nurse

Supportive care
Cancer
Place
Patients' follow-up

Summary

The advanced practice nurse in a supportive care department: The missing link?

Introduction > Cancer has become a chronic disease thanks to therapeutic evolutions and justifies the early integration of supportive care in the management. The Advanced Practice Nurse (APN) was created to respond to the increase in the number of patients followed in the long term. The objective of this study is to identify the place and expected missions of an APN within a multidisciplinary supportive care team.

Material and method > A qualitative study by semi-directed interview using a previously developed interview grid was carried out with 14 health professionals (doctors, nurses and health managers) working in a supportive care service in three Cancer Centres.

Results > The role expected by the participants is based on the optimisation of patients' follow-up, the integration of supportive care into the care pathway, the improvement of the relationship with the town, and the development of nursing leadership in the establishment. At the same time, the potential arrival of an APN as a change agent in a supportive care service is a source of fears.

Discussion > The APN seems to be a real link in the institutional organisations facilitating the link between the professionals of the institution and with the professionals of the territory. The identification of the origins of the fears expressed should enable work to be done to facilitate the integration of the APN into specific support care services, particularly for patients in palliative situations.

ntroduction

Le cancer est considéré aujourd'hui comme une maladie chronique qui conduit à repenser l'organisation des suivis oncoloqiques et des parcours après-cancer des patients.

Les soins de support en oncologie regroupent ainsi des soins coordonnés visant à aider les patients atteints de cancer à mieux vivre leur maladie et leur parcours de soins. Ils se définissent « comme l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades, parailèlement aux traitements onco-hématologiques spécifiques, lorsqu'il y en a, tout au long des maladies graves » [1].

Ils peuvent être mis en place dès le début de la maladie, en cours de traitement et se poursuivre après les traitements ou en phase palliative afin de préserver une qualité de vie optimale des patients.

Les soins de support ne constituent pas « une nouvelle discipline » mais « une coordination de compétences au service du patient et de ses proches » [2]. Le demier référentiel des soins oncologiques de support des patients adultes atteints de cancer, établi par l'INCa en 2021, reprend clairement les soins qu'ils incluent : « 4 soins « socles » (prise en charge de la douleur, diététique et nutritionnelle, psychologique, sociale, familiale et professionnelle), 5 soins de support complémentaires (activité physique, soutien psychologique des proches et des aidants, préservation de la fertilité, prise en soins des troubles de la sexualité, conseils d'hygiène de vie) et deux techniques particulières d'analgésie (hypnoanalgésie et analgésie intrathé-

Ces soins sont pratiqués par des soignants experts dans leur domaine, parmi lesquels des infirmiers référents soins pallialitís, ressource douleur, référents plaies et cicatrisation, titulaires de diplômes universitaires, qui travaillent en interdisciplinarité avec les autres professionnels. Ce sont des personnes ressources qui interviennent auprès des équipes soignantes, des patients et des familles.

La pratique avancée dans l'exercice infirmier est un nouveau métier, créé en 2018, pour faire face à l'évolution des besoins en santé de la population française, « en raison du vieillissement de la population, des polypathologies, de l'explosion des maladies chroniques (. . .) et de l'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire » [4].

Le Conseil National de l'Ordre Infirmier ajoute que « L'infirmière de pratique avancée, est une infirmière experte, titulaire du master dédié. Après une expérience clinique, elle a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire et le savoir-être nécessaires aux prises de décisions complexes en autonomie dans son champ de compétence, avec la responsabilité de ses actes. L'infirmière de pratique avancée mobilise ses compétences cliniques pour poser des diagnostics permettant l'orientation thérapeutique et la réalisation des prescriptions adaptées aux patients. Elle développe son expertise fondée sur la recherche et les données probantes » [4]. En première lecture, la place d'un Infirmier en Pratique Avancée (IPA) en oncologie semble évidente et justifie la création d'une mention spécifique. Mais qu'en est-il des soins de support ? Quelle est la place d'un IPA dans un service de soins de support parmi des infirmiers référents qualifiés ? La pratique avancée infirmière, à travers sa mention oncologie, répond-elle aux besoins d'une pratique avancée dans le domaine des soins de support et des soins palliatifs?

Infirmier en Pratique Avancée (IPA) en oncologie semble évidente et justifie la création d'une mention spécifique. Mais qu'en est-il des soins de support ? Quelle est la place d'un IPA dans un service de soins de support parmi des infirmiers référents qualifiés ? La pratique avancée infirmière, à travers sa mention oncologie, répond-elle aux besoins d'une pratique avancée dans le domaine des soins de support et des soins palliatifs ?

Méthode

Pour répondre à cette question, nous avons mené une étude qualitative sous forme d'entretiens semi-dirigés auprès de professionnels, infirmiers, médecins et cadres de santé volontaires, de 3 services de soins de support pour patients oncologiques appartenant à des Centres de Lutte Contre le cancer. Le service de l'investigateur a été choisi afin de pouvoir co-construire ce nouveau poste selon les besoins et les attentes de chacun. Les 2 autres services de soins de support possèdent les mêmes caractéristiques que celui de l'investigateur en termes de soins proposés aux patients.

L'objectif principal de cette étude était d'identifier la place attendue d'un IPA dans le suivi des patients atteints de cancer dans un service de soins de support disposant déjà d'une expertise infirmière.

L'objectif secondaire était de recueillir les ressentis des soiquants quant à l'arrivée d'un IPA dans ce même service.

Une grille d'entretien a été élaborée à partir des données de la littérature et testée au préalable auprès d'un infirmier ne travaillant pas en soins de support et d'un médecin appartenant à un service de soins de support, afin d'en obtenir une version définitive.

Les participants potentiels ont été sollicités par courriel expliquant l'objectif de l'étude et ses modalités pratiques (entretiens semi-dirigés réalisés à distance par téléphone du fait du contexte sanitaire lié à la pandémie de Covid-19, durée de l'entretien estimée à 30 minutes). Une autorisation d'enregistrer ces entretiens par l'intermédiaire d'une application téléchargée sur le smartphone de l'investigateur était recueillie. La grille comportait 7 questions permettant de faire état de la connaissance des missions possibles d'un IPA et d'un infirmier référent par les personnes auditées (annexe 1). La pratique avancée infirmière étant un nouveau mode d'exercice en santé, l'investigateur au cours de l'entretien citait les différentes missions de l'IPA selon le livre blanc édité par l'Association française des infirmiers en cancérologie (AFIC) [5] et l'Ordre National Infirmier [4], permettant d'explorer les modalités d'une collaboration de ces infirmiers entre eux ainsi qu'avec les médecins. Enfin, l'investigateur questionnait le ressenti des participants devant l'arrivée potentielle d'un IPA dans leur service.

Les données recueillies étaient anonymisées.

Cette étude et les données recueillies entrent dans le cadre de la Méthodologie de Référence MRD04. Le promoteur de la recherche a signé un engagement de conformité à ces Méthodologies de Référence. Cette recherche a été déclarée sur le site Health data Hub le 28 octobre 2020 et au Registre de Traitements des Données de l'établissement promoteur le 29 octobre 2020.

Les entretiens semi-dirigés ont été retranscrits verbatim sur un fichier Word et une analyse thématique a été réalisée par deux investigateurs différents et indépendants.

Résultats

Caractéristiques des entretiens

Quatorze entretiens ont été réalisés entre le 5 novembre 2020 et le 29 janvier 2021. Une saturation des données a été obtenue après 11 entretiens. La population interrogée comprenait 5 infirmiers, 7 médecins et 2 cadres de santé. La durée cumulée des entretiens était de 7 heures 6 minutes et 10 secondes. La durée moyenne des entretiens était de 30 minutes (entre 16 minutes 43 secondes et 1 heure 5 minutes 23 secondes).

Analyse thématique

Vision de l'expertise infirmière en soins de support

Tous les infirmiers interrogés se considèrent comme experts. Les cadres de santé les identifient également comme tels, de même que les médecins à l'exception d'un seul sur les 7 audités.

La notion d'expertise repose sur l'expérience professionnelle liée à leur parcours en oncologie et sur l'existence d'une formation diplômante sur au moins un soin de support. Ces diplômes apportent aux infirmiers référents des services de soins de support des connaissances supplémentaires pour pouvoir répondre aux sollicitations des soignants mais aussi une certaine légitimité et une reconnaissance dans l'établissement.

La notion d'expertise infirmière repose également, pour tous les médecins interrogés, sur une plus grande autonomie laissée aux infirmiers par délégation de tâches avec un rôle bien identifié d'évaluation première lors d'une demande d'intervention dans les services.

Cette autonomie n'est cependant pas mise en avant parmi les infirmiers référents et les cadres de santé.

Ce rôle dans l'évaluation clinique du patient est identifié dans tous les entretiens comme une mission majeure des infirmiers référents.

Deux médecins parmi les 7 interrogés et les cadres de santé identifient d'autres compétences aux infirmiers référents, telles l'enseignement, la formation par le compagnonnage des équipes, l'implication dans la recherche et dans la réalisation de projets d'établissement. Seul un infirmier sur les 5 interrogés exprime spontanément l'importance de la formation en interne. Aucune mission autre que l'expertise clinique n'est évoquée par les infirmiers référents.

Vision de la pratique avancée infirmière en soins de support

Pour l'ensemble des personnes interrogées, la pratique avancée est une pratique infirmière plus approfondie. Les compétences acquises sont différentes de celles des infirmiers référents en particulier en termes d'évaluation clinique et d'examen physique des patients, de prévention, de coordination, permettant un exercice en plus grande autonomie.

La notion de participation au suivi de patients est évoquée par un seul médecin.

La possibilité de prescription apparaît pour 2 médecins et 1 infirmier référent comme un élément majeur de la pratique avancée.

Après lecture des 7 missions générales de l'IPA, l'ensemble des personnes auditées reconnaissent des missions confluentes entre Infirmier référent et IPA: la pluridisciplinarité, le lien ville-hôpital, l'enseignement, le compagnonnage des équipes, la recherche. Ce qui diffère reste la possibilité de prescription et la réadaptation de prescription par l'IPA.

Le rôle de leadership de l'IPA est mis en avant par les infirmiers référents et les cadres de santé comme un soutien des infirmiers. La recherche paramédicale est un domaine à investir pour l'ensemble des infirmiers et cadres de santé audités mais il est à noter que cette mission n'est pas retenue par les médecins interrogés.

Enfin, l'intégration de l'IPA dans un parcours de patient est mise en avant par 2 médecins afin d'améliorer la coordination entre les différents acteurs du parcours.

Place de l'IPA dans un service de soins de support

Pour la majorité des personnes interrogées, la place de l'IPA en collaboration avec les médecins, consiste à libérer du temps médical par le suivi de patients stabilisés et s'intègre ainsi au parcours patient.

La collaboration de l'IPA avec les infirmiers référents est difficile à imaginer bien qu'ils l'envisagent comme un lien optimisant l'organisation des prises en charge. Ils insistent sur la nécessité d'éviter les chevauchements d'activité avec les infirmiers référents et de développer des disciplines insuffisamment exploitées par ces derniers, par manque de temps ou de connaissances dans le domaine, comme l'ouverture vers la ville et la recherche. Les champs d'intervention de l'IPA dans le service et dans l'établissement apparaissent comme importants à établir clairement avec la nécessité de communiquer sur ce rôle auprès des autres professionnels.

Ressenti des professionnels à l'arrivée d'un IPA

L'ensemble des soignants interrogés perçoivent l'arrivée d'un IPA très positivement Conendant dans la rescenti de charun il La crise sanitaire que nous connaissons a également modifié les organisations du service avec une valorisation du rôle de l'infirmier référent entraînant la crainet de revenir aux organisations antérieures. D'autres craintes émergent par une vision faussée de l'IPA: remplacement du médecin par l'IPA ou encore crainte d'une position hiérarchique de l'IPA par rapport aux infirmiers référents avec comme corollaire le risque de voir apparaître un épuisement en lien avec ces nouvelles responsabilités.

Discussion

L'objectif de cette étude est d'identifier la place attendue d'un IPA dans un service de soins de support pour les patients atteints de cancer disposant déjà d'une équipe d'infirmiers référents dans leur spécialité alors même qu'il n'existe pas de mention spécifique à cette pratique. Pour cela, il est important de s'interroger sur les missions des infirmiers réferents et des IPA au sens large mais aussi plus spécifiquement au sein des services de soins de support, de clarifier les différentes manières de collaborer avec les médecins, de réfléchir sur le travail en autonomie des soignants, sur l'ouverture à la prescription des infirmiers et d'envisager la place de ces nouveaux soignants dans des parcours de soins.

Infirmier référent ou IPA, faut-il choisir ?

Nous pouvons avancer qu'il existe des similitudes entre les missions des infirmiers référents d'une équipe transversale, comme celle des soins de support en oncologie, et celles des IPA: l'évaluation clinique, l'enseignement et le compagnonnage, la coordination avec la ville et entre les différents acteurs de soins à l'hôpital, la recherche clinique, l'implication dans les instances qualité de l'établissement.

L'infirmier référent serait-il déjà un IPA à travers toutes ces missions ?

Certains le pensent, valorisent et défendent la reconnaissance des compétences de l'infirmier référent à traves un exercice en pratique avancée. Pour prendre l'exemple de l'expertise douleur, c'est le cas de la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFEID) qui, lors de son dernier congrès en 2020 demandait aux pouvoirs publics la possibilité d'« appliquer la reconnaissance d'une pratique avancée à l'exercice de l'Infirmier Ressource Douleur au sein des structures spécialisées douleurs chroniques » [6].

Vers une mention soins de support-soins palliatifs ?

Les mentions douleur ou soins palliatifs n'existent pas dans le décret de compétences des Infirmiers en Pratique Avancée. L'IPA es spécialise en cancérologie, intègre des notions spécifiques aux soins de support et aux soins palliatifs, mais ne peut pas se substituer à l'expertise des infirmiers spécialisés dans ces domaines. Sa formation est différente, les compétences acquises, même si elles possèdent des similitudes, ne se destinent pas aux mêmes professionnels et aux mêmes cibles, les champs d'action sont différents.

Vision de la pratique avancée infirmière en soins de support

Pour l'ensemble des personnes interrogées, la pratique avancée est une pratique infirmière plus approfondie. Les compétences acquises sont différentes de celles des infirmiers référents en particulier en termes d'évaluation clinique et d'examen physique des patients, de prévention, de coordination, permettant un exercice en plus grande autonomie.

La notion de participation au suivi de patients est évoquée par un seul médecin.

La possibilité de prescription apparaît pour 2 médecins et 1 infirmier référent comme un élément majeur de la pratique avancée.

Après lecture des 7 missions générales de l'IPA, l'ensemble des personnes auditées reconnaissent des missions confluentes entre Infirmier référent et IPA : la pluridisciplinarité, le lien ville-hôpital, l'enseignement, le compagnonnage des équipes, la recherche. Ce qui diffère reste la possibilité de prescription et la réadotatoin de prescription par l'IPA.

Le rôle de leadership de l'IPA est mis en avant par les infirmiers référents et les cadres de santé comme un soutien des infirmiers. La recherche paramédicale est un domaine à investir pour l'ensemble des infirmiers et cadres de santé audités mais il est à noter que cette mission n'est pas retenue par les médecins interrunés.

Enfin, l'intégration de l'IPA dans un parcours de patient est mise en avant par 2 médecins afin d'améliorer la coordination entre les différents acteurs du parcours.

Place de l'IPA dans un service de soins de support

Pour la majorité des personnes interrogées, la place de l'IPA en collaboration avec les médecins, consiste à libérer du temps médical par le suivi de patients stabilisés et s'intègre ainsi au parcours patient.

La collaboration de l'IPA avec les infirmiers référents est difficile à imaginer bien qu'ils l'envisagent comme un lien optimisant l'organisation des prises en charge. Ils insistent sur la nécessité d'éviter les chevauchements d'activité avec les infirmiers référents et de développer des disciplines insuffisamment exploitées par ces derniers, par manque de temps ou de connaissances dans le domaine, comme l'ouverture vers la ville et la recherche. Les champs d'intervention de l'IPA dans le service et dans l'établissement apparaissent comme importants à établir clairement avec la nécessité de communiquer sur ce rôle auprès des autres professionnels.

Ressenti des professionnels à l'arrivée d'un IPA

L'ensemble des soignants interrogés perçoivent l'arrivée d'un IPA très positivement. Cependant, dans le ressenti de chacun il existe de nombreuses craintes exprimées à son arrivée protaine : appréhension d'une modification de l'organisation du service, peur du changement, peur de perdre ses prérogatives.

La crise sanitaire que nous connaissons a également modifié les organisations du service avec une valorisation du rôle de l'infirmier référent entraînant la crainte de revenir aux organisations antérieures. D'autres craintes émergent par une vision faussée de l'IPA: remplacement du médecin par l'IPA ou encore crainte d'une position hiérarchique de l'IPA par rapport aux infirmiers référents avec comme corollaire le risque de voir apparaître un épuisement en lien avec ces nouvelles responsabilités.

Discussion

L'objectif de cette étude est d'identifier la place attendue d'un IPA dans un service de soins de support pour les patients atteints de cancer disposant déjà d'une équipe d'infirmiers référents dans leur spécialité alors même qu'il n'existe pas de mention spécifique à cette pratique. Pour cela, il est important de s'interroger sur les missions des infirmiers référents et des IPA au sens large mais aussi plus spécifiquement au sein des services de soins de support, de clarifier les différentes manières de collaborer avec les médecins, de réfléchir sur le travail en autonomie des soignants, sur l'ouverture à la prescription des infirmiers et d'envisager la place de ces nouveaux soignants dans des parcours de soins.

Infirmier référent ou IPA, faut-il choisir ?

Nous pouvons avancer qu'il existe des similitudes entre les missions des infirmiers référents d'une équipe transversale, comme celle des soins de support en oncologie, et celles des IPA: l'évaluation clinique, l'enseignement et le compagnonnage, la coordination avec la ville et entre les différents acteurs de soins à l'hôpital, la recherche clinique, l'implication dans les instances qualité de l'établissement.

L'infirmier référent serait-il déjà un IPA à travers toutes ces missions ?

Certains le pensent, valorisent et défendent la reconnaissance des compétences de l'infirmier référent à travers un exercice en pratique avancée. Pour prendre l'exemple de l'expertise douleur, c'est le cas de la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETID) qui, lors de son dernier congrès en 2020 demandait aux pouvoirs publics la possibilité d'« appliquer la reconnaissance d'une pratique avancée à l'exercice de l'Infirmier Ressource Douleur au sein des structures spécialisées douleurs chroniques » [6].

Vers une mention soins de support-soins palliatifs?

Les mentions douleur ou soins palliatifs n'existent pas dans le décret de compétences des Infirmiers en Pratique Avancée. L'IPA se spécialise en cancérologie, intègre des notions spécifiques aux soins de support et aux soins palliatifs, mais ne peut pas se substituer à l'expertise des infirmiers spécialisés dans ces domaines. Sa formation est différente, les compétences acquises, même si elles possèdent des similitudes, ne se destinent pas aux mêmes professionnels et aux mêmes cibles, les champs d'action sont différents.

Les infirmiers référents axent leurs missions dans leur domaine de compétence, l'IPA a une vision plus globale du patient dans son parcours de maladie et au-delà. Sa formation est orientée vers les sciences cliniques infirmières, la recherche et la sémiologie clinique.

L'infirmier référent en soins de support est orienté vers le patient présentant un symptione aigu au cours de l'évolution de la maladie cancéreuse ou de son traitement. Son expertise dans son domaine de compétence lui permet une activité clinique d'évaluation, d'éducation du patient, de formation et d'information aux équipes soignantes, de réévaluation de la situation à distance en coordination avec le médecin.

L'activité clinique de l'IPA n'est pas spécifique des soins de support ou des soins palliatifs, il intervient auprès de patients dont la situation oncologique est stabilisée, en complémentarité du médecin. Il réalise une évaluation, un examen clinique, adapte les traitements si nécessaire et ré-oriente au besoin le patient vers le médecin en cas d'évènements sortant de son champ de compétence.

L'IPA s'oriente également vers la prévention, les conseils d'anticipation des soins et dans des actions d'éducation thérapeutique, pour lesquelles il est formé, pour permettre au patient une plus grande autonomie dans son parcours de traitement. La formation et le compagnonnage des soignants réalisés par les infirmiers référents ciblent leur domaine d'expertise. L'IPA doit pouvoir orienter les soignants vers la recherche de données probantes, les aider à se poser des questions sur leur pratique en réalisant des analyses de pratiques professionnelles et intervient donc en appui de l'infirmier référent.

L'infirmier référent participe activement à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins par sa participation aux différents comités experts (Comité de lutte contre la douleur [CLUD], Comité de liaison en alimentation et nutrition [CLAN]). L'IPA a également sa place dans ces comités comme membre actif et en soutien des infirmiers référents.

Ces notions d'autonomie, d'anticipation et de prise en charge globale, coordonnée et interdisciplinaire, de compagnonnage des équipes, constituent cependant le fondement de la pratique des soins de support et des soins palliatifs.

Les infirmiers référents et les IPA ont bien des missions différentes au sein des services de soins de support mais avec des initiulés parfois identiques, ce qui est source de confusion quant aux missions des uns et des autres ; la crainte pour l'IPA de ne pas trouver sa place dans le service et la crainte des infirmiers référents que l'IPA y prenne trop de place. Une information est donc indispensable pour expliquer les champs d'action des uns et des autres et mettre en place toutes les collaborations possibles.

Délégation, coopération, organisation

Dans nos entretiens en particulier avec les médecins, il est souvent cité l'activité infirmière (experte ou en pratique avancée) comme des actions en délégation de tâches du médecin. Il semble intéressant de revenir sur la notion de délégation, de coopération et d'organisation.

La coopération entre professionnels de santé a été mise en place depuis la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoire) de 2009 par son article 51, permettant la création de protocoles de coopération entre un médecin et un paramédical ou une équipe. Il s'agit d'une autorisation à titre dérogatoire matérialisée par un contrat nominatif d'un professionnel de santé (ou d'une équipe) à réaliser des actes de soins normalement non autorisés. Ce protocole est validé par l'ARS (Agence régionale de santé) et la HAS (Haute Autorité de santé). Cette délégation de tâche peut être une extension de la pratique individuelle de l'infirmier, qui aura suivi une formation particulière soit qualifiante soit par l'équipe qui délègue. Les protocoles de coopération restent sous contrôle médical sans autonomie pour le paramédical [7].

L'IPA agit en complémentarité et non en délégation du médecin, son action reste autonome mais avec un protocole d'organisation établi avec le médecin et validé par l'institution. Le Code de santé publique lui reconnaît un élargissement de compétences acquises par sa qualification de grade master et donc exportables auel que soit son lieu d'exercice. Ce protocole d'organisation « matérialise le périmètre d'exercice de l'IPA en termes d'activités médicales dérogatoires. Il doit préciser le ou les domaines d'interventions concernés, les modalités de prise en charge par l'IPA des patients qui lui sont confiés, les modalités et la régularité des échanges d'information avec le médecin, les modalités et la régularité des réunions de concertation destinées à échanger sur la prise en charge des patients concernés, les conditions de retour du patient vers le médecin » [8]. Au sein d'un service de soins de support, le champ d'action des infirmiers référents et des IPA est donc différent, l'infirmier référent intervenant dans le cadre de la coopération avec le médecin selon un protocole de délégation et l'IPA en collaboration avec le médecin selon un protocole d'organisation. Ce dernier est donc à co-construire en tenant compte des spécificités du service d'exercice.

avancée) comme des actions en délégation de tâches du médecin. Il semble intéressant de revenir sur la notion de délégation, de coopération et d'organisation.

La coopération entre professionnels de santé a été mise en place depuis la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoire) de 2009 par son article 51, permettant la création de protocoles de coopération entre un médecin et un paramédical ou une équipe. Il s'agit d'une autorisation à titre dérogatoire matérialisée par un contrat nominatif d'un professionnel de santé (ou d'une équipe) à réaliser des actes de soins normalement non autorisés. Ce protocole est validé par l'ARS (Agence régionale de santé) et la HAS (Haute Autorité de santé). Cette délégation de tâche peut être une extension de la pratique individuelle de l'infirmier, qui aura suivi une formation particulière soit qualifiante soit par l'équipe qui délègue. Les protocoles de coopération restent sous contrôle médical sans autonomie pour le paramédical [7].

L'IPA agit en complémentarité et non en délégation du médecin. son action reste autonome mais avec un protocole d'organisation établi avec le médecin et validé par l'institution. Le Code de santé publique lui reconnaît un élargissement de compétences acquises par sa qualification de grade master et donc exportables quel que soit son lieu d'exercice. Ce protocole d'organisation « matérialise le périmètre d'exercice de l'IPA en termes d'activités médicales dérogatoires. Il doit préciser le ou les domaines d'interventions concernés, les modalités de prise en charge par l'IPA des patients qui lui sont confiés, les modalités et la régularité des échanges d'information avec le médecin, les modalités et la régularité des réunions de concertation destinées à échanger sur la prise en charge des patients concernés, les conditions de retour du patient vers le médecin » [8]. Au sein d'un service de soins de support, le champ d'action des infirmiers référents et des IPA est donc différent. l'infirmier référent intervenant dans le cadre de la coopération avec le médecin selon un protocole de délégation et l'IPA en collaboration avec le médecin selon un protocole d'organisation. Ce dernier est donc à co-construire en tenant compte des spécificités du service d'exercice.

Une pratique autonome des infirmiers

L'autonomie des infirmiers référents par rapport aux infirmiers de secteur est reconnue par les médecins qui la souhaiteraient encore plus importante. Les infirmiers référents ne l'évoquent pas pour eux dans les entretiens, mais unanimement pour l'IPA. Qu'est-ce que l'autonomie dans la pratique infirmière ?

Elle se définit depuis 1978 comme « la faculté de l'infirmière à prendre des initiatives et des décisions dans le cadre de la compétence spécifique reconnue par le diplôme requis et les textes officiels régissant la profession » [9].

L'autonomie permet donc de fixer ses propres objectifs à atteindre et s'oppose à l'hétéronomie dont les objectifs sont fixés par les autres [9]. L'évolution des pratiques infirmières demande un engagement dans une « posture » d'autonomie, posture se définissant comme la « manifestation d'un état mental, façonné par nos croyances et orienté par nos intentions qui exerce une influence directrice et dynamique sur nos actions, leur donnant sens et justification » [9].

L'IPA, nouveau métier dans le système de santé actuel, s'inscrit dans cette « posture » d'autonomie en créant son orientation versil a « santé » en fonction des besoins des patients, de l'évolution du système de santé et de l'orientation prise par les établissements.

La prescription infirmière

Un autre élément qui revient dans beaucoup d'entretiens et qui marque la différence entre les infirmiers référents et les IPA, c'est la possibilité de prescription, absente des missions des infirmiers référents. Cet élément apparaît comme majeur pour les infirmiers, qui pour certains défendent leurs capacités de pouvoir adapter les traitements mais qui peut aussi déranger certains médecins. Pourquoi prescrire pour un infirmier peut-il être si important ?

Prescrire, c'est « donner des conseils, des ordres, recommander fermement des soins ou un certain traitement à un patient » [10]. Prescrire est une compétence médicale, l'infirmier a de tout temps suivi la prescription du médecin et le patient respecte l'ordonnance médicale. En France, les patients sont très attachés aux prescriptions. Le sondage IP50S Santé pour la Caisse Nationale d'Assurance Maladie intitulé « Quel est le rapport des Français et des Européens à l'ordonnance et aux médicaments ? » démontre que « la France est le premier pays consommateur de médicaments en Europe ». En 2005, 90 % des consultations en France se terminaient par l'émission d'une ordonnance de médicaments [11].

Le stéthoscope et l'ordonnance symbolisent pour beaucoup la pratique médicale. À l'instar du médecin, l'IPA peut réaliser un examen clinique et peut prescrire. Voilà probablement pourquoi certains médecins sont réticents à l'arrivée des IPA, qui sans suivre le même cursus ont en quelque sorte les mêmes prérogatives.

L'IPA est aussi en lien avec les prescriptions des patients mais prescrire n'est pas sa fonction première et celles-ci sont encadrées de manière stricte.

L'article 119 de la loi de Modernisation de notre système de santé de 2016 indique que l'IPA est autorisé à « prescrire des produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire, des prescriptions d'examens complémentaires et des renouvellements ou adaptation de prescription médicale » [12,13]. Les produits de santé autorisés sont répertoriés auprès de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) [14].

L'AFIC, par l'intermédiaire de son livret blanc de l'infirmier en pratique avancée, apporte des recommandations pour

l'implantation de l'IPA en cancérologie. Concernant la prescription, il est demandé que l'IPA puisse « prescrire et/ou renouveler les traitements pour la prise en charge des problèmes épisodiques aigus et chroniques courants liés au cancer, prescrire et/ou renouveler les traitements oncologiques de support pour la prise en charge des symptômes liés au traitement du cancer, intégrer les modalités de traitements non pharmacologiques fondés sur les preuves dans le plan de soins » [5]. Il est donc nécessaire dans le protocole d'organisation rédigé par l'IPA positionnée en soins de support et les médecins du service, validé par l'institution, de préciser quels traitements pourront être instaurés et/ou renouveler, communiquer sur ces décisions en interne auprès des autres intervenants du patient (oncolo-

ques, radiothérapeutes, pharmaciens...) mais aussi en externe

vers les pharmaciens d'officine afin de ne pas mettre les

patients en difficulté lors de leur passage en pharmacie.

L'IPA dans le parcours des patients

La prise en charge des patients en oncologie évolue, se personnalise avec la création de parcours de soins. L'émergence des thérapies orales anticancéreuses entraîne une orientation marquée vers les soins ambulatoires médicaux et chirurgicaux avec des retours à domicile précoces. Cette évolution nécessite une nouvelle organisation des soins dans les établissements. L'IPA peut être positionné comme un maillon permettant le lien entre le patient, la ville et l'hôpital.

Des expérimentations ont été débutées depuis 2018 en positionnant des soignants spécifiquement formés, et depuis peu des IPA, dans le parcours des patients en cancérologie. Ils assurent le suivi de patients au long cours par des réévaluations cliniques de leur qualité de vie et de leurs besoins, ils répondent à leurs questionnements à distance des consultations médicales, reprennent les explications si nécessaire, refont le point sur les besoins au domicile, collaborent avec les professionnels des soins de ville [15].

Les traitements en général et les thérapies orales en particulier, aux effets secondaires sources d'angoisse pour le patient à domicile, nécessitent un accompagnement renforcé et un suivi régulier dans lesquels les IPA ont toute leur place [16].

Positionner un soignant formé pour répondre aux questions des patients et des professionnels, entraîne plusieurs avantages. Pour le patient, il est « acteur de sa prise en charge à domicile » et l'existence d'une personne ressource renforce son autonomie et le sécurise en lui permettant de « se repérer dans un système de soin complexe » pour éviter « les renoncements au soin » [17]. Pour les professionnels de santé, c'est encourager l'évaluation infirmière avec le dépistage, la prise en charge précoce des effets secondaires et la « sécurisation du parcours de soins ». Pour les établissements de santé, il s'agit de réduire les hospitalisations, le recours aux services d'urgence et assurer une coordination efficiente avec la ville [16].

Dans le cas des soins de support en oncologie, le plan cancer 2014-2019 rappelle la nécessité d'une orientation la plus précoce possible [18]. Positionner un IPA à orientation soins de support dans les parcours de soins des patients en oncologie, comme le suggèrent nos entretiens, permettrait de suivre les recommandations, de dépister rapidement des fragilités et de faciliter l'accès aux différents soins de support en fonction des besoins.

Concernant le lien avec la ville, l'IPA à orientation soins de support, pourrait être le référent hospitalier direct des infirmiers et des médecins coordonnateurs des services d'hospitalisation à domicile et ainsi améliorer l'interface ville-hôpital.

Conclusion

Les professionnels interrogés dans notre étude concernant le rôle et la place éventuelle de l'IPA dans un service de soins de support pour les patients suivis en oncologie ont permis de cerner les cadres d'activité respectifs de l'IPA et des infirmiers référents au sein d'un service de soins de support. Les professionnels de santé impliqués dans ces prises en soin et ces suivis doivent être en mesure de répondre à la complexité, à l'incertitude, à la temporalité de ces parcours. L'IPA, par l'intermédiaire de la prise en soin globale des patients suivis en soins de support, pourrait être le chaînon manquant des patients dans leur parcours. Au sein des services de soins de support, selon le contexte clinique et le stade d'évolution de la maladie oncologique des patients, le suivi coordonné par le médecin de soins de support (douleur, soins palliaitifs) peut s'envisager conjoint avec l'infirmier référent ou alterné avec l'IPA. Au sein des

services d'oncologie, un IPA à orientation soins de support pourrait également permettre d'intégrer précocement les soins de support dans le parcours oncologique des patients et de poursuivre le suivi jusqu'à la phase palliative exclusive, sans rupture. À travers ses missions transversales, en particulier l'enseignement et la recherche, l'IPA en soins de support pourrait constituer une opportunité de promouvoir cette dimension du soin et de l'accompagnement.

Une évaluation de la mise en place de la pratique avancée infirmière, spécifiquement en service de soins de support est à réaliser et permettra peut-être de répondre aux demandes des sociétés savantes de soins palliatifs et de traitement de la douleur, d'envisager des mentions spécifiques « douleur » et « soins palliatifs » au Diplôme d'État d'Infirmière en Pratique Avancée.

Déclaration de liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Matériel complémentaire

Le matériel complémentaire (Annexe 1) accompagnant la version en ligne de cet article est disponible sur http://www.sciencedirect.com et https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2022.08.002.

Références

- Krakowski I, Boureau F, Bugat R, Chassignol L, Colombat P, Copel L, et al. Pour une coordination des soins de support pour les personnes atteintes de maladies graves. Douleurs 2008;5(2):66-74.
- [2] Colombat P, Antoun S, Aubry R, Banterla-Dadon I, Barruel F, Bonel JM, et al. À propos de la mise en place des soins de support en cancérologie : pistes de réflexions et propositions. InfoKara 2009;24(2):61–7.
- [3] Soins oncologiques de support des patients adultes atteints de cancer/Référentiel organisationnel national/avis d'experts; 2021.
- [4] Consell national de l'ordre des infirmiers. Infirmière de pratique avancée en France Position du consell national de l'ordre des infirmiers. [en ligne]: 2017 (cité le 29 septembre 2020 ; disponible sur : https://www.ordre-infirmiers.ff/assets/files/000/publications/oni_pratique_avancee_2017.pdf].
- [5] Association française des infirmières de cancérologie (AFIC). Livre blanc de l'infirmier de pratique avancée en cancérologie — APHP

- DAJ [en ligne]; 2018 [cité le 30 septembre 2020; disponible sur : http://affairesjuridques.aphp.fr/textes/livre-blanc-de-linfirmier-de-pratique-avancee-en-cancerologieassociation-francaise-des-infirmieres-de-cancerologie-affic-mars-2018].
- [6] Fabregas B. IPA versus IRĎ, quelle valeur pour un acronyme? Infirmiers.com [en ligne]; 2020 [cité le 26 février 2021; disponible sur: https://www.infirmiers.com/lesgrands-dossiers/douleur/pratique-avanceedouleur-chronique-mythe-realite.html].
- [7] Ambrosino F. Coopération, pratique avancée: stop aux amalgames. Infirmiers.com [en ligne]; 2015 [cité le 18 février 2021; disponble sur: http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/competences-infirmiere/ cooperation-pratique-avancee-stop-amalgames.html].
- [8] Bonnet G. Élaboration du protocole d'organisation, une étape clé de l'implantation de l'IPA: exemple au CHU d'Amiens-Picardie en oncogériatrie. Rev Prat Avancee 2020;1(1):4.

- Piguet C. Autonomie dans les pratiques infirmières. EMC-Savoirs et soins infirmières; 2010;
 p. 1–10 [article 60-010-R-10].
- [10] Définition de PRESCRIRE [en ligne]. [cité le 3 mars 2021 ; disponible sur : https://www.cntl.fr/definition/prescrire].
- [11] IPSOS Santé pour la CNAMTS. Le rapport des Français et des Européens à l'ordonnance et aux médicaments. Paris: CNAMTS: 2005.
- [12] Loi nº 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Article 119: 2016
- [13] Ministère de la Santé et de la Solidarité. Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du Code de santé publique; 2018.
- [14] ANSM, Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Médicaments en accès direct, 2021 [en ligne; cité le 3 mars 2021; disponible sur : https://www.ansm.sante.fr/Dossiers/Medicaments-en-acces-direct/Medicaments-en-acces-dire

LA VOIX DU NORD

15/11





Région

PENSEZ-Y

→ ET SI NOUS PARLIONS DOULEURS?

Les mécanismes complexes de la douleur, ses effets sur la qualité de vie, ses liens avec le cerveau... La Société Française d'Étude et Traitement de la Douleur (SFETD) organise ce soir à Lille une rencontredébat gratuite entre la population et les scientifiques sur le thème de la douleur.

SOIRÉE OUVERTE À TOUS, DE 20 H À 21 H 30 AU GRAND PALAIS, 1 BOULE-VARD DES CITÉS-UNIES À LILLE ET SUR LA CHAÎNE YOUTUBE DE LA SFETD.



LA PHRASE

Ma vie est tellement plus belle depuis que je fais tout à vélo, mon humeur du matin est complètement changée."



RACHEL GUELLIER, 35 ANS, HÔTESSE D'ACCUEIL À LILLE, ET SON COMPAGNON VIVENT SANS VOITURE. ILS SE DÉPLACENT UNIQUEMENT À VÉLO.

FRANCE BLEU NORD, LE 6-9

17/11



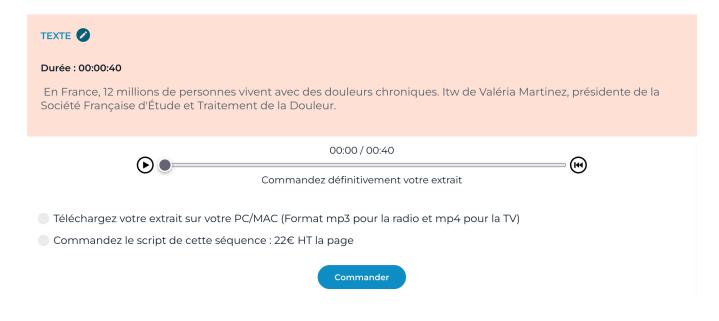


Commander

FRANCE BLEU NORD, LE 9H-11H

17/11





HOSPIMÉDIA.FR

17/11



En raison d'une démographie médicale vieillissante, le futur d'une part importante des structures douleur chronique s'assombrit. Plusieurs solutions sont avancées par les professionnels concernés et leur société spécialisée. La solidité du maillage, unique en Europe, des 245 structures douleur chronique (SDC) s'amoindrit. La raison n'est pas liée à une campagne drastique de labellisation mais à une démographie professionnelle en berne. " Nous sommes très inquiets pour la suite. Nous sentons bien que les médecins vont partir à la retraite, les petites structures sont plus fragiles et les délais d'attente de plus en plus longs ", résume le Pr Valéria Martinez, anesthésiste-réanimatrice et présidente de la Société française d'évaluation et de traitement de la douleur (SFETD) lors d'une conférence de presse ouvrant leur congrès annuel à Lille (Nord).

Une crainte étayée par un état des lieux réalisés par la SFETD auprès de 211 SDC (60 centres, 141 consultations et 14 permanences avancées). La société savante constate ainsi une hétérogénéité de la répartition des équivalents temps plein (ETP) entre les régions (consulter les cartes ci-dessous). "Ces disparités sont importantes avec des variations du rapport entre les régions les plus dotées par rapport aux moins dotées allant d'un facteur de 2,8 ETP pour les médecins. Cette disparité est encore plus forte pour le personnel non médical exerçant dans les SDC, elle est d'un facteur 4,8 ETP pour les infirmiers ressource douleur (IRD) et d'un facteur 5 ETP pour les psychologues ", résume la SFETD.

30% des structures menacées

Concernant les ETP médicaux, le départ en retraite de 177 médecins représentant 91 ETP soit 24% du total est attendu dans les cinq prochaines années. Sur les 835 médecins exerçant dans une SDC, 43% pratiquent à moins de 0,2 ETP. Ces chiffres font craindre pour l'avenir des SDC, alors que la nouvelle campagne de labellisation est en cours. Afin de prévenir cette situation, la SFETD rappelle ses propositions. La société savante, par la voix de sa présidente, appelle à la pérennisation des SDC et à la création de postes de chef de clinique ou d'assistant spécialiste douleur pour attirer de jeunes médecins. La création d'un diplôme d'études spécialisées (DES) douleur est aussi recommandée. En l'absence d'actions, 30% des structures pourraient disparaître, alerte la SFETD.

Deux annonces gouvernementales saluées

Cette dernière a déjà proposé un programme national douleur sur les parcours de soins, la formation et les publics vulnérables. " Nous avons du mal à le faire passer globalement ", remarque Valérie Martinez. Néanmoins, les efforts portent leurs fruits puisque le ministre de la Santé et de la Prévention François Braun a annoncé la création de vingt postes d'assistants douleur. " Maintenant, il faut que ces postes soient pourvus ", estime la présidente de la SFETD. Sur la création d'un DES, elle reconnaît que " ce n'est pas gagné, la tendance n'est pas à [sa] création " mais elle n'entend pas baisser les bras.

L'annonce, par la ministre déléguée à l'Organisation territoriale et aux Professions de santé, d'un protocole de coopération dans les SDC est également saluée par les acteurs. Karine Constans, responsable de la commission infirmière à la SFETD et IRD à Beauvais (Oise), indique que des suivis simples seront cadrés tandis que des pratiques effectives seront officialisées autour de la téléprescription et l'éducation du patient par les IRD. Des pistes que la SFETD souhaite défendre en contribuant à la rédaction de ce protocole. La société savante milite également pour la création d'une pratique avancée infirmière sur la douleur et le dépistage de la douleur dans les consultations de prévention que François Braun souhaite instaurer.

La nouvelle liste des SDC labellisées sera connue début 2023, après remontée des données d'activités en janvier, précise le Dr Sylvie Rostaing, vice-présidente et responsable de la commission ambulatoire de la SFETD. Elle indique par ailleurs qu'une réflexion démarre sur une évolution de la mission d'intérêt général qui finance les SDC. Un groupe de travail est en train d'être constitué pour intégrer des critères qualitatifs dans sa répartition, en tenant compte de l'activité interne. La file active en consultation externe est actuellement prépondérante dans le calcul de la répartition de la mission d'intérêt général." Nous n'en sommes encore qu'aux balbutiements ", souligne Sylvie Rostaing. Un travail de longue haleine est également mené sur la cotation des actes pour les psychologues exerçant en SDC.

HOSPIMÉDIA NEWSLETTER 18/11



L'avenir des structures douleur chronique est menacé selon un état des lieux

En raison d'une démographie médicale vicillissante, le futur d'une part importante des structures douleur chronique s'assombrit. Plusieurs solutions sont avancées par les professionnels concernés et leur société spécialisée.

La solidité du maillage, unique en Europe, des 245 structures douleur chronique (SDC) s'amoindrit. La raison n'est pas liée à une campagne drastique de labellisation mais à une démographie professionnelle en berne. "Nous sommes très inquiets pour la suite. Nous sentons bien que les médecins vont partir à la retraite, les petites structures sont plus fragiles et les délais d'attente de plus en plus longs", résume le Pr Valéria Martinez, anesthésiste-réanimatrice et présidente de la Société française d'évaluation et de traitement de la douleur (SFETD) lors d'une conférence de presse ouvrant leur congrès annuel à Lille (Nord).

Une crainte étayée par un état des lieux réalisés par la SFETD auprès de 211 SDC (60 centres, 141 consultations et 14 permanences avancées). La société savante constate ainsi une hétérogénéité de la répartition des équivalents temps plein (ETP) entre les régions (consulter les cartes ci-dessous). "Ces disparités sont importantes avec des variations du rapport entre les régions les plus dotées par rapport aux moins dotées allant d'un facteur de 2,8 ETP pour les médecins. Cette disparité est encore plus forte pour le personnel non médical exerçant dans les SDC, elle est d'un facteur 4,8ETP pour les infirmiers ressource douleur (IRD) et d'un facteur 5 ETP pour les psychologues", résume la SFETD.

30% des structures menacées

Concernant les ETP médicaux, le départ en retraite de 177 médecins représentant 91 ETP — soit 24% du total — est attendu dans les cinq prochaines années. Sur les 835 médecins exerçant dans une SDC, 43% pratiquent à moins de 0,2 ETP. Ces chiffres font craindre pour l'avenir des SDC, alors que la nouvelle campagne de labellisation est en cours. Afin de prévenir cette situation, la SFETD rappelle ses propositions. La société savante, par la voix de sa présidente, appelle à la pérennisation des SDC et à la création de postes de chef de clinique ou d'assistant spécialiste douleur pour attirer de jeunes

médecins. La création d'un diplôme d'études spécialisées (DES) douleur est aussi recommandée. En l'absence d'actions, 30% des structures pourraient disparaître, alerte la SFETD.

Deux annonces gouvernementales saluées

Cette dernière a déjà proposé un programme national douleur sur les parcours de soins, la formation et les publics vulnérables. "Nous avons du mal à le faire passer globalement", remarque Valérie Martinez. Néanmoins, les efforts portent leurs fruits puisque le ministre de la Santé et de la Prévention François Braun a annoncé la création de vingt postes d'assistants douleur. "Maintenant, il faut que ces postes soient pourvus", estime la présidente de la SFETD. Sur la création d'un DES, elle reconnaît que "ce n'est pas gagné, la tendance n'est pas à [sa] création" mais elle n'entend pas baisser les bras.

L'annonce, par la ministre déléguée à l'Organisation territoriale et aux Professions de santé, d'un protocole de coopération dans les SDC est également saluée par les acteurs. Karine Constans, responsable de la commission infirmière à la SFETD et IRD à Beauvais (Oise), indique que des suivis simples seront cadrés tandis que des pratiques effectives seront officialisées autour de la téléprescription et l'éducation du patient par les IRD. Des pistes que la SFETD souhaite défendre en contribuant à la rédaction de ce protocole. La société savante milite également pour la création d'une pratique avancée infirmière sur la douleur et le dépistage de la douleur dans les consultations de prévention que François Braun souhaite instaurer.

La nouvelle liste des SDC labellisées sera connue début 2023, après remontée des données d'activités en janvier, précise le Dr Sylvie Rostaing, vice-présidente et responsable de la commission ambulatoire de la SFETD. Elle indique par ailleurs qu'une réflexion démarre sur une évolution de la mission d'intérêt général qui finance les SDC. Un groupe de travail est en train d'être constitué pour intégrer des critères qualitatifs dans sa répartition, en tenant compte de l'activité interne. La file active en consultation externe est actuellement prépondérante dans le calcul de la répartition de la mission d'intérêt général. "Nous n'en sommes encore qu'aux balbutiements", souligne Sylvie Rostaing. Un travail de longue haleine est également mené sur la cotation des actes pour les psychologues exerçant en SDC.

Jérôme Robillard, à Lille

PRESSELIB.COM

24/11



L'INFO INCONTOURNABLE Une approche multidisciplinaire contre les douleurs chroniques

Depuis le début du mois de novembre, la Clinique médicale et cardiologique d'Aressy, près de Pau, a ouvert l'unité douleur chronique afin d'accompagner les patients.



Migraines, céphalées (maux de tête), lombalgies (maux de dos), fibromyalgies associant douleurs articulaires et troubles du sommeil, ou encore sciatiques : la douleur chronique est définie comme une douleur qui perdure pendant au moins trois mois.











Selon la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD), la douleur fait partie du quotidien de nombreux Français. 32 % expriment une douleur récurrente et 20 % déclarent des douleurs chroniques d'intensité modérée à sévère.

La douleur constitue ainsi le premier motif de consultation dans les services d'urgences et chez le médecin généraliste. Pour répondre au mieux à leurs besoins, une nouvelle unité douleur chronique a officiellement ouvert ses portes le 8 novembre 2022, à la Clinique médicale et cardiologique d'Aressy. Le docteur Charles-Marie Dujardin est médecin algologue. Il s'intéresse aux différentes causes et aux traitements de la douleur. Il est également à l'origine de ce nouveau service.

Quel est votre parcours?

Charles-Marie Dujardin (C-M.D): J'ai fait mon externat à Toulouse, puis j'ai fait mon internat entre Aix et Marseille. À la base, je suis plutôt dans l'humanitaire. J'ai réalisé pendant mon internat une mission de six mois au Congo et une autre de huit mois au Tchad. Entre-temps, J'ai été pendant plusieurs années médecin dans la station de ski de Saint-Lary-Soulan.



Durant ma troisième année de médecine, j'ai arrêté mon cursus pour étudier la psychologie. J'ai donc une double casquette de médecin et psychologue. Le domaine de la douleur est une espèce de pont entre ces deux domaines, car la douleur nécessite un diagnostic médical, mais également de s'attarder sur le contexte et le passé du patient, son environnement social et culturel, la douleur chronique n'est pas qu'un processus physiologique.

Je suis arrivé à Pau pour prendre un poste dans le service d'oncologie et de soins palliatifs de la clinique Marzet, pendant un an. J'ai ensuite intégré le service de médecine polyvalente de la Clinique médicale et cardiologique d'Aressy, il y a deux ans et demi, avec la possibilité de monter un projet de A à Z, pour étoffer l'offre de soin. Venant de l'oncologie et des soins palliatifs, la question de la prise en charge de la douleur me semblait cohérente. Je me suis alors formé pendant deux ans à Paris et j'ai fait plusieurs stages dans des centres d'évaluation et de traitement de la douleur (CETD). J'ai validé mon oral en septembre dernier.

Quelle est la spécificité de cette unité ?

C-M.D: L'unité douleur chronique est composée d'une équipe multidisciplinaire intégrant un médecin algologue, une infirmière référente douleur, une psychologue, un kinésithérapeute, une diététicienne et d'une assistante sociale.

On a choisi une approche plurielle afin de prendre en charge le patient dans sa globalité. Un maçon et un professeur des écoles qui ont un mal de dos, ce n'est pas la même chose. Ce ne sont pas les mêmes applications dans sa vie professionnelle, pas non plus le même contexte psychologique. Une douleur est une plainte qui va révéler à la fois un symptôme physique et une souffrance psychique.

Quelles sont les étapes du parcours patient ?

C-M.D: Pour être pris en charge dans notre unité, il faut que la première ligne de recours, le médecin traitant et les spécialistes ne puissent plus prendre en charge ce patient. On arrive dans l'équation seulement lorsqu'on est sûr qu'on ne peut pas guérir la douleur. Nous, nous sommes là pour aider le patient à atténuer la douleur et lui apprendre à vivre avec. Si les autres spécialités n'ont pas réussi à traiter la cause, on va essayer de traiter la conséquence. On a des patients qui ne sortent plus de chez eux, car ils ne s'en sentent pas capables.

Les douleurs neuropathiques périphériques et centrales, les douleurs chroniques post-zostériennes, les douleurs rachidiennes dont lombo radiculalgies, névralgies cervico-brachiales, le syndrome douloureux régional complexe (neuralgodystrophie), les douleurs musculo squelettiques ou encore la fibromyalgie sont des pathologies qui peuvent être traitées au sein de l'unité.

Chaque patient souhaitant bénéficier de cette consultation doit être adressé par son médecin traitant. Il se voit alors remettre un questionnaire d'évaluation multidimensionnelle de sa plainte douloureuse et faire l'historique de sa douleur, son mode vie, sa situation personnelle et professionnelle avec une infirmière. Une fois le dossier validé, je le rencontre en consultation pour faire le point et il a ensuite rendez-vous avec la psychologue et la kinésithérapeute.

Cette évaluation pluridisciplinaire va nous permettre d'identifier les besoins précis du patient, et de lui proposer une fois par mois (tous les mardis aprèsmidi), soit un suivi individuel en consultation médicale, soit un suivi en groupe dans le cadre d'une hospitalisation de jour.

Comment arrive-t-on à s'adapter à la douleur ?

C-M.D: Prendre en charge les douleurs chroniques, c'est aussi lutter contre l'isolement des malades. Par exemple, une personne qui va avoir mal au dos va peu à peu se couper du monde. Ça commence avec un arrêt de travail, puis on estime qu'on ne peut plus faire ses courses, faire du sport, sortir voir des amis et cette situation finit par peser sur son entourage... Tout l'enjeu est de lui redonner accès à une certaine qualité de vie.

La douleur chronique n'est pas qu'un mécanisme physiologique, un signal nerveux envoyé au cerveau. L'information de la douleur parvient au cerveau, mais d'autres informations viennent réguler cette sensation. Se concentrer sur la douleur ne fait qu'amplifier le phénomène. Accepter la douleur va permettre au patient de composer avec les ennemis de son corps, tout en maintenant une qualité de vie optimale.

En parallèle d'un traitement médicamenteux adapté, on va essayer de travailler sur l'ensemble des comportements à adopter face à la douleur. À partir de janvier 2023, on va proposer trois activités différentes dans le cadre de l'hôpital de jour de suivi : des ateliers d'éducation thérapeutique, thérapie cognitivo-comportementale, activité physique adaptée, relaxation, yoga, méditation, art thérapie. Une diététicienne et une assistante sociale seront également présentes. L'objectif est de donner une impulsion et des pistes d'exercices pour les patients.

Le mot de la fin?

C-M.D: La Société paloise de neurochirurgie et d'algologie a été créée en juin 2022 sous l'égide des neurochirurgiens de Navarre. Elle regroupe différentes équipes transdisciplinaires pour initier un travail en réseau et discuter des cas complexes.

Noémie Besnard

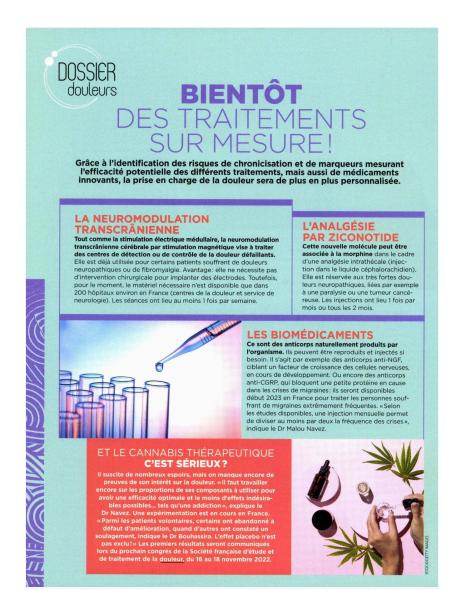
DR. GOOD

NOVEMBRE/DÉCEMBRE









EGORA

05/12

DOSSIER

DOULEUR

Douleurs chroniques: intégrer davantage la médecine de ville



Enjeu de santé publique, le parcours de soin du patient douloureux chronique fera l'objet de nouvelles recommandations de la HAS attendues début 2023.

« L a douleur, premier motif de consulta-tion dans les services d'urgence et chez le médecin généraliste, concerne près de 12 millions de patients en France dont plus des deux tiers souffrent de douleurs chroniques avec des répercussions psychosociales. Seuls 30 % des patients douloureux reçoivent un traitement approprié. Les structures douleur chronique (SDC) ont théoriquement pour objectif de prendre en charge les patients douloureux les plus complexes. Cependant, du fait de leur fragilité, elles en traitent moins de 3 % », introduit la Dre Sylvie Rostaing, anesthésisteréanimateur, responsable de la consultation douleur (Institut du cancer Avignon-Provence), ex-vice-présidente SFETD.

de consultations, un tiers de centres) réparties sur le territoire dont 75 % sont présentes dans les établissements publics. Pour médecin de la douleur (hôpital Raymond-Poincaré, Garches), présidente SFETD, «ce

des SDC pourraient disparaître dans les prochaines années par manque de moyens financiers et humains. Nous comptons en moyenne 0,59 équivalent temps plein de médecins douleurs pour 100 000 habitants, le délai médian d'attente d'une consultation SDC est de trois mois (et parfois jusqu'à 1 an). De plus, le départ à la retraite de 177 médecins est attendu dans les cinq ans. Or, depuis 2010, nous n'avons pas eu de plan ou de programme national douleur.»

François Braun, questionné par la députée Maud Petit sur la feuille de route envisagée pour pérenniser les SDC lors de la Journée mondiale contre la douleur, avait indiqué que la prise en charge de la douleur chronique devait s'inscrire dans un parcours de soins impliquant les médecins généralistes, premier maillon de la chaîne, les établissements de santé intervenant en second recours à travers des prises en charge pluriprofessionnelles. «Le ministre de la Santé a saisi la Haute Autorité La France compte 245 SDC (deux tiers de santé, qui publiera des recommandations sur le parcours de soin début 2023. Parallèlement, il a ajouté que le processus de labellisation des SDC est relancé, avec la volonté la Pre Valeria Martinez, anesthésiste et d'intégrer davantage la médecine de ville à ces structures. Deux mesures renforcent ce modèle: l'appel à manifestation d'intérêt maillage territorial s'essouffle. Près de 30 % pour l'élaboration de protocoles de coopéra-

NOUVEAUX CRITÈRES DE LABELLISATION DES SDC

Fin janvier 2023, la liste des SDC labellisées pour cinq ans sera établie par les ARS sur la base d'un nouveau cahier des charges élaboré par la DGOS. L'accent est mis sur des critères qualitatifs, d'organisation et d'expertise. L'appel à candidatures (nouvelle structure ou renouvellement) a été publié l'été dernier. Au maillage territorial actuel a été ajoutée au moins une structure douleur chronique référente pour l'endométriose par région. Les permanences avancées, rattachées aux centres et consultations labellisées, ont été redéfinies pour mieux couvrir certains départements. Des prises en charge prioritaires pour les urgences douleur seront également mises en place. Les SDC doivent assurer la transmission

des informations concernant les patients pris en charge auprès des correspondants libéraux, médecins traitants notamment. Enfin, l'accent est mis sur les réunions de synthèse pluriprofessionnelles (médecins. infirmier[e]s ressources douleur, psychologues, etc.) et les réunions de concertation pluridisciplinaires (médecins de spécialités différentes).

tion entre infirmiers et médecins et la création de 20 postes d'assistants spécialistes douleur par an pour les SDC. Le parcours de soins doit permettre une prise en charge plus rapide des patients. L'étape suivante sera de définir les movens à mettre en place. Je pense que la coopération entre la ville et l'hôpital va être renforcée, car la prise en charge de la douleur est très hospitalo-centrée, faute de moyens adaptés », précise la Dre Rostaing.

D'après un entretien avec la Dre Sylvie Rostaing, anesthésiste-réanimateur, responsable de la consultation douleur (Institut du cancer Avignon-Provence), ex-vice-présidente de la SFETD, et un point presse de la SFETD et de la Fondation APICIL (15 novembre).

EGORA

05/12

DOSSIER



DOULEUR

Le 22e Congrès national de la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD) s'est tenu du 16 au 18 novembre à Lille sur un format hybride. L'événement a fait le point sur les connaissances sur la douleur et sa prise en charge, depuis les neurosciences jusqu'aux sciences humaines et sociales, et avec une place importante offerte aux techniques du numérique.

Congrès de la <u>Société</u> française d'étude et de traitement de la douleur : ce qu'il faut retenir

Les traumatismes, le Covid, la sexualité, l'activité physique... sont quelques-unes des options actuellement à l'étude pour leur impact sur la douleur, qui ont été présentées au congrès.

Ce congrès a été riche en nouveautés, que cela concerne la physiopathologie de la douleur ou de nouveaux axes thérapeutiques. Le Dr Christian Dualé, praticien hospitalier au CHU de Clermont-Ferrand, anesthésiste et chercheur clinicien, était président du conseil scientifique du congrès; il revient sur certains points forts de l'événement.

Douleur et émotions, le cerveau en action

La conférence inaugurale tenue par le Saint-Étienne), a synthétisé les résultats de être traitée sans intégrer le volet de la psy-rience douloureuse est elle-même un trauma.

ses travaux de recherche au sein de l'équipe chothérapie pour intervenir sur l'émotion, et Inserm NeuroPain. Ces connaissances sont issues d'études humaines en imagerie et de stimulation magnétique transcérébrale d'enregistrements profonds couplés à des en pleine expansion », précise le Dr Dualé. explorations sur la perception de la douleur et des émotions chez des patients épileptiques porteurs d'électrodes implantées dans divers endroits du cerveau pour motifs thérapeutiques. «Les aires principales d'in- à Marie-Claude Defontaine-Catteau, psytégration de la douleur ne sont pas, contraire- chologue clinicienne (CHU de Lille) récemment à ce qui a été longtemps imaginé, situées ment disparue, pour ses travaux sur le pychodans le néocortex, mais plutôt dans le paléo- trauma. Présentées par le Pr Antoine Bioy, cortex, notamment le cortex cingulaire et psychologue (Saint-Denis), ces recherches l'insula. De plus, les zones d'intégration de la ont montré que les patients douloureux douleur stricto sensu et celles des émotions chroniques ont souvent subi des pychoest liée au vécu de la personne. Cela renforce Dr Roland Peyron, neurologue (CHU de l'idée que la douleur chronique ne peut pas maladie, ce à quoi il faut ajouter que l'expé-

souligne par ailleurs l'intérêt des techniques

Le psychotrauma et le terrain de la douleur

Un hommage de la communauté a été rendu en lien avec la douleur (notamment l'empa- traumas au cours de leur vie, et expliqué les thie) sont proches et interactives. Or nous mécanismes de la relation trauma-douleur. savons que la chronicisation de la douleur «Dufait de ce terrain, ils souffrent par exemple davantage d'une lésion consécutive à une

Cette théorie est confirmée en recherche animale et humaine, de même que dans la pratique clinique des structures douleur chronique (SDC). Ce qui revient à dire qu'il faut intervenir sur cet élément et pas uniquement sur la douleur "biologique": c'est le trépied d'une SDC, composée bien sûr de médecins spécialisés mais aussi d'infirmières ressources douleur et de psychologues », détaille le Dr Dualé.

Le syndrome post-Covid et la dérégulation du système nerveux végétatif

Le Pr Thierry Schaeverbeke, rhumatologue au CHU de Bordeaux, a développé l'hypothèse, fondée sur des observations de syndromes post-Covid, que certains phénomènes inflammatoires aigus, voire chroniques, peuvent concourir à des états douloureux par une dérégulation du système nerveux végétatif. Pour le Dr Dualé, « Nous ne savons pas exactement ce qui sous-tend à cette dérégulation: hyperactivité orthosympathique ou altération de la réponse parasympathique? Une voie commune pourrait expliquer des états douloureux persistants en post-Covid comme ceux observés dans la fibromyalgie. C'est une réflexion intéressante et innovante, ouvrant des perspectives de recherche pour mieux comprendre le mécanisme de certaines douleurs chroniques.»

La consultation de sexologie pour améliorer la santé des patients douloureux chroniques

À la fois marqueur et élément améliorant la qualité de vie, la sexualité est un élément de la santé. « Très probablement altérée chez les patients douloureux chroniques, la question, non résolue actuellement, est d'améliorer leur sexualité pour améliorer leur santé générale. Présenté par la Dre Mireille Dubois-Chevalier, sexologue à Marseille, ce thème est abordé pour la première fois dans un congrès national sur la douleur. Cette problématique ouvre des réflexions et suggère d'être intégrée aux futurs programmes de formation », souligne le Dr Dualé.

Les effets antalgiques de l'activité physique

Selon Guillaume Léonard, kinésithérapeute québécois et chercheur dans le domaine de la douleur (Sherbrooke, Canada), tous types d'activités physiques peuvent avoir des effets antalgiques. « L'effet provient du cerveau. Il est comparable dans son mode d'action à une stimulation magnétique transcrânienne, partant des aires motrices et descendant sur les voies de la douleur pour les moduler. En pratique, pour inciter les patients douloureux chroniques à avoir une activité physique régulière, il convient, d'une part, qu'ils choisissent leur pratique préférée et, d'autre part, de réduire leur douleur lors des mouvements. Pour cela, l'intervenant conseille d'utiliser des méthodes antalgiques brèves, comme la neurostimulation électrique transcutanée (Tens) dans les régions douloureuses. Cette technique non invasive permet d'avoir une activité physique moins douloureuse, et qui va elle-même avoir des effets antalgiques », s'enthousiasme le Dr Dualé.

Des altérations du microbiote observées chez les patientes souffrant de douleurs pelviennes chroniques

Le conseil scientifique a décerné le prix «Coup de œur » aux travaux de recherche de la Dre Claire Cardaillac, gynécologue (CHU de Nantes). «Cette étude cas-témoins avec une valence translationnelle porte sur le rôle des altérations du microbiote dans les troubles digestifs observés chez les patientes douloureuses pelviennes chroniques. Ces travaux innovants montrent que le microbiote est un élément aggravant des douleurs digestives. Cela ouvre des pistes thérapeutiques, car le microbiote peut se moduler par des interventions nutritionnelles », indique le Dr Dualé.

La musicothérapie comme antalgique

Depuis plusieurs années, des techniques innovantes (réalité virtuelle immersive, musicothérapie...) sont présentées au congrès de la SFETD. « Ces outils s'officialisent dans l'arsenal thérapeutique du traitement de la douleur. Ils prennent leur place, avec des niveaux de preuves scientifiques croissants, même s'ils ne sont pas encore ceux du médicament », conclut le Dr Dualé.

ALEXANDRA VERBECQ

D'après un entretien avec le Dr Christian Dualé (CHU de Clermont-Ferrand).



EGORA.FR

20/12



Prise en charge de la douleur : ce qu'il faut retenir du dernier congrès de SFETD



Le 22 ème congrès national de la <u>Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD)</u> s'est tenu du 16 au 18 novembre à Lille sur un format hybride. L'événement a fait le point sur les connaissances en lien avec la douleur et sa prise en charge, depuis les neurosciences jusqu'aux sciences humaines et sociales, et avec une place importante offerte aux techniques du numérique. Ajnsi, les traumatismes, le Covid, la sexualité, l'activité physique, ... sont quelques-unes des options actuellement à l'étude pour leur impact sur la douleur, qui ont été présentées au congrès.

Ce congrès a été riche en nouveautés, que cela concerne la physiopathologie de la douleur ou de nouveaux axes thérapeutiques. Le Dr Christian Dualé, praticien hospitalier au CHU de Clermont-Ferrand, anesthésiste et chercheur clinicien, était président du conseil scientifique du congrès ; il revient sur certains points forts de l'événement.

Douleur et émotions, le cerveau en action

La conférence inaugurale tenue par le Dr Roland Peyron, neurologue (CHU de Saint-Étienne) a synthétisé les résultats de ses travaux de recherche au sein de l'équipe Inserm NeuroPain. Ces connaissances sont issues d'études humaines en imagerie et d'enregistrements profonds couplés à des explorations sur la perception de la douleur et des émotions, chez des patients épileptiques porteurs d'électrodes implantées dans divers endroits du cerveau pour motifs thérapeutiques. "Les aires principales d'intégration de la douleur ne sont pas, contrairement à ce qui a été longtemps imaginé, situées dans le néocortex, mais plutôt dans le paléocortex, notamment le cortex cingulaire et l'insula. De plus, les zones d'intégration de la douleur stricto sensu et celles des émotions en lien avec la douleur (notamment l'empathie) sont proches et interactives. Or nous savons que la chronicisation de la douleur est liée au vécu de la personne. Cela renforce l'idée que la douleur chronique ne peut pas être traitée sans intégrer le volet de la psychothérapie pour intervenir sur l'émotion, et souligne par ailleurs l'intérêt des techniques de stimulation magnétique trans-cérébrale en pleine expansion", précise le Dr Dualé.

Le psycho-trauma et le terrain de la douleur

Un hommage de la communauté a été rendu à Marie-Christine Defontaine-Catteau, psychologue clinicienne (CHU de Lille) et récemment disparue, pour ses travaux sur le pycho-trauma. Présentées par le Pr Antoine Bioy, psychologue (Saint-Denis), ces recherches ont montré que les patients douloureux chroniques ont souvent subi des pycho-traumas au cours de leur vie, et

expliqué les mécanismes de la relation trauma/douleur. "Du fait de ce terrain, ils souffrent par exemple d'avantage d'une lésion consécutive à une maladie, ce à quoi il faut ajouter que l'expérience douloureuse est elle-même un trauma. Cette théorie est confirmée en recherche animale et humaine, de même que dans la pratique clinique des Structures Douleur Chronique (SDC). Ce qui revient à dire qu'il faut intervenir sur cet élément et pas uniquement sur la douleur "biologique" : c'est le trépied d'une SDC, composée bien sûr de médecins spécialisés mais aussi d'infirmières ressource-douleur et de psychologues", détaille le Dr Dualé.

Le syndrome post-Covid et la dérégulation du système nerveux végétatif

Le Pr Thierry Schaeverbeke, rhumatologue au CHU de Bordeaux, a développé l'hypothèse, basée sur des observations de syndromes post-Covid, que certains phénomènes inflammatoires aigus voire chroniques peuvent concourir à des états douloureux par une dérégulation du système nerveux végétatif. Pour le Dr Dualé, "nous ne savons pas exactement ce qui sous-tend à cette dérégulation : hyperactivité orthosympathique ou altération de la réponse parasympathique ? Une voie commune pourrait expliquer des états douloureux persistants en post-Covid comme ceux observés dans la fibromyalgie. C' est une réflexion intéressante et innovante ouvrant des perspectives de recherche pour mieux comprendre le mécanisme de certaines douleurs chroniques."

La consultation de sexologie pour améliorer la santé des patients douloureux chroniques

À la fois marqueur et élément améliorant la qualité de vie, la sexualité est un élément de la santé. "Très probablement altérée chez les patients douloureux chroniques, la question, non résolue actuellement, est d'améliorer leur sexualité pour améliorer leur santé générale. Présenté par le Dr Mireille Dubois Chevalier, sexologue à Marseille, ce thème est abordé pour la première fois dans un congrès national sur la douleur. Cette problématique ouvre des réflexions et suggère d'être intégrée aux futurs programmes de formation", souligne le Dr Dualé.

Les effets antalgiques de l'activité physique

Selon Guillaume Léonard, kinésithérapeute québécois et chercheur dans le domaine de la douleur (Sherbrooke, Canada), tous types d'activités physiques peuvent avoir des effets antalgiques. "L'effet provient du cerveau. Il est comparable dans son mode d'action à une stimulation magnétique trans-crânienne, partant des aires motrices et descendant sur les voies de la douleur pour les moduler. En pratique, pour inciter les patients douloureux chroniques à avoir une activité physique régulière, il convient d'une part qu'ils choisissent leur pratique préférée et d'autre part de réduire leur douleur lors des mouvements. Pour cela, l'intervenant conseille d'utiliser des méthodes antalgiques brèves, comme par exemple la neurostimulation électrique transcutanée (TENS), dans les régions douloureuses. Cette technique non invasive permet d'avoir une activité physique moins douloureuse, et qui va elle-même avoir des effets antalgiques", s'enthousiasme le Dr Dualé.

Des altérations du microbiote observées chez les patientes souffrant de douleurs pelviennes chroniques

Le conseil scientifique a décerné le prix "coup de coeur" aux travaux de recherche de la Dre Claire Cardaillac, gynécologue (CHU de Nantes). "Cette étude cas/témoins avec une valence translationnelle porte sur le rôle des altérations du microbiote dans les troubles digestifs observés chez les patientes douloureuses pelviennes chroniques. Ces travaux innovants montrent que le microbiote est un élément aggravant des douleurs digestives. Cela ouvre des pistes thérapeutiques, car le microbiote peut se moduler par des interventions nutritionnelles", indique le Dr Dualé.

La musicothérapie comme antalgique

Depuis plusieurs années, des techniques innovantes (réalité virtuelle immersive, musicothérapie...) sont présentées au congrès de la SFETD. "Ces outils s'officialisent dans l'arsenal thérapeutique du traitement de la douleur. Ils prennent leur place avec des niveaux de preuves scientifiques croissants, même s'ils ne sont pas encore ceux du médicament", conclut le Dr Dualé.

Sources:

D'après un entretien avec le Dr Christian Dualé (CHU de Clermont-Ferrand) à l'occasion du 22 ème congrès national de la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD; Lille, 16-18 novembre)

EGORA.FR

20/12



Antalgie : perspectives thérapeutiques des topiques et toxines

Les topiques et toxines, traitements bien établis dans l'arsenal de prise en charge de la douleur, offrent de nouvelles perspectives th érapeutiques. Un point a été fait lors du 22 ème congrès national de la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD ; Lille, 16-18 novembre).

"L'intérêt des topiques analgésiques est qu'ils engendrent peu ou pas de passage systémique donc peu ou pas d'effets indésirables, pas de risque de dépendance, ni de nécessité de titration. Ils peuvent être ainsi proposés à des patients âgés", souligne la Pre Nadine Attal, neurologue et algologue (Inserm, CETD Ambroise Paré). Déjà utilisés pour soulager la douleur dans la médecine traditionnelle chinoise, l'Egypte ancienne, la Grèce et la Rome antiques, les topiques, souvent dérivés de plantes, ont fait l'objet d'études contrôlées pour certains de leurs effets. C'est notamment le cas des patchs de capsaïcine (piment) et de la toxine botulique.

Pour la spécialiste : "le mécanisme d'action de la capsaîcine est aujourd'hui bien connu. En octobre 2021, David Julius (Université de Californie) a d'ailleurs reçu le prix Nobel pour la découverte des TRPV1, les récepteurs impliqués dans la transduction des stimulus nociceptifs thermiques. Agoniste de ces récepteurs situés sur les fibres C, la capsaîcine, utilisée en aigu, provoque une sensation de brûlure. Mais elle devient antalgique lorsqu'elle est utilisée en chronique grâce à un effet de désensibilisation. Prescrits pour les douleurs neuropathiques, les patchs de haute concentration de capsaîcine ont un bon inveau de preuve avec un effet rémanent durant trois mois. De nouveaux traitements, agissant également sur les TRPV1, sont actuellement en développement. D'une part, la résiniferatoxine, analogue naturel de la capsaîcine, apparaît plus puissante et mieux tolérée. Cet agoniste TRPV1, préparation sous forme de nanoparticules à libération prolongée augmentant la pénétration, semble prometteur sur un modèle animal de neuropathie diabétique (Baskaran et al, Pain 2022). D'autre part, des résultats d'essais pré-cliniques (phase 1 et 2) d'antagonistes des TRPV1 en topique ont été présentés au Congrès mondial de la douleur à Toronto en sept. 2022".

Espoirs de la toxine botulique (BTX-A)

Les premières descriptions du botulisme datent de la fin du 18ème siècle en Allemagne. La toxine délivrée par le germe clostridium botulinum a ensuite été découverte puis extraite. Son action sur la plaque neuromusculaire lui a valu une indication principale pour les douleurs musculaires localisées, les blépharospasmes, dystonie notamment ou spasticité localisée. Administrée par voie sous cutanée, elle a des effets antinociceptifs ou antihyperalgésiques.

"Avec la Dre Danièle Ranoux, neurologue (CHU Limoges), nous étions à l'origine de l'idée de mener des études pour montrer son intérêt dans le soulagement des douleurs neuropathiques. Aujourd'hui, les mécanismes d'action sont mieux compris. Les profils de répondeurs sont mieux évalués. Une récente méta-analyse reprend les résultats d'études de qualité (Vincent Hary et al., European Journal of Pain, 6 March 2022). La toxine botulique de type A commence ainsi à être conseillée dans les recommandations internationales. Les perspectives à venir sont de nouvelles toxines peut-être mieux tolérées et plus efficaces", conclut le Pr Attal.

Effets au long cours de la stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS) dans les douleurs neuropathiques périphérique

L'étude TRANSNEP (N. Attal et Coll, Brain, 16 déc. 2021), essai randomisé en double aveugle, a montré l'efficacité de la stimulation magnétique transcrânienne dans la douleur neuropathique, qu'elle soit périphérique ou centrale, quelle que soit la cause (lésions du système nerveux, de la moelle, sclérose en plaques, AVC, zona...). « C'est intéressant car la prise en charge de ces douleurs peut aussi inclure des traitements non pharmacologiques comme les techniques de neuromodulation. Basée sur le principe de l'induction électromagnétique, le rTMS active des circuits neuronaux et induit des modifications synaptiques. Nous avons prouvé pour la première fois que des séances répétées de rTMS avaient un effet rémanent à long terme sur les douleurs neuropathiques, ce qui n'avait jamais été démontré auparavant. Des études attestaient seulement d'un impact à court terme. Cette technique peut être utilisée en clinique, en routine. Nous en sommes au stade des preuves de concept. L'objectif maintenant est de faire reconnaître ce type d'approche par l'assurance maladie et à terme d'obtenir une AMM », indique la Pre Nadine Attal.

Sources:

D'après un entretien avec la Pre Nadine Attal (Inserm, CETD Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt), à l'occasion du 22 ème congrès national de la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD; Lile, 16-18 novembre)

EGORA.FR

20/12



visualiser ra

Douleurs chroniques : intégrer davantage la médec

Enjeu de santé publique, le parcours de soin du patient douloureux chronique fera l'objet de nouvelles recommandations de la HAS attendues début 2023.

"La douleur, premier motif de consultation dans les services d'urgence et chez le médecin généraliste, concerne près de 12 millions de patients en France dont plus des 2/3 souffrent de douleurs chroniques avec des répercussions psychosociales. Seuls 30% des patients douloureux reçoivent un traitement approprié. Les structures douleur chronique (SDC) ont théoriquement pour objectif de prendre en charge les patients douloureux les plus complexes. Cependant, du fait de leur fragilité, elles en traitent moins de 3%", introduit la Dre Sylvie Rostaing, anesthésiste-réanimateur, responsable de la consultation douleur (Institut du cancer Avignon-Provence), ex-vice-présidente SFETD.

La France compte 245 SDC (2/3 de consultations, 1/3 de centres) réparties sur le territoire dont 75% sont présentes dans les établissements publics. Pour la Pre Valeria Martinez, anesthésiste et médecin de la douleur (Hôpital Raymond Poincaré, Garches), présidente **SFETD**: "ce maillage territorial s'essouffle. Près de 30% des SDC pourraient disparaître dans les prochaines années par manque de moyens financiers et humains. Nous comptons en moyenne 0,59 équivalent temps plein de médecins douleurs pour 100 000 habitants, le délai médian d'attente d'une consultation SDC est de 3 mois (et parfois jusqu'à 1 an). De plus, le départ à la retraite de 177 médecins est attendu dans les 5 ans. Or, depuis 2010, nous n'avons pas eu de plan ou de programme national douleur".

François Braun, questionné par la députée Maud Petit sur la feuille de route envisagée pour pérenniser les SDC lors de la Journée mondiale de la douleur, avait indiqué que la prise en charge de la douleur chronique devait s'inscrire dans un parcours de soins impliquant les médecins généralistes, premier maillon de la chaîne, les établissements de santé intervenant en second recours à travers des prises en charge pluri-professionnelles. Le Ministre de la santé a saisi la Haute Autorité de Santé (HAS) qui publiera des recommandations sur le parcours de soin début 2023. Parallèlement, il a ajouté que le processus de labellisation des SDC est relancé avec la volonté d'intégrer davantage la médecine de ville à ces structures. Deux mesures renforcent ce modèle : l'appel à manifestation d'intérêt pour l'élaboration de protocoles de coopération entre infirmiers et médecins et la création de 20 postes d'assistants spécialistes douleur par an pour les SDC. Le parcours de soins doit permettre une prise en charge plus rapide des patients. L'étape suivante sera de définir les moyens à mettre en place. Je pense que la coopération entre la Ville et l'hôpital va être renforcée car la prise en charge de la douleur est très hospitalo-centrée, faute de moyens adaptés, précise la Dre Rostaing.

Nouveaux crit è res de labellisation des SDC

Fin janvier 2023, la liste des SDC labellisées pour cinq ans sera établie par les ARS sur la base d'un nouveau cahier des charges élaboré par la DGOS. L'accent est mis sur des critères qualitatifs, d'organisation et d'expertise. L'appel à candidature (nouvelle structure ou renouvellement) a été publié l'été dernier. Au maillage territorial actuel a été ajouté au moins une structure douleur chronique référente pour l'endométriose par région. Les permanences avancées, rattachées aux centres et consultations labellisées, ont été redéfinies pour mieux couvrir certains départements. Des prises en charge prioritaires pour les urgences douleur seront également mises en place.

Les SDC doivent assurer la transmission des informations concernant les patients pris en charge, auprès des correspondants libéraux, médecins traitants notamment. Enfin, l'accent est mis sur les réunions de synthèse pluriprofessionnelles (médecins, infirmier(e)s ressource douleur, psychologues, etc...) et les réunions de concertation pluridisciplinaires (médecins de spécialités différentes).

Sources:

D'après un entretien avec la Dre Sylvie Rostaing (Institut du cancer Avignon-Provence), et un point presse de la SFETD et de la Fondation Apicil (15 novembre), à l'occasion du 22 ème congrès national de la <u>Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD</u>; Lille, 16-18 novembre)

RÉFLEXIONS RHUMATOLOGIQUES

DÉCEMBRE 2022



Actualités congrès SFETD

22^e congrès de la SFETD, Lille, Grand Palais, 2022

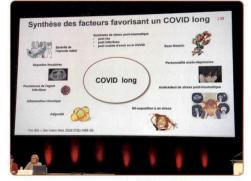
Patrick Sichère - Paris

Ille, ses élégantes maisons aux façades XVII* siècle, son musée des Beaux-Arts aux trésors d'époques médiévale et Renaissance magnifiquement présentés aux goûts du jour, ses estaminets où coule la bière et cuisent des plats plus que nourrissants. Et Lille où se déroule presque tous les deux aus les congrès national de la SFETD, donnant la part belle aux sujets relevant de la rhumatologie.

Par exemple, une séance plénière pour le Pr T. Schaeverbeke, du CHU — Groupe Hospitalier Pellegrin-Département de Rhumatologie — de Bordeaux, sur le syndrome post-COVID: un nouveau modèle physiopathologique de douleur chronique.

Après avoir contracté le COVID, la majorité des patients développe des symptômes modérés et guérit en 2 à 3 semaines. Cependant, environ 1/3 des patients demeurent symptomatiques au-delà de 4 semaines (COVID persistant) ou voient réapparaître des manifestations à distance de la phase aiguë (syndrome post-COVID), ces deux situations aboutissant à la description d'une nouvelle entité clinique : le COVID long. Le COVID long s'observe préférentiellement chez la femme d'âge moyen (45-50 ans), alors que les séquelles organiques des COVID sévères hospitalisés concernent surtout des hommes de plus de 60 ans.





Les symptômes sont très variés, dominés par la fatigue, les troubles du sommeil, de l'humeur, l'anxiété, les difficultés de mémorisation, la sensation de brouillard cérébral, la dyspnée, les palpitations, l'intolérance orthostatique, les douleurs articulaires et musculaires... Ces symptômes, bien que fluctuants, peuvent persister longtemps, au-delà d'un an dans plus de 70 % des cas. Ils retentissent sur la qualité de vie, la fatigue étant le symptôme dominant au long cours. Et dans 50 à 57 % des cas, on retrouve tous les critères d'un syndrome fibromyalgique.

Différentes hypothèses physiopathologiques, qui ne s'excluent pas mutuellement, ont été proposées. Interviennent des séquelles d'organe (pulmonaires, myocardiques, thrombo-emboliques), la persistance de reliquats d'antigènes viraux, par exemple dans des réservoirs digestifs. Ainsi retrouve-t-on encore, au quatrième mois, une présence virale dans les selles. L'atteinte neurologique semble se concentrer sur le tronc cérébral par le nerf vague, le système limbique. À un niveau central, le thalamus joue un rôle majeur, distribuant des signaux transmis à l'insula vers le cortex frontal, par exemple. Sont aussi mis en cause le système neuro-somatique et le système neuro-sympathique. L'hypothèse dysautonomique favorisée par les lésions neurologiques initiales perturbe l'intéroception. Cette dernière hypothèse, qui paraît la plus séduisante, débouche sur une proposition de prise en charge adaptée au symptômes dominants, qui passe notamment par une réadaptation à l'effort et des thérapies psychocorporelles, options thérapeutiques devenues classiques dans la prise en charge de patients fibromyalgiques.

La séance plénière qui suivit cette intervention intéresse aussi les rhumatologues. Le sujet : Topiques et toxines

en analgésie : des traitements établis aux perspectives thérapeutiques. N. Attal de l'hôpital Ambroise-Paré à Boulogne-Billancourt.

Si le traitement pharmacologique de la douleur chronique repose encore le plus souvent sur des molécules administrées par voie systémique (antalgiques opiacés et non opiacés, antidépresseurs, antiépileptiques...) ces traitements présentent souvent des effets indésirables pouvant comporter un risque addictif. Cela est illustré de façon extrême par la crise des opiacés aux États-Unis qui ne cesse de s'amplifier (107 000 décès par overdose en 2021). Il est donc plus que jamais nécessaire de développer des traitements analgésiques mieux tolérés et non addictifs. Parmi ces derniers. les topiques, dont le grand avantage est la quasi-absence d'effets indésirables centraux, sont de plus en plus utilisés dans le traitement de la douleur chronique. Les topiques qui nous intéressent dans le traitement de la douleur sont les anti-inflammatoires non stéroïdiens, la xvlocaïne (EMLA), la capsaïcine à des concentrations inférieures à 1 %, à distinguer de la capsaïcine à haute concentration allant jusqu'à 8 %, enfin les emplâtres de lidocaïne. La capsaïcine, extraite du piment, a été découverte par un certain Tournefort en 1708, mais seulement synthétisée en 1930 par deux allemands Spath et Darling. En pratique, on retiendra que la capsaïcine est peu efficace pour soulager les douleurs neuropathiques mais l'est nettement plus dans le traitement de la douleur de la gonarthrose (J. Sellam). Autre topique, agoniste des récepteurs TRPV1, la résinifératoxine, extraite du cactus. À l'inverse est intéressante à proposer, un antagoniste de TRPV1, la capsorubine.

Quant à la toxine botulique, elle est plutôt l'affaire des neurologues en attendant le résultat de certains essais proposés dans le traitement de l'arthrose, mais entrons un peu plus dans sa connaissance grâce à K. Mezaib, Villejuif: Toxine botulique dans la douleur neuropathique

De rappeler que la toxine botulique (TB) est une neurotoxine issue de la bactérie Clostridium botulinum, dont le sérotype A est utilisé à visée thérapeutique. Son effet transitoire sur la paralysie musculaire est à l'origine du traitement de l'hyperactivité musculaire telle que la dystonie et la spasticité. Des études montrent une activité analgésique propre de la TB indépendante de son effet sur le tonus musculaire. Le mécanisme d'action au niveau de la plaque motrice consiste en une inhibition de l'exocytose de l'acétylcholine bloquant ainsi la contraction musculaire. Il a été également évoqué une action inhibitrice de la toxine sur la sécrétion de neuromédiateurs (Substance P, CGRP, glutamate) bloquant ainsi l'inflammation neurogène. Par ailleurs, la toxine diminuerait la synthèse du récepteur TRPV1 à la surface des nocicepteurs périphériques. Ces mécanismes d'action expliqueraient pour partie son effet analgésique en particulier dans le cadre des douleurs chroniques telles que les neuropathies périphériques (DNP) et la migraine chronique (MC). 3 types de toxine botulique A existent avec des différences pharmacologiques: OnabotulinumtoxinA (Botox®); AbobotulinumtoxinA (Dysport*), IncobotulinumtoxinA (Xeomin®).

La plupart des études ont été réalisées avec l'Onabotulinumtoxin A. Ainsi, le Botox® fut utilisé pour la réalisation des études PREEMPT 1 et 2, à l'origine de l'AMM pour la migraine chronique. De nombreuses études, mais à faible effectif, ont montré une sécurité d'emploi de TB et son effet durable après

une seule injection. Une étude a mis en évidence une efficacité antalgique augmentée des injections répétées dans le cadre des DNP. En effet, une deuxième injection à 3 mois d'intervalle permet une accentuation de l'effet antalgique produit par une première injection. Mais en pratique, il faut aussi tenir compte de la disparité des cinétiques de réponse. Les études PREEMPT ont souligné l'existence de répondeurs rapides, lents et ultralents. Enfin, ces études sur les DNP montrent un manque de standardisation des protocoles et des techniques d'injections. Néanmoins, la SFETD recommande la toxine botulique en deuxième ligne en injection sous-cutanée avec une posologie comprise entre 50 et 300 unités tous les 3 mois. De futures travaux à plus grands effectifs, qui permettraient l'obtention de l'AMM pour les DNP, sont nécessaires pour affiner les facteurs prédictifs de bonne réponse et le phénotype des patients. Une intégrité des fibres nerveuses et la présence d'une allodynie sont des facteurs prédictifs de réponse selon l'étude BOTNEP. Cette même étude conclut à une efficacité de la TB sur les accès paroxystiques et l'allodynie.

Évaluation des bénéfices de la stimulation magnétique transcrânienne répétitive chez des patients fibromyalgiques bénéficiant d'un réentraînement à l'effort : Un essai contrôlé randomisé STIMALGI C. Maindet. CHU Grenoble-Alpes, Grenoble.

La fibromyalgie (FM) est un état douloureux chronique dû en partie à des altérations de la modulation de la douleur par le système nerveux central. Le réentraînement à l'effort (REE) et la stimulation magnétique transcránienne répétitive (rTMS) ont tous deux étés rapportés comme modulateurs de la douleur chez les patients atteints de FM. L'Objectif de cette étude était de comparer les effets de la rTMS sur la douleur avec une combinaison de REE à l'effort et rTMS par rapport au REE seul.

Méthodes: Trente-neuf patients souffrant de FM et avant des résultats sur l'échelle visuelle analogique (EVA) pour la douleur de ≥ 40 mm ont été randomisés pour recevoir une rTMS active ou placebo (haute fréquence, cortex moteur primaire M1) associée à 12 semaines de REE (3 sessions par semaine combinant un entraînement aérobique, des exercices en piscine et de la relaxation). La rTMS a débuté 2 semaines avant le REE et a été maintenue jusqu'à la fin du programme (semaine 14). Les évaluations ont été réalisées au début du programme, à la semaine 14 et à 6 mois (semaine 40) après la fin du programme. Le critère principal était la réduction de la douleur, évaluée par le niveau moyen hebdomadaire de la douleur autoévaluée (rapportée quotidiennement). Les résultats secondaires étaient le niveau de condition physique cardiorespiratoire (test d'exercice incrémental), les adaptations du système nerveux autonome et l'impact de la FM (en utilisant des échelles pour l'impact de la FM, la dépression, l'efficacité du sommeil et la catastrophisation de la douleur).

Résultats: La réduction de la moyenne hebdomadaire de la douleur évaluée quotidiennement ne diffère pas significativement entre les groupes (en utilisant des mesures répétées de l'analyse de la variance [ANOVA]). Des analyses de variance à deux voies ont montré que les résultats de l'EVA de la douleur, ainsi que le niveau de condition physique cardiorespiratoire, la qualité de vie, la dépression et la catastrophisation de la douleur, se sont améliorés de manière significative à la semaine 14 et sont restés stables jusqu'à la semaine 40. Ni les adaptations cardiagues autonomes ni l'efficacité du sommeil n'ont changé de manière significative.

Conclusion : La TMS répétitive n'a pas réduit la douleur chez les patients atteints de FM qui ont suivi le programme de REE

Et si ce congrès faisait le point sur l'étude en cours de l'efficacité ou non du cannabis pour soulager les douleurs neuropathiques?

Point d'étape de l'expérimentation française du cannabis à usage médical. Données cliniques du registre dans la douleur neuropathique réfractaire. N. Authier. CHU, Université Clermon-Auvergne, Inserm 1107. Clermont-Ferrand.

Le 26 mars 2021 a eu lieu la première

prescription de médicament à base de cannabis à usage médical pour un patient souffrant d'une douleur neuropathique en France. Cette prescription a eu lieu dans le cadre d'une expérimentation de politique publique portée par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) dont l'objectif principal est de déterminer les conditions d'accès à ces médicaments, sous forme d'huile à avaler ou de fleur à vaporiser, définis par leurs taux de THC et de CBD .Au total ce sont déjà presque 2 200 patients qui ont été inclus dans les cinq indications retenues dont plus de 700 patients pour la douleur neuropathique, périphérique ou centrale, réfractaire aux traitements de 1re et 2e intention. Moins d'un tiers des patients a quitté l'expérimentation, soit pour inefficacité (41%), soit pour effet indésirable (49%). L'âge moyen des patients est de 58 ans avec 54 % de femmes. 98 % des patients ont un score DN4 supérieur à 7. Quatre-vingt pour cent des patients ont recu à l'instauration du traitement une huile dominante en CBD. À 3 mois de traitement,

42 % des patients recoivent une forme équilibrée CBD : THC et 24 % une huile THC dominante. Après 6 mois de traitement, le score sur l'évaluation de l'état de santé des patients (EQ5D VAS) s'améliore de 30 %. Concernant l'évolution du score CGIC par les médecins. 47 % rapportent une amélioration importante à très importante à 6 mois. Parmi les patients exploitables à 6 mois, on note une amélioration importante à très importante de leur évaluation PGIC pour 23 % d'entre eux. Ce sont aussi 61 % de patients à 6 mois qui rapportent une amélioration du soulagement au moins égale à 40 % avec le traitement en cours comparé à 35 % avant la mise en place du traitement. De même ce sont 29 % de patients avec 6 mois de suivi qui rapportent une douleur forte à insupportable versus 81 % avant traitement. Enfin, à la HADS, on note à 6 mois de traitement une diminution du score moven « Anxiété » de 10 à 8 avec 43 % des patients présentant une amélioration d'au moins 3 points. Ces données intermédiaires nécessiteront d'être consolidées avec l'exhaustivité des patients suivis dans l'expérimentation mais rapportent d'ores et déjà des améliorations cliniques significatives chez certains patients. Des analyses plus poussées devront essayer d'identifier un ou des profils de patients répondeurs à ces nouveaux

Autre sujet qui doit intéresser les rhumatologues en cette période de mise en cause des opioïdes : Hyperalgésie induite par les opioïdes : de la physiopathologie à l'expression clinique où en sommes-nous ? V. Martinez, Garches, France

L'hyperalgésie induite par les opioïdes (HIO) est définie comme une réponse accrue aux stimuli douloureux, provoquée par l'exposition aux opioïdes. Elle peut se manifester sous forme d'hyper-

algésie ou d'allodynie et se présenter, dans le contexte clinique avec trois caractéristiques : 1) une aggravation de la douleur malgré une augmentation de la dose d'opioïde, 2) une douleur qui n'est pas liée à la progression de l'affection initiale, 3) une douleur qui diffuse en delà du site lésionnel initial. Cette HIO est observée immédiatement et persiste pendant plusieurs jours après des administrations uniques ou répétées d'opioïdes. Elle a été observée avec divers opioïdes, délivrés par différentes voies d'administration. Après une première phase d'analgésie, l'HIO s'installe et est dosedépendante. Chez l'homme, l'HIO a été considérée principalement dans le contexte post-opératoire. Elle a été rapportée principalement avec le rémifentanil, un opioïde synthétique de courte durée d'action. L'utilisation de fortes doses de rémifentanil est associée à des niveaux plus élevés de consommation d'opioïdes et de douleurs post-opératoires, et à une zone d'hyperalgésie secondaire plus étendue, reflétant une sensibilisation centrale. Bien que le modèle chirurgical ait permis de mettre en évidence et d'étudier l'HIO chez l'homme, son réel impact clinique reste débattu. Les preuves de l'utilisation de l'HIO dans des contextes non chirurgicaux restent rares. La pertinence de l'HIO chez les patients souffrant de douleurs chroniques fait toujours l'objet d'un débat, et la proportion de patients exposés aux opioïdes développant une HIO reste inconnue. L'HIO est difficile à reconnaître cliniquement et, lors qu'elle est diagnostiquée, sa prise en charge reste empirique.

Fait écho à cette présentation la suivante résumée ici, proposée par notre collègue rhumatologue, S. Pouplin, de Rouen: Recommandations HAS: Bon usage des médicaments opioïdes: antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses.

Application à la douleur chronique non cancéreuse

Les recommandations HAS publiées en mars 2022 sur le bon usage des opioïdes permettent de préciser les règles de bon usage dans les situations des douleurs chroniques non cancéreuses (DCNC). En préalable, sont rappelés les risques liés à l'utilisation des opioïdes (effets indésirables, dépendance physique, troubles de l'usage), les risques liés aux interactions médicamenteuses et les risques de surdosages sont précisés. Un accent est mis sur la nécessité d'évaluer la pertinence de prescription de la naloxone. L'information du patient, de son entourage et des soignants est nécessaire afin de réduire les risques de ces traitements. Les indications des opioïdes en DCNC sont essentiellement les douleurs chroniques de lombalgie, lomboradiculalgie, d'arthrose, parfois les douleurs neuropathiques et autres maladies évolutives (maladies neurodégénératives, situations palliatives non liées au cancer). Lors de l'instauration du traitement en DCNC, les principales recommandations sont : recours aux opioïdes après échec d'autres traitements médicamenteux et non médicamenteux; prise en compte des différentes composantes de la douleur avec évaluation biopsychosociale; objectifs du traitement bien définis et expliqués ; instauration progressive, choix de la forme (libération immédiate ou prolongée), etc. Par ailleurs, la diminution, voire l'arrêt des opioïdes dans les situations de DCNC au-delà de 6 mois de traitement continu doit être envisagée afin de poursuivre le traitement minimal mais suffisant pour soulager le patient.

Comme à chaque congrès, la parole a été donnée aux rhumatologues sous l'égide du CEDR (Cercle d'étude de la douleur en rhumatologie). Deux premières présentations qui se complètent.

À la suite de l'étude RAPID, analyse de l'évolution des Contrôle Inhibiteurs Descendants après introduction d'un anti-TNF au cours des rhumatismes inflammatoires. A. Trouvin. GHU Paris Centre, hôpital Cochin/CETD, Paris.

La polyarthrite rhumatoïde (PR) et la spondyloarthrite (SpA) sont des rhumatismes inflammatoires. L'intensité de la douleur n'est pas corrélée à l'activité de la maladie et la douleur peut persister sous traitement de fond, même lorsque la rémission clinicobiologique semble atteinte. Lorsque le rhumatisme inflammatoire est actif, il existe une diminution des contrôles inhibiteurs descendants (CID)[1]. Le Tumoral Necrosis Factor (TNF) est impliqué dans des mécanismes périphériques mais aussi centraux, et son blocage peut inhiber rapidement la douleur. Dans ce contexte, la compréhension de l'action d'un traitement anti-TNF (mis en place pour le rhumatisme inflammatoire) sur ces CID pourrait permettre une meilleure compréhension des mécanismes de cette douleur persistante chez les patients sous traitement.

Sur 100 patients (50 PR et 50 SpA) inclus, 59 % de femmes, âge moyen 45,8 ans ; 87 patients ont débuté le traitement par anti-TNF, 74 ont été réévalués à 6 mois. Les données de cette étude montrent qu'il existe un dysfonctionnement des CID chez les patients ayant un rhumatisme inflammatoire actif. Ce dysfonctionnement semble corrigé par l'introduction d'un traitement de fond par anti-TNF. L'analyse de corrélation entre la modification de l'effet CPM et les données cliniques du rhumatisme ainsi que l'efficacité clinique (notamment l'intensité douloureuse résiduelle) du traitement est en cours.

Les biothérapies sont-elles des antalgiques ? P. Bertin. Limoges.

Le Tumoral Necrosis Factor (TNF) est impliqué dans des mécanismes périphériques mais aussi centraux, et son blocage peut inhiber rapidement la douleur. Au-delà de l'effet antalgique indirect des biothérapies lié à leur action immunomodulatrice bénéfique sur les Rhumatismes Inflammatoires Chroniques, la question posée est celle d'une potentielle action antalgique intrinsèque des biothérapies. L'expérience clinique, montrant souvent un effet antalgique apparaissant avant même l'action anti-inflammatoire, le suggère. Des études expérimentales semblent montrer un effet anti-hyperalgésiant de certaines biothérapies comme les anti-TNF, à la fois en périphérie par effet antinociceptif sur les molécules de l'inflammation, et action centrale. Les anti-JAK auraient un effet antalgique plus efficace et plus rapide que les anti-TNFalpha.

Retombées de la campagne grand public sur la lombalgie, F. Bailly, Paris, L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact d'une campagne nationale sur le mal de dos menée entre 2017 et 2019, sur les croyances et les comportements des médecins généralistes et de la population générale. Méthodes : Entre 2017 et 2019, une campagne médiatique de masse a été réalisée pour diffuser des messages positifs sur la lombalgie en utilisant plusieurs médias, associée à une campagne parallèle adressée aux médecins généralistes. Une enquête a été réalisée par email avant la campagne, 6 mois et 18 mois après le début de la campagne, pour évaluer les croyances et les comportements parmi un échantillon représentatif des 2 populations cibles.

Résultats : L'enquête a porté sur un panel de 3 500 personnes de la popu-

lation générale et 700 médecins avant la campagne, et 2 000 personnes et 300 médecins 6 et 18 mois après. Cinquante-six pour cent des répondants avant la campagne et 74 % et 75 % respectivement 6 et 18 mois après la campagne ont adhéré à l'affirmation « Il faut garder une activité physique » face à une lombalgie. À l'inverse, le pourcentage de répondants adhérant à l'affirmation inadéquate « Le meilleur traitement est le repos » a diminué de manière significative, passant de 68 % avant à 45 % à M6 et M18. Les médecins ont déclaré avoir été plus rassurants et avoir donné plus de documentations. Ils ont prescrit moins d'arrêts maladie lors de la première consultation (65 % avant la campagne, 46 % à M6 et 30 % à M18).

Conclusion : Une campagne médiatique destinée au public et aux médecins a modifié de manière significative les croyances et les comportements concernant la lombalgie.

Terminons par deux affiches aux thèmes originaux sur un sujet toujours d'actualité, la fibromyalgie :

Éducation thérapeutique des patients fibromyalgiques pendant la cure thermale : un essai contrôlé, randomisé FIETT. P. Ducamp, Service de médecine physique et de réadaptation, Hôpital d'Orthez, Orthez. P.Sichère. Hôpital Delafontaine, Saint-Denis.

La cure thermale est connue pour améliorer la qualité de vie et diminuer la Jouleur. Nous avons évalué l'efficacité (Questionnaire d'Impact de la Fibromyalgia [QIF]) et la tolérance à 6 mois d'un programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) spécifique de la fibromyalgie, ajouté à la cure thermale standardisée (SST) adaptée à la fibromyalgie, comparé à la SST seule, dans un essai contrôlé randomisé de supériorité. Nous avons

recruté 157 patients, majoritairement des femmes, fréquentant des centres thermaux du Sud-Ouest de la France en 2015-2016, et nous les avons randomisés en SST + ETP (79) ou SST (78). L'analyse en intention de traiter, avec les valeurs manquantes considérées comme des échecs, a montré une tendance en faveur d'un bénéfice plus élevé, quoique non significatif, avec l'ETP plutôt que sans, avec un FIQ (-9 vs - 3; p = 0,053) et sur l'intensité de la douleur (-1.1 vs -0.9 ; p = 0.58).Le soulagement de la douleur (+4,3 vs +3,2; P = 0,03) et la fatigue (échelle de Pichot: -3.7 vs -1.6; p = 0.02) étaient significativement améliorés. Nous expliquons le défaut de bénéfice significatif de l'ETP, évalué à partir du FIQ, par le fait que nos participants, appartenant à des associations de patients fibromyalgiques, étaient déjà bien informés et bien encadrés. À noter, la bonne tolérance des cures thermales avec peu d'effets indésirables et surtout que 87 % des patients du bras SST + TPE pratiquaient encore régulièrement, à 6 mois, les exercices physiques qui leur avaient été ensei-

Impact d'une prise en charge diététique sur la fibromyalgie en structure douleur chronique. B. Braquet, D.Boeker. Centre Hospitalier de Luxembourg/Pain clinic, Luxembourg

Les recommandations européennes insistent sur l'importance des méthodes non médicamenteuses. Néanmoins la prise en charge diététique est rarement proposée et même peu évaluée. Pourtant, on retrouve une prévalence élevée du surpoids, de l'obésité ainsi qu'une faible qualité des apports nutritionnels chez les patients fibromyalgiques. Dans le cadre d'un master en sciences de la santé publique, l'apport d'une diététicienne a permis aux auteurs de mettre en place une prise en charge diététique

personnalisée pour des patients fibromyalgiques et d'évaluer l'impact de ce suivi sur leurs douleurs et leur qualité de vie. C'est une étude quantitative pré-expérimentale avec 47 patients fibromyalgiques pris en charge au Centre de Traitement de la Douleur du Centre Hospitalier de Luxembourg, inclus entre janvier à juillet 2021. La prise en charge diététique proposée comporte une consultation initiale avec collecte de données puis mise en place d'une alimentation équilibrée avec remise d'un plan alimentaire personnalisé et adapté. Le patient est ensuite suivi à 1 mois, puis 2 mois avant une consultation de clôture à 3 mois pour réévaluation des données. 47 patients ont été inclus, 45 femmes et 2 hommes, avec une moyenne d'âge de 49 ans. En fin de prise en charge, nous avons pu observer des effets significatifs sur la diminution des douleurs (-1,47 sur EVA) ainsi que sur l'amélioration de la qualité de vie (+12,1 au SF-12v2). D'autres résultats ont montré une diminution significative du poids (-2,1 kg), du tour de taille (-4 cm), de l'inconfort digestif ainsi que de la sédentarité avec reprise d'activité physique. La qualité de l'alimentation a également été significativement majorée. En revanche, pas de changement sur la consommation d'antalgiques. Les patients ont été satisfaits, du type de prise en charge proposée dans 85,1 % des cas. Conclusion des auteurs : Une prise en charge diététique en structure douleur a un impact très positif chez le patient fibromyalgique avec réduction des douleurs et amélioration de la qualité de vie.

Un petit bonus pour rester zen :

Apports du Tai Chi dans le programme de soins des adolescents douloureux chroniques déscolarisés. A. Tonelli, C.Maisse. clinique FSEF Paris 16, Paris. Education Nationale, Université

Sorbonne-Lettres et Sorbonne-Sciences, Paris, France

Le service de médecine interne pour adolescents de la clinique FSEF Paris 16 a développé l'hospitalisation complète d'adolescents douloureux chroniques déscolarisés. Ces adolescents bénéficient d'un projet Soins/études axé sur l'évaluation et le traitement de leur douleur et la reprise de leur scolarité. Ce programme de soins, surtout basé sur des méthodes non médicamenteuses (kinésithérapie, balnéothérapie, relaxation, suivi psychologique, etc.) s'accompagne d'une scolarité aménagée. Il y a dix ans, le service a souhaité enrichir celui-ci de Tai Chi. La présence d'un professeur d'EPS enseignant le Tai Chi, la motivation du chef de service et du proviseur, l'implication des personnels et des patients ont permis la mise en place de ces ateliers. Art martial chinois, le Tai Chi peut être considéré comme une gymnastique de santé, une voie vers une plus grande tranquillité de l'esprit. Il permet une entrée différente dans la relation au corps : mieux gérer ses douleurs. retrouver confiance, pouvoir bouger de nouveau avec aisance en sont les fils conducteurs. Pour ces adolescents, c'est un temps de pause dans leurs tensions et un apprentissage de leur capacité à se détendre. Depuis 2012, 150 patients, âgés de 12 à 18 ans, ont bénéficié de ces ateliers. Les séances hebdomadaires étaient réparties en deux groupes (collège et lycée). Les indications principales sont les migraines, les syndromes douloureux musculosquelettiques, les douleurs abdominales chroniques. Les outils du Tai Chi sont adaptés à l'état de santé du jeune (la respiration pour agir sur leur posture, la sensation de détente qui va faciliter la reprise des cours). C'est par une écoute bienveillante ressentie dans ces ateliers qu'ils retournent cette bienveillance vers eux-mêmes et vers les autres. La

dimension du groupe est un soutien et une ressource pour eux. Ce pouvoir d'agir s'inscrit dans une dynamique au service de la scolarité. Leurs bilans personnels positifs mettent en lumière un processus de maturation pour une meilleure gestion de leur douleur. Ils retrouvent une autonomie, le plaisir de sentir, de se reconnaître davantage et d'aller chercher en eux leurs propres ressources. Ils font l'expérience d'un temps qui leur appartient et dans ce temps, ils apprivoisent une autre façon d'être. Outre les bénéfices corporels ressentis, ils peuvent, par cette pratique, accéder à un plus grand calme. Certains patients ont poursuivi le Tai Chi, à la faculté, après leur sortie du service. Conclusion des auteurs : Le succès de ces ateliers, leur inscription parfaite dans l'alliance Soins/Etudes, la satisfaction des patients, des familles et des prescripteurs les encouragent à poursuivre dans cette voie.

Liens d'intérêts : aucun



CITATIONS SFETD.

LE FIGARO SANTÉ JANVIER/MARS 2022

LE FIGARO SANTE

DOULEUR L'intérêt des approches non médicamenteuses

Ponctuelles ou chroniques, les douleurs ont toutes une forte composante émotionnelle sur laquelle les médicaments ont peu de prise. D'où la nécessite d'autres approches.

al de dos, maux de tête, fibromvalgie... quelles que soient leur nature et leur durée, toutes les douleurs peuvent être partiellement soulagées par des approches autres que les médicaments Pour autant souligne le rhumatologue Serge Perrot, responsable du Centre d'étude et de traitement de la douleur de l'hôpital Cochin (Paris), « il ne faut surtout pas les envisager comme quelque chose d'exclusif : elles viennent plutôt en complément des traitements classiques, car elles permettent de diminuer les doses en cas de douleurs aiguës et de parer au risque d'une consomma-tion abusive de médicaments s'agissant de douleurs chroniques ». Une autre raison de ne pas généraliser : toutes les approches corporelles et psychocorporelles ne se valent pas, et ne sont pas efficaces pour toutes les indications

LES SENS ET LES ÉMOTIONS IMPLIQUÉS

La douleur, en effet, est plurielle. Elle peut trouver son origine dans différents mécanismes : une piqûre, une brûlure, une morsure, un pincement, ou encore une inflammation succédant à une infection. Ces événements stimulent des récepteurs sensoriels qui tapissent la peau, les articulations, les muscles, les viscères. Quand cette stimulation se révèle excessive et met en danger l'intégrité de l'organisme, l'information est au plus vite transmise par les nerfs au cerveau, déclenchant une cascade de réactions dont la libération d'endorphines – qui ont un effet similaire à la morphine. Les douleurs liées à des phénomènes d'inflammation, par exemple au niveau des articula-tions, peuvent aussi s'installer dans la durée. Une chronicité qui concerne également d'autres douleurs induites par des lésions dans le cerveau, la moelle épinière ou les nerfs, et dues à des AVC, des interventions chirurgicales des fractures des blessures etc. Enfin, certaines douleurs font suite à un dérèglement du système nerveux devenu trop sensible, d'où des messages nerveux inappropriés : c'est le cas de la fibromyalgie et de certaines céphalées chroniques. Pour faire face à ces multiples maux, les médicaments ne sont pas toujours suffisants. Cela se concoit aisément quand on sait que brèves ou chroniques, toutes les douleurs ont deux composantes : l'une sensorielle, qui peut faire l'objet d'une description (localisation, type de sensation, etc.); l'autre



émotionnelle, plus diffuse mais toujours présente, tributaire à la fois du contexte affectif, culturel. religieux, etc. Et c'est encore plus vrai s'agissant des douleurs chroniques, une véritable maladie où la composante émotionnelle occupe une place très importante. « La médecine n'est pas toute-puissante et peine à répondre à l'attente de ces patients », reconnaît le Dr Florian Bailly, rhumatologue et médecin de la douleur à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière (Paris). Mais il n'en distingue pas moins, parmi les thérapies complémentaires aux médicaments, « des approches pour lesquelles on dispose d'un bon niveau de preuves scientifiques d'efficacité, et d'autres qui ne semblent reposer que sur l'effet placebo un effet à l'œuvre partout et avec n'importe quelle technique, traditionnelle ou complémentaire, dès lors que l'on prend soin de vous ».

Côté efficacité, ce sont les exercices de rééducation, de renforcement musculaire et l'activité physique que ce médecin met en tête de classement pour lutter contre les douleurs chroniques. Ces approches ont une place à part : non seulement on ne les range pas dans les médecines complémentaires, mais elles font même partie des soins de support que le médecin peut preserire en cas d'affections de longue durée. Reste qu'elles permettent bel et bien de combattre la douleur quand les médicaments ne font pas effet.



« Même si cela s'applique surtout aux douleurs musculo-squelettiques, l'activité physique est bénéfique à toutes les douleurs chroniques, et elle agit en outre sur un certain nombre de troubles associés comme l'anxiété ou les problèmes de sommeil », commente le Dr Bailly, pour qui les psychothérapies, la méditation, le yoga ou l'hypnose constituent une autre solution.

UN BON NIVEAU DE PREUVES POUR L'HYPNOSE

Elles trouvent leur justification dans l'importante dimension émotionnelle des douleurs chroniques, mais aussi dans l'anxiété et la dépression que ces maux favorisent. Lesquelles doit-on privilégier ? Si l'hypnose semble être l'approche qui jouit du meilleur niveau de preuves dans la gestion des douleurs liées au cancer, et en dépit des atouts avérés de son utilisation au bloc chirurgical ou en salle d'accouchement, un grand nombre d'études font de la méditation pleine conscience la championne des outils de lutte contre les douleurs chroniques. La technique, développée il y a une quarantaine d'années par l'Américain Jon Kabat-Zinn, a depuis quelques années le vent en poupe en France. D'autant qu'à l'inverse de l'hypnose, encore associée pour beaucoup aux spectacles d'un Messmer et autres hommes de scène, la méditation est portée par des professionnels de la santé comme le psychiatre Christophe André.

"L'activité physique est bénéfique à toutes les douleurs chroniques, et elle agit en outre sur des troubles associés comme l'anxiété ou les problèmes de sommeil"

Outre ces techniques psychocorporelles - qui ont pour elles de pouvoir être apprises et pratiquées de manière autonome -, le médecin de la douleur peut orienter ses patients vers l'acupuncture. Elle aussi très à la mode, elle semble avoir des effets sur un certain nombre de douleurs chroniques. Mais seulement comparée à... l'absence de soins! « Dans le domaine des thérapies complémentaires, les conclusions des revues de littérature sont souvent réservées. en raison de problèmes méthodologiques et de difficultés à définir un groupe contrôlé », précise le Pr Perrot. Reste que les séances d'acupuncture, d'ostéopathie, d'hypnose, de méditation et même de yoga peuvent trouver leur place dans un centre de traitement de la douleur en étant conduites par des professionnels de la santé, avec des effets optimaux lorsqu'elles sont associées à la prise d'antalgiques. Ce qui n'est pas le cas d'une kyrielle d'autres pratiques farfelues sur lesquelles Serge Perrot se montre très critique, tout en confiant préférer, et de loin, qu'un patient y ait recours et l'en informe, plutôt que de ne rien savoir.

BON À SAVOIR

- Plusieurs dispositifs médicaux ont apporté la preuve de leur efficacité dans la prise en charge de la douleur, comme la stimulation électrique, transcutanée, où les électrodes sont collées sur la peau, ou la stimulation électrique médullaire, où elles sont implantées autour de la moelle épinière.
- Partout en France, il existe des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique où l'on peut bénéficier de consultations, voire d'une hospitalisation (on trouve leur liste ici : Sfetd-douleur.org/structures-specialisees/)
- Une expérience récente, menée par une équipe Inserm du centre de recherches en neurosciences de Jyon, a montré que la seule empathie d'un soignant pour son patient peut diminuer la douleur ressentie par celui-ci de 12 %, ce qui en IRM se traduit par une modulation de l'activité de réseaux cérébraux de haut niveau.

LA LETTRE DU NEUROLOGUE **JANVIER/FÉVRIER 2022**





Syndrome douloureux chronique des neuropathies des petites fibres: prise en charge thérapeutique

Small fiber neuropathy: management of painful symptoms

es neuropathies des petites fibres (NPF) représentent une entité récemment décrite, notamment dans des tableaux cliniques rencontrés en médecine interne et en rhumatologie. Ces neuropathies concernent des atteintes préférentielles des fibres de petit calibre A-delta et C qui véhiculent les influx thermiques, douloureux et autonomes [1]. Les causes des NPF sont multiples (tableau) et on assiste à une augmentation du nombre de cas dont le diagnostic est posé sur la clinique, avec des preuves

Tableau. Principales causes des NPF à connaître dans la prise

Causes héréditaires

Amylose familiale

Neuropathie héréditaire sensitive et autonome Maladie de Tangier (maladie du métabolisme Maladie de Fabry (maladie du métabolisme

des lipopolysaccharides)

Toxiques et métaboliques

Diabète et intolérance au glucose

Médicaments neurotoxiques (métronidazole, thalidomide, antirétroviraux, chimiothérapie anticancéreuse Hyperlipidémie

Maladies auto-immunes et systémiques Amylose systémique

Neuropathie associée à une gammapathie monoclonale (neuropathie paraprotéique Syndrome de Gougerot-Siögren, lupus systémique Vascularite systémique

Sarcoïdose

Maladie cœliaque

Maladies infectieuses: infection par le VIH

Neuropathie paranéoplasique

qui sont parfois faibles, voire discordantes. On assiste aussi à une surenchère thérapeutique, qui va jusqu'aux traitements immunomodulateurs et corticoïdes dont les niveaux de preuve sont encore faibles. Il est donc important de ne pas poser le diagnostic par excès, et également de chercher une maladie sous-jacente, qu'il faudra prendre en charge à part entière. C'est une véritable approche diagnostique et étiologique, qui permet de développer une prise en charge thérapeutique pertinente.

Diagnostiquer, c'est traiter

Établir le diagnostic et reconnaître la maladie est le premier temps du traitement

Le diagnostic de NPF [2] est complexe. Il nécessite une connaissance de la maladie et des examens diagnostiques, qui permettent d'affirmer la présence de cette maladie encore peu connue. Nous ne détaillerons pas ici les examens diagnostiques. qui font l'objet d'un article à part. Citons toutefois les examens importants pour le diagnostic : Sudoscan® et potentiels évoqués laser (PEL) pour le dépistage, biopsie cutanée avec analyse histopathologique pour le diagnostic. Rappelons que l'électroneuromyogramme (ENMG) est normal, qu'il n'est pas utile dans ce contexte, car il évalue l'activité des grosses fibres myélinisées, non celle des petites fibres.

C'est souvent après un délai important - un retard diagnostique -, que le diagnostic sera posé en médecine interne, en rhumatologie ou en centre de la douleur. Certaines situations, comme le syndrome de Gougerot-Sjögren (SGS), sont souvent associées à des NPF et orientent le diagnostic plus fréquemment.

Mots-clés

Points forts+



- » Small fiber neuropathy
- pathology does not neces

Keywords

La NPF pure (sans atteinte des fibres de gros calibre) pourrait toucher 3 à 9 % des patients ayant un SGS et pourrait représenter 25 à 55 % des neuropathies associées au SGS [3]. Dans le diabète [4], l'alcoolisme, ou au cours des chimiothéranies, la reconnaissance des NPF est souvent tardive, voire méconnue

Dépister une éventuelle maladie sous-jacente

Il est important de rechercher une maladie évolutive sous-jacente, dont la prise en charge permet parfois de limiter la progression de la NPF. Malgré tout, il n'existe pas de parallélisme entre la NPF et l'activité d'une éventuelle maladie sous-jacente : ainsi, l'équilibre du diabète ne permet pas seul la stabilisation de la NPF.

Traitement des neuropathies des petites fibres

Il faut distinguer le traitement de la cause (impliquant des stratégies de traitement immunosuppresseur ou immunomodulateur) du traitement symptomatique de la douleur neuropathique.

Traitement de la pathologie sous-jacente

Le traitement de toute étiologie causale sousjacente d'une NPF est indispensable, si elle est connue et possible. Cela permet de limiter l'extension de la maladie et pourrait agir aussi sur les douleurs. Malgré tout, on sait que lorsque les douleurs liées à la neuropathie diabétique se sont installées. l'équilibration du diabète ne permettra pas forcément la régression des douleurs.

NPF au cours du syndrome de Gougerot-Sjögren

Des cas d'amélioration importante de neuropathies au cours du SGS ont été rapportés avec les immunoglobulines polyvalentes [5], mais les études sont essentiellement observationnelles, non contrôlées

Des études portant sur le rituximab (375 mg/m² par semaine, pendant 4 semaines consécutives) n'ont pas montré d'efficacité, ni celles portant sur les corticoïdes à forte dose [6].

NPF du diabète

Les NPF sont plus fréquentes dans les diabètes mal équilibrés [7] et se présentent comme une polyneuropathie distale symétrique à prédominance sensitive L'équilibre du diabète est bien sûr important, mais il n'est pas démontré qu'un retour à un bon contrôle glycémique permette de faire régresser les lésions. En pratique, l'équilibre glycémique peut permettre de stabiliser la perte de sensibilité, surtout dans le diabète de type 1, mais ne la fait pas régresser complètement. L'effet du rééquilibrage glycémique est beaucoup moins clair dans le diabète de type 2. Une étude récente sur un modèle animal suggère malgré tout qu'un traitement par insuline à forte dose permet de faire régresser les lésions des petites fibres. Cela demande à être confirmé par des études cliniques [8].

NPF liée à l'alcool

L'alcool est une cause classique de neuropathie. Les douleurs liées à une NPF dans l'intoxication à l'alcool sont surtout retrouvées lorsqu'il n'y a pas de déficit en thiamine (vitamine B1) [9]. Dans ce contexte, la supplémentation en thiamine ne semble pas efficace sur la NPF douloureuse, au contraire des neuropathies à grosses fibres.

Prise en charge non spécifique des douleurs neuropathiques des NPF

De nombreux cas de NPF restent idiopathiques et justifient une prise en charge à part entière des douleurs. Il y a peu d'études portant sur la NPF, et la plupart des preuves de traitement sont issues des études portant sur les autres douleurs neuropathiques. Chez les patients atteints de NPF idiopathique, la prise en charge antalgique va se construire en fonction du contexte du patient, des recommandations, mais aussi de la tolérance et des objectifs fixés avec le patient. Il existe un nombre important de recommandations pour le traitement des douleurs neuropathiques celles des sociétés savantes françaises (SFETD/APNET)



L'INFIRMIÈRE **FÉVRIER 2022**

L'INFIRMIÈRE

[Douleur • Échelles • Évaluation • Prévention • Rôle propre]

L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR: DÉMARCHE ET OUTILS

Sylvie Gervaise, cadre supérieure de santé, et Pascale Wanquet-Thibault, cadre supérieure de santé, consultante et formatrice, autrices de l'ouvrage Fiches techniques de soins infirmiers*

L'évaluation de la douleur est une priorité fondamentale de la démarche interdisciplinaire et infirmière: elle constitue l'étape-clé de la prévention et de la prise en charge de la douleur du patient. C'est un soin à part entière qui fait partie du rôle propre infirmier.

DÉFINITION

* Extrait de l'ouvrage Fiches techniques de

soins infirmiers. De la

2021, 672 pages.

éalisation à l'évaluation

- · L'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP, International Association for the Study of Pain) définit la douleur comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire potentielle ou réelle, ou décrite en les termes d'une telle lésion ». La douleur est un phénomène subjectif, propre à chaque individu, et vécue dans une dimension sensorielle, émotionnelle et comportementale.
- · La démarche d'évaluation initiale et continue consiste à utiliser des critères précis, connus de tous les partenaires (patient, entourage, professionnels de santé) et reproductibles par l'ensemble des soignants. Elle doit répondre aux questions suivantes afin de déterminer la stratégie thérapeutique:
- quel est le type de douleur? - quel en est le mécanisme générateur ?
- quelle en est l'intensité ?
- quelle(s) localisation(s)?
- à quel moment survient-elle ?
- est-elle permanente, intermittente?
- Pour s'aider, on peut retenir l'acronyme Tilt pour

type, intensité, localisation et temporalité.

PRINCIPES

La démarche d'évaluation commence dès l'accueil du patient par :

- le recueil de données : écoute du patient, observation de son comportement, mesure de l'intensité de la douleur (interrogatoire, échelle visuelle analogique ou autres échelles d'évaluation...) et des symptômes associés:

- la mise en commun des informations recueillies par les membres de l'équipe interdisciplinaire pour décider des objectifs thérapeutiques ;
- la mise en œuvre des thérapeutiques associée à une réévaluation/surveillance continue de leurs effets secondaires:
- la recherche de la collaboration active du patient et de son entourage pour favoriser le retour à l'autonomie et la réinsertion rapide dans le milieu familial et socioprofessionnel.

OBJECTIFS

- · Identifier et préciser la douleur du patient (qualité, intensité, modalités, etc.).
- · Avoir un langage commun au sein de l'équipe pour rechercher, transmettre et analyser l'information relative à la douleur.
- · Fixer les objectifs de soins réalisables, mesurables et réajustables.
- · Améliorer la qualité et l'efficacité de la prise en charge initiale et continue
- · Répondre au plus près de l'étiologie, parfois complexe, de la douleur.
- · Favoriser le retour à l'autonomie de la personne dans la mesure du possible.

LES OUTILS D'ÉVALUATION

Les soignants ont à leur disposition trois types d'outil de mesure leur permettant de quantifier et de qualifier la douleur du patient en fonction du degré d'autonomie et de participation de ce dernier. Pour cela, il est recommandé d'employer des outils d'évaluation validés. Leur utilisation se fait au cours de l'entretien avec le malade. Cet entretien d'évaluation consiste à rechercher, chez la personne douloureuse:



- depuis quand existe la douleur (circonstances d'apparition)
- sa ou ses localisations :
- ses causes initiales, d'après le patient;
- son évolution ;
- si elle a déjà été traitée et si oui, quel en a été le résultat :
- la fréquence actuelle, la durée moyenne des crises. l'horaire :
- son intensité (échelle visuelle analogique, échelle numérique) minimale/maximale;
- ce qui la soulage, l'augmente (positions, mouvements, traitements...);
- son retentissement sur la vie quotidienne (familiale, professionnelle);
- le ressenti du patient;
- les symptômes douloureux ou d'inconfort associés (troubles du sommeil, perte d'appétit...);
- le niveau acceptable de « douleur » qui deviendra l'objectif de la prise en charge.

L'AUTOÉVALUATION ET SES OUTILS

Deux grandes catégories d'échelle validées sont utilisées pour une autoévaluation de la douleur.

Échelles unidimensionnelles

Les échelles unidimensionnelles évaluent une seule dimension de la douleur : l'intensité. À partir des outils proposés au patient, celui-ci, en fonction de son âge et de sa compréhension, cote lui-même sa douleur. Quatre échelles sont disponibles.

· Échelle visuelle analogique (EVA). À l'aide d'une réglette, le patient place un repère (trait ou curseur) sur le niveau qui correspond à l'intensité de sa douleur sur le moment. Les chiffres situés au

CLASSIFICATION DES DOULEURS

PAR TYPE

- Douleur aiguë: douleur par excès de nociception, liée à une atteinte organique, de courte durée, d'intensité variable. Elle répond en général bien aux traitements antalgiques.
- · Douleur chronique: douleur qui persiste au-delà de trois mois et ne répond pas aux traitements habituellement disponibles pour la soulager. Elle altère la qualité de vie du patient.
- Douleur neuropathique: douleur associée à une lésion ou une maladie affectant le système somato-sensoriel. Elle est liée à une lésion d'origine traumatique, infectieuse, tumorale. médicamenteuse d'un ou plusieurs éléments du système nerveux (nerfs, moelle épinière, centres supérieurs, synapse, etc.).
- · Douleur idiopathique: douleur persistante en l'absence de cause organique identifiable. Le mécanisme physiopathologique n'est à l'heure actuelle pas connu.
- Douleur liée à un trouble somatoforme : douleur qui ne correspond à aucune atteinte organique mais qui repose sur des éléments de psychopathologie confirmés. Elle peut être reliée à des symptômes comme l'hystérie, l'hypocondrie ou encore la dépression. Elle fait l'objet d'une classification dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* et de réponses thérapeutiques spécifiques et adaptées.
- Douleurs mixtes: «situation complexe» dans laquelle, à des niveaux divers, le patient souffre de manière concomitante de plusieurs types de douleurs aiguës, chroniques, prolongées, neuropathiques ou provoquées par les soins.

PAR ORIGINE

- Douleur inflammatoire: lors d'une lésion tissulaire ou d'une stimulation nociceptive, l'organisme produit un ensemble de réactions qui entraîne la sécrétion de substances chimiques provoquant une réaction inflammatoire qui génère des douleurs à différents niveaux.
- Douleurs postopératoires: douleurs qui font suite à une intervention chirurgicale. Elles sont, dans les premiers jours qui suivent, liées essentiellement à la réaction inflammatoire des tissus à la suite de l'intervention. Ce sont, à cette étape. des douleurs aiguës pour lesquelles les traitements antalgiques habituels sont le plus souvent efficaces. Elles disparaissent en règle générale en 48-72 heures.
- Douleurs provoquées, induites par les soins, jatrogènes: elles constituent l'ensemble des douleurs liées aux interventions des professionnels de santé. Elles concernent les actes invasifs à visée diagnostique ou thérapeutique (pigûre, sondage, pansements, etc.), les manipulations et les soins de confort (toilette, habillage, mise au fauteuil) ainsi que les actes de rééducation, en particulier lors de la kinésithérapie. Dans tous les cas, il est important d'identifier le type de douleur

car de cela dépend la proposition d'un traitement adapté.

* American Psychiatric Association, DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 2º édition, éditions Masson, 2004.

L'INFIRMIÈRE

Droits des patients

e soulagement de la douleur est reconnu comme un droit fondamental par la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 (loi nº 2002-303). Selon l'article L 1110-5 du Code de la santé publique, «toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée ». En 2016, dans le cadre de l'évolution de la loi sur les droits des malades en fin de vie (loi dite Leonetti-Claeys), cet article évolue en ces termes: « Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité et le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de traitements et de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté. [...] Toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté.» L'amélioration de la prise en charge de la douleur des personnes malades est un axe prioritaire de la politique de santé comme indicateur de la qualité des soins puisqu'elle est identifiée comme une pratique exigible prioritaire (PEP 12) dans le cadre de la certification des établissements de santé dans la version 2014 Elle fait désormais partie des mesures susceptibles d'être tirées au sort lors de l'évaluation de l'établissement. Les experts évaluent la politique de la structure de soins à l'égard de la prise en charge de la douleur.

Savoir 0

LE RAISONNEMEI CLINIQUE IDE

- La mise en œuvre du raisonnement clinique infirmier se fait selon les étapes suivantes: - identifier le type de douleur:
- évaluer la ou les douleurs du patient sur les plans quantitatif et qualitatif;
 mettre en œuvre les traitements non médicamenteux et
- médicamenteux; - réévaluer l'efficacité des
- traitements; - transcrire l'ensemble de la démarche de prise en charge

dos de la réglette renseignent le professionnel de santé sur le niveau de douleur⁽ⁱ⁾.

- Échelle numérique (EN). Il est demandé au patient de situer l'intensité de la douleur en indiquant un chiffre situé entre 0 à 10 (o ne représentant aucune douleur, 10 correspondant à une douleur maximale, extrémement intense)^(c,2). Avec un patient aphasique lucide, il est possible d'utiliser doigts de la main.
- L'échelle verbale simple (EVS). Il est demandé au patient de caractériser en un mot sa douleur en lui posant la question « Oguel est le niveau de votre douleur au moment présent ? » : faible, modérée, intense, extrêmement intense. L'échelle verbale simple permet un mode d'évaluation accessible, en particulier chez les personnes en capacité de donner leur avis, mais à condition de simplifier les mots utilisés pour le codage :
- pas de douleur = o;
- douleur faible = 1;
- douleur modérée = 2;
- douleur intense = 3;
- douleur extrêmement intense = 4.

Cette échelle verbale simple est tout à fait adaptée à l'autoévaluation pour les personnes âgées⁽ⁱ⁾.

 Échelle des visages. Cet outil, qui présente six visages, est utilisée chez l'enfant âgé de 4 à 10 ans. L'évaluateur demande au jeune patient de lui indiquer le visage qui correspond le plus à sa douleur sur le moment⁽⁰⁾.

Échelles multidimensionnelles

Ces différentes échelles permettent d'analyser plusieurs aspects de la douleur.

- Échelle verbale qualitative d'évaluation de la douleur, aussi appelée questionnaire douleur Saint-Antoine (QDSA)[®]. Elle permet d'apprécier qualitativement l'intensité de la douleur en utilisant le « vocabulaire » de la douleur, ainsi que la tonalité émotionnelle et psychologique de celle-ci. Cet outil n'est pas à utiliser de façon systématique et répétée. Il est adapté pour un suivi de la douleur chronique et l'évaluation de l'action des traitements antalgiques en place, à long terme.
- Schéma de la silhouette^(t, d). Avec cet outil, il s'agit d'élaborer une topographie de la douleur: le patient hachure les zones qui sont douloureuses et utilise des couleurs différentes en fonction de l'intensité.
- Le DN4. Indiqué pour la douleur neuropathique, il se décompose en deux temps, l'interrogatoire puis l'examen du patient:
- le score est calculé en comptant 1 point par réponse « oui » et 0 point par réponse « non » ;
 un total supérieur à 4 indique qu'il y a une composante neuropathique à la douleur.

L'HÉTÉROÉVALUATION ET SES OUTILS L'évaluation à l'aide de grilles d'observation est

L'évaluation à l'aide de grilles d'observation est réalisée par une tierce personne (soignant ou proche, parfois), voire, pour certains outils, par au moins deux personnes.

Chez l'enfant

Il existe de nombreux outils adaptés à l'âge et à la situation (voir le tableau page ci-contre).

Chez la personne âgée non communicante Trois outils sont validés chez la personne âgée de

plus de 65 ans.

• Algoplus[®]: échelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée ayant des troubles de la communication verbale.

 Doloplus 2⁽ⁱ⁾: évaluation comportementale de la douleur de la personne âgée qui présente

TABLEAU • Hétéroévaluation

NFCS simplifiée (neonatal facial coding system)	Douleur aiguë	0-18 mois
DAN (douleur aiguë du nouveau-né)	Douleur aiguë	Prématuré- 3 mois
EDIN (échelle de douleur et d'inconfort du nouveau-né)	Douleur et inconfort permanent	0-3 mois
Amiel Tison inversée	Douleur postopératoire	1-7 mois
CHEOPS (children's hospital of Eastern Ontario pain scale)	Douleur postopératoire, salle de réveil	1-6 ans
FLACC (face, legs, activity, cry, consolability)	Douleur postopératoire ou liée aux soins	4-18 ans
EVENDOL (évaluation enfant douleur)	Douleur algue aux urgences	0-6 ans
OPS (objective pain scale)	Douleur postopératoire	6 mois-13 an
DEGR (douleur enfant Gustave Roussy)	Douleur prolongée chez l'enfant atteint de cancer	2-6 ans
HEDEN (hétéroévaluation douleur enfant)	Douleur prolongée chez l'enfant atteint de cancer	2-6 ans
ÉCHELLE	POUR ENFANTS HANDICAPÉS	
DESS (douleur enfant San Salvadour)	Douleur chez l'enfant polyhandicapé	
GED-DI (grille d'évaluation de la douleur/ déficience intellectuelle)	Douleur postopératoire et douleur de base chez l'enfant polyhandicapé (deux versions)	

des difficultés d'expression, des troubles de la mémoire ou des troubles cognitifs, et qui s'articule autour de trois axes:

- le retentissement somatique ;
- le retentissement psychomoteur durant les activités de la vie courante;
- le retentissement psychosocial.
- ECPA (évaluation comportementale de la douleur de la personne âgée)⁽ⁱ⁾: échelle d'évaluation de la douleur avant et pendant les soins.

Chez la personne présentant un handicap

- DESS (douleur enfant San Salvadour)⁽⁰⁾ pour l'évaluation de la douleur chez l'enfant et l'adulte porteurs de polyhandicap.
- GED-DI (grille d'évaluation de la douleur déficience intellectuelle)⁸⁰ pour évaluer la douleur chez le patient dès 3 ans jusqu'à l'âge adulte, ne pouvant pas communiquer verbalement, et se trouvant donc dans l'incapacité de s'autoévaluer, en relation avec un handicap cognitif, essentiellement dans le cadre du polyhandicap.
- FLACC (face, legs, activity, cry, consolability)⁽³⁾ pour l'évaluation de la douleur aiguë postopératoire ou provoquée par les soins, chez l'enfant polyhandicapé de la naissance jusqu'à 18 ans.
 EDAAP (évaluation de l'expression de la douleur
- chez l'adolescent ou l'adulte polyhandicapé) (8).

En réanimation

L'échelle comportementale de douleur BPS (behavioral pain scale) est utilisée en service de réanimation pour le patient adulte sédaté et ventilé.

Chez le patient présentant des troubles psychiatriques

- Lorsque le patient est capable de s'exprimer et souffre par exemple de dépression, utiliser préférentiellement les outils d'autoévaluation.
- Lorsque le patient souffre de troubles psychotiques, privilégier l'EVS, l'échelle des visages ou l'hétéroévaluation.
- En cas d'impossibilité totale d'évaluer la douleur, privilégier le test thérapeutique: noter les éléments qui font penser que le patient est douloureux, mettre un traitement en place et réévaluer les mêmes éléments. S'ils ont disparu, il s'agissait certainement de signes de douleur.
- Chez les enfants présentant des troubles de la sphère autistique, un outil d'évaluation est en cours de validation.

TRANSMISSION ET TRACABILITE

La traçabilité des actes de prévention et de prise en charge de la douleur doit être permanente et effective par tous les professionnels de santé qui sont impliqués dans le parcours du patient. Elle vise à transmettre des informations pertinentes à tous les acteurs de la prise en charge et à mener une évaluation fiable avec le patient.

L'ensemble des écrits (recueil de données, dépistage et évaluation de la douleur, entretien d'évaluation, etc.) est regroupé dans le dossier de soins infirmiers ou sur un support spécifique intégré dans le dossier du patient.

RÉFÉRENCES

Notes 1. Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD), « Outils d'autoévaluation ». En ligne sur : bit.ly/3GpKab9

- 2. Hôpitaux universitaires Genève, « Échelle numérique », avril 2016. En ligne sur : bit.ly/3GFDZzT
- Questionnaire douleur Saint-Antoine. En ligne sur: bit.ly/3zWWBc4
- SFETD, « Schéma corporel ». En ligne sur : bit.ly/3qkJTR4
- 5. Institut Upsa de la douleur, « Questionnaire DN4 ». En ligne sur : bit.ly/3fjCGdw 6. Pédiatol, « Échelle GED-DI ». En ligne
- 6. Pediatol, « Echelle GED-DI ». En ligne sur : bit.ly/33vd5Mm 7. Pédiatol, « Échelle FLACC ». En ligne sur : bit.ly/3FijpUp
- 8. Coordination mutualisée de proximité pour l'appui et le soutien, « Echelle EDAAP ». En ligne sur : bit.ly/3flBExQ

Autres sources

- Article R 4311-5 du décret n° 2004-11-28 du 29 juillet 2004 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier
 Site du Centre national
- contre la douleur (CNRD) : www.cnrd.fr Site de la Haute
- Autorité de santé : www.has-sante.fr

 Institut Upsa de la douleur (IUD), publications disponibles
- sur : bit.ly/3Gr8g5e

 Site de la Société
 française d'étude
 et de traitement de la
 douleur (SFETD) :
 www.sfetd-douleur.org
- Ministère des Solidarités et de la Santé, Parcours de santé, vos droits « Fiche 17: la prise en charge de la douleur », mis à jour le 5 mars 2019. En ligne sur: bit.ly/3fn/8Uq

LIBÉRATION.FR JANVIER / FÉVRIER





LE GÉNÉRALISTE

30/05







La neurostimulation sous-exploitée?

Contrairement à l'image qu'elle véhicule encore, la neurostimulation n'est plus toujours la solution de la dernière chance. Pour la douleur neuropathique résistante, la dépression ou les céphalées réfractaires aux thérapeutiques médicamenteuses, la recherche progresse, la palette technologique de stimulations neuronales s'étoffe, se démocratise et peut améliorer la qualité de vie de nombreux patients. À condition qu'ils soient adressés et puissent accéder aux structures spécialisées.

Dossier réalisé par Hélène Joubert

ien que certaines existent depuis plusieurs décennies, les techniques de neurostimulation – qu'elles soient invasives ou non, périphé-

riques ou centrales, ou encore électriques ou magnétiques – se sont multipliées ces dernières années, avec une accélération de l'innovation technologique, associée à la miniaturisation des dispositifs.

Douleur, maladies neurologiques, dépression mais aussi incontinences ou encore troubles digestifs: la diversification des méthodes a permis au fil du temps un élargissement des indications potentielles. Alors que les études sont de plus en plus souvent de bonne qualité, que les patients - bien sélectionnés et particulièrement sévères - reconnaissent pour une grande partie un soulagement qu'ils n'espéraient plus, ce type de traitement non pharmacologique figure de plus en plus souvent en bonne place dans les recommandations nationales et internationales. Par exemple, depuis 2020, la stimulation électrique transcutanée (TENS) fait partie des traitements préconisés en première ligne par les recommandations françaises dans les douleurs neuropathiques périphériques localisées (voir p. 13).

Pour autant, la neurostimulation traîne encore une image de technique expérimentale, au caractère invasif, d'efficacité modeste voire nulle ou encore de solution de dernier recours. Avec, à la clé, un risque potentiel de perte de chance pour certains patients.

De manière générale, la prescription de la neurostimulation est réservée aux centres experts (centres d'évaluation et de traitement de la douleur ou CETD, services de psychiatrie et de neurologie spécialisés...) et à différents spécialistes. Mais dans certains cas, la question d'une éventuelle indication devrait être soulevée par tous.

Un déficit d'image

Le propos vaut notamment pour la neuromodulation médullaire. Comme l'a rappelé la Société française d'étude et traitement de la douleur (SFETD) en amont de son dernier congrès annuel, cette technique de neurostimulation implantée (voir p. 15) « est indiquée pour les douleurs neuropathiques chroniques réfractaires aux thérapeutiques conventionnelles, principalement les lomboradiculalgies post-opératoires ».

UNE SOLUTION CONTRE LA DÉPRESSION?

Afin de s'attaquer aux dépressions résistantes, plusieurs techniques de stimulation neuronale non invasives sont sur les rangs, à commencer par la stimulation magnétique transcrânienne (TMS), proposée en cas d'échec à deux lignes de traitement par antidépresseurs. La méthode consiste à appliquer des impulsions magnétiques brèves sur le cerveau, par l'intermédiaire d'une bobine placée à la surface de la tête. Parmi les personnes traitées, 40% voient leurs symptômes disparaître après la cure et 10 à 15% supplémentaires constatent une amélioration de leur état. Cependant, l'effet est souvent temporaire et disparaîtrait au bout de six mois chez un patient sur deux. Autre technique non invasive, l'électroconvulsivothérapie (ECT) ou électrochocs «a encore sa place dans la dépression après échec de deux lignes de traitement mais également dans des maladies dépressives plus sévères (risque suicidaire grave, altération de l'état général) du fait d'un effet rapide qui n'est pas observé avec la TMS», fait remarquer le Pr Philippe Fossati. Enfin, la stimulation du nerf vague (VNS) a aussi montré une poten**PORPHYRE**

JUIN 2022

porphyre



L'expérimentation du cannabis médical devient possible chez certains patients sous chimiothérapie. Les interactions médicamenteuses avec le cannabidiol requièrent des précautions pour prescrire ce produit à l'efficacité modeste. Le point sur cette expérience qui pourrait être généralisée en 2023.

Enquête: Christine Julien et Thierry Pennable - Photos: Emmac Life Sciences et iStock

L'oncologie ouvre les portes au cannabis médical

Antoine Boden, médede l'IUCT-Oncopole de Toulouse (31). hors traitement de chimiothérapie certaines conditions (voir p.23).

ous avons commencé en cours, en prévention d'évenon, nous n'avons pas tuelles interactions. La réaction des oncologues à cette exclusion des erait que les patients patients traités a conduit l'Agence avec leur douleur », nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), aux cin algologue(1) et chef adjoint du commandes de l'expérimentation, à département des soins de support vérifier et rechercher les interactions médicamenteuses. Elle a sollicité le Le 26 mars 2021, Olivier Véran, alors Groupe de pharmacologie clinique ministre des Solidarités et de la Santé, oncologique (GPCO) d'Unicancer. lançait l'expérimentation du cannabis Les experts ont remis en décembre médical dans cinq indications (voir 2021 leur rapport, qui a été publié encadré à gauche), dont « certains en avril 2022. Désormais, les patients symptômes rebelles en oncologie liés sous chimiothérapie peuvent aussi au cancer ou aux anticancéreux », bénéficier du cannabis médical sous

1. Au début de l'expérimentation

■ Non-inclusion des patients sous chimio en mars 2021

Douleur, fatigue, nausées et vomisse ments, troubles du sommeil, inquiétude, perte d'appétit et tristesse sont les symptômes visés par les médicaments à base de cannabis en cancérologie dans l'expérimenbénéficier des huiles orales ou des doivent pas être sous chimiothérapie! «Nous pouvions essentiellemais pas durant les cures», précise le Pr Nicolas Authier, psychiatre, chef du service de pharmacologie médicale et du Centre d'évaluaau CHU de Clermont-Ferrand (63) « cannabis médical » de l'ANSM. La raison de ces restrictions est «le signalement d'interactions médicamenteuses avec le cannabis médical qui diminuaient les concentrations de certains anticancéreux, explique Nathalie Richard, directrice du Des inclusions a minima, projet cannabis médical à l'ANSM. C'est pour cela que, par prudence, nous avons établi des critères assez restrictifs au début. » Outre ces précautions, c'était aussi en raison « de l'absence de données », analyse le Dr Maryse Lapeyre-Mestre, médecin pharmacologue, directrice du centre Midi-Pyrénées d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance et d'addictovigilance (CEIP-A) à Toulouse (31).

Quelles interactions entre le cannabis et les traitements oncologiques?

De septembre à décembre 2018, le groupe de travail de l'ANSM a analysé la bibliographie scientifique et auditionné experts médicaux et associations de patients afin de tation initiée en mars 2021. Pour se proponcer sur la pertinence de l'usage du cannabis thérapeutique. fleurs à vaporiser(2), les patients ne « Des éléments dans la littérature scientifique tendaient à montrer des interactions possibles, notamment ment traiter les patients en post-cure, entre le cannabis médical, dont le cannabidiol (CBD) plus particulièrement, sur le métabolisme de certains médicaments d'oncologie », pointe le Pr Nicolas Authier. « Par précaution, tion et de traitement de la douleur l'ANSM contre-indiquait l'expérimentation aux patients traités, notamet président du Comité de suivi ment par tamoxifène, à cause du cas rapporté d'une femme qui avait eu une diminution de concentration plasmatique en tamoxifène après avoir été traitée par du cannabidiol », relate le Dr Marvse Lapevre-Mestre.

au cas par cas

Malgré les restrictions initiales, le cannabis est prescrit en oncologie. Pour le Dr Boden, médecin algologue. le département des soins de support de l'IUCT-Oncopole doit être « un centre expérimentateur du cannabis médical, qui n'est pas un bouleversement mais un traitement supplémentaire dans l'arsenal thérapeutique, malgré une littérature contrastée ». Douleurs neuropathiques chimio-in-



duites, post-chirurgicales ou post-radiques et douleurs nociceptives mécaniques fonctionnelles persistantes, « tous stades confondus, un patient sur deux présente des douleurs en oncologie »

L'algologue s'inscrit à la formation en ligne obligatoire pour prescrire et découvre les critères d'inclusion des patients. «Je constate que le cannabis médical ne peut être prescrit pendant la période de chimiothérapie, sans plus de précisions. Il est fait mention d'interactions médicamenteuses qui ne sont pas listées ». Le praticien se demande alors dans quelles conditions le prescrire et s'il est possible d'identifier ces interactions. «Je me suis tourné vers mes deux collègues pharmaciennes impliquées dans l'expérimentation. Il nous est apparu raisonnable de le prescrire et de le délivrer à des patients recevant un traitement oncologique non métabolisé par les cytochromes, les risques d'interactions étant liés à cette voie de métabolisation (voir encadré p.23). Nous avons évalué ce risque d'interaction avant chaque inclusion et j'ai adapté

) Étude en cours

Chiffres au 12 mai selon l'ANSM

1101 patients sont encore suivis sur les 1612 patients inclus depuis le début de l'expérimentation, dont 71 en oncologie et 77 en situation palliative. 200 personnes sont sous vaporisateur et fleurs séchées.
Nombre de structures de référence engagées: 287. Notinite de stretches de retende dispegas 201. 60% des patients ont désigné un pharmacien. Pharmacies formées: 323 officines et 137 PUI, soit plus de 500 pharmaciens.

Pour info, la conduite automobile est interdite sous cannabis médical



Cannabis et cytochromes Le delta-9 tétrahydrocannabinol (THC) et le cannabidiol (CBD) sont les principaux cannabinoïdes responsables des effets recherchés du cannabis médical, qui se présente sous la forme d'huiles à ingérer et de fleurs à vaporiser et sous différents ratios de concentration (THC dominant, CBD dominant, équilibré THC/CBD). Comme la France ne fabrique pas encore de médicaments à base de cannabis, l'ANSM a sélectionné des binômes fabricants étrangers-distributeurs français. Les cytochromes P450 (CYP) sont des enzymes ou isoenzymes intervenant dans le métabolisme de substrats. Ils se répartissent en familles (CYP 1-2-3) et sous-familles (CYP1A, 2C, 2D, 3A). Environ la moitié des médicaments métabolisés le sont via le CYP3A4 Les interactions médicamenteuses au niveau des CYP 450 résultent de l'administration concomitante de deux substrats métabolisés par une même voie métabolique. Un inducteur peut augmenter l'activité d'un CYP, un inhibiteur, la diminuer.

■ De l'in vitro à l'in vivo Après avoir analysé les concen

trations de CBD qui inhibent les cytochromes in vitro, les pharmacologues observent si ces concentrations sont retrouvées chez les patients. Le hic est que le CBD existe sous forme circulante et sous forme liée dans l'organisme, ce qui n'est pas pris en compte dans les études in vitro. «Il peut y avoir une différence importante entre la concentration inhibitrice in vitro, et celle retrouvée dans le plasma des patients, souvent plus faible » Autres difficultés les métabolites du THC et du CBD qui peuvent aussi avoir des activités inhibitrices, et la grande diversité - polymorphisme - génétique des cytochromes en population générale. Ainsi, le CYP 2D6 métabolise le tamoxifène en endoxifène qui est la forme active. « Dans une population prise au hasard, les concentrations d'endoxifène peuvent varier d'un facteur 5 entre les patientes en fonction du polymorphisme du CYP2D6» relève Fabienne Thomas, sans que cela soit pris en compte pour adapter les doses, par manque de preuves sur l'existence d'un lien entre concentration circulante et efficacité. «À ce jour, les données in vitro et cliniques - basées sur un cas! - ne sont pas en faveur d'une interaction forte. Il nous a donc semblé disproportionné de contre-indiquer formellement le cannabis médical, qui provoquera une modification de concentration probablement mineure au regard de la variabilité du CYP2D6 et d'autres facteurs impliqués(3) ».

Expertise rime avec surprise

Le GPCO a analysé les éventuelles conséquences cliniques. La prise concomitante de cannabis médical «n'aura probablement pas de conséquences majeures sur la réponse clinique des médicaments à très large marge théraneutique comme l'abiratérone » commente Fabienne Thomas. En revanche, le GPCO a émis une réserve pour les anti-aromatases dont la cible est le CYP 19

L'expérimentation du cannabis médical n'est pas un essai clinique mais...

Les Académies de médecine et de pharmacie regrettent⁽¹⁾ notamment que les produits de l'expérimentation cannabis médical aient été dispensés «d'un essai clinique randomisé, alors qu'on sait qu'il est le seul à même d'évaluer d'une façon satisfaisante la balance bénéfices/risques d'un candidat médicament, dans l'intérêt des patients ». Oui, mais cette expérimentation n'est pas un essai clinique, rappelle Nathalie Richard. «Le principe de l'expérimentation, prévu par la Constitution française, permet de tester en situation réelle une nouvelle politique de santé, sur une population ou une région limitée, explique la directrice du projet cannabis médical à l'ANSM. Nous partons du postulat tiré de notre évaluation de 2018 que le cannabis médical peut avoir un intérêt dans certaines situations cliniques et réfractaires, pour certains patients. »

Maryse Lapeyre-Mestre, médecin pharmacologue et directrice du CEIP-A à Toulouse, reconnaît que l'ANSM pilote cette expérimentation avec attention en essayant de respecter des règles, «alors que partout ailleurs dans le monde, le cannabis médical est utilisé comme une espèce de potion magique ». Malgré tout, elle insiste sur le niveau de preuves : « Aucune étude n'a montré un bénéfice du cannabis médical en oncologie. En dehors du champ de l'épilepsie et du CBD pur, les essais cliniques et les méta-analyses n'apportent pas de preuve clinique d'un intérêt thérapeutique. Et la plupart des évaluations sont faites contre placebo ». Et d'ajouter : «On juge sur l'expérience. On revient au XIX^e siècle. On évalue les bénéfices thérapeutiques sur "J'ai goûté, ça m'a fait du bien, donc..." » Pour elle, l'expérimentation du cannabis médical est « une demande sociétale ».

Le Pr Nicolas Authier, président du groupe de travail cannabis à l'ANSM, reconnaît aussi au'il faut faire des essais cliniques, mais là, «nous sommes dans une approche d'accès quasiment précoce, voire compassionnel, dans une situation de dernière intention. En médecine, il faut aussi soulager la souffrance, et trouver des solutions si possible de façon sécurisée pour les patients. C'est ce au'on est en train de faire. L'ANSM expérimente des conditions d'accès. Elle ne fait pas d'études scientifiques et n'a jamais eu la prétention de le faire ». Le Dr Boden, algologue, en est, lui, à vingt-cinq patients inclus, dont douze sont sortis de l'expérimentation, « soit parce qu'ils sont décédés, soit parce que le cannabis n'a pas fonctionné ou en raison d'effets indésirables ». Plutôt prescripteur de CBD, ou de THC chez les patients déjà utilisateurs, seuls ou associés aux autres antalgiques, le médecin conclut en relevant « de manière empirique depuis le début, un certain effet apaisant du cannabis médical et une amélioration de la qualité de vie du patient ».

(1) Communiqué du 14 mars 2022.

mes prescriptions ». Le médecin exclut néanmoins certains patients, « même si le cannabis médical pouvait être intéressant pour les douleurs hormosur les interactions no-induites et certaines chimios ou thérapies ciblées » Ainsi que le tamoxifène, compte tenu du risque d'interaction avec le cannabis dans En octobre 2021, l'ANSM le cannabis médical et les anticanle sens d'une diminution d'efficacité saisit des experts pour en

avec tout! souligne la pharmaco-

logue. Notre expertise nous a permis

se produisent ces inhibitions, et si

elles étaient pertinentes aux doses

vante capitale ». patients en essai clinique. « Il serait dommageable de mettre un patient sous cannabis au risque de le faire sortir de l'essai en raison d'une intecannabis médical plutôt comme un

traitement antalgique complémen-

taire dans la majorité des cas ».

de « cette hormonothérapie adju-

Le Dr Boden, membre de la Commission « Douleur cancer » de la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD) et du groupe douleur d'Unicancer, observe que ses collègues « spécialistes de la douleur ont exprimé leurs difficultés à inclure des patients du fait des restrictions de prescription ».

surtout savoir « quelle est la potentielle variation de la concentration du médicament que pouvait entraîner la prise concomitante de cannabis médical », explique Fabienne Thomas. Parmi les cannabinoïdes du cannabis, c'est le CBD qui est des études, vous avez l'impression le plus responsable d'interactions, pas le THC, « en agissant notamment et que vous aurez des interactions sur les cytochromes P450, qui sont les enzymes du métabolisme (voir encadré p.21). Il a été décrit in vitro d'évaluer à quelles concentrations un effet inhibiteur plus important sur certaines, notamment le CYP3A4». Le GPCO a essayé de statuer pour utilisées dans l'expérimentation ». Ces chacune des molécules antican- interactions éventuelles sont docu-

céreux ». Maryse Lapeyre-Mestre est savoir plus sur les interactions sollicitée « pour son expertise sur la « Il v avait une demande imporpharmacovigilance et les produits Prudence également avec les tante de certains cancérologues qui addictifs ». Un petit groupe de travail voulaient en savoir plus sur les intede pharmacologues est constitué ractions. C'est pour cela que l'ANSM «Sachant que l'ANSM avait déjà fait a sollicité le Groupe de pharmacolo- un gros travail de bibliographie sur gie clinique oncologique (GPCO)», les interactions médicamenteuses, raction. D'autant que je considère le rapporte Nathalie Richard. « Ce remarque Fabienne Thomas, nous réseau de pharmacologues hospita- avons donné notre accord à condiliers et de centres de lutte contre le tion de limiter le nombre de médicacancer mène des travaux collaboratifs ments au vu du court délai imparti et rédige des recommandations sur pour rendre le rapport [décembre les dosages et la pharmacogénétique 2021, NDLR]. Nous nous sommes des médicaments anticancéreux » alors attelés aux hormonothérapies explique Fabienne Thomas, pharma- du cancer du sein et de la prostate, cienne biologiste à l'IUCT-Oncopole et aux immunothérapies ».

de Toulouse (31), alors présidente du GPCO. « C'est à ce titre que l'ANSM Principal impliqué, le CBD

nous a demandé un avis sur le risque Le GPCO doit déterminer l'exisd'interactions médicamenteuses entre tence d'un risque d'interaction mais

travail bibliographique d'experts sur de l'Epidyolex, seul médicament à la littérature existante. Notre valeur base de CBD avec une AMM. indiqué ajoutée a peut-être été notre regard dans certaines épilepsies. critique sur les données in vitro, parce au'à la lecture des résultats que tous les cytochromes sont inhibés

céreuses. « Nous avons mené un mentées, notamment dans les RCP

«Des travaux ont montré que le CBD, et le THC dans une moindre mesure, poungient inhiber cette aromatase CYP 19. Si ça inhibe, cela agit dans le même sens que l'anti-aromatase. mais nous ignorons le résultat de la compétition entre le CBD et l'anti-aromatase par manaue de données ».

Autre surprise, l'immunothérapie. Ces anticorps monoclonaux ne posent pas trop de problèmes d'interaction car «ils sont dégradés par protéolyse, comme nos anticorps endogènes». Les interactions pharmacocinétiques avec le cannabis étaient peu probables. Pourtant, « deux études ont montré que les patients sous cannabis médical et immunothérapie avaient une survie moins bonne que ceux sous immunothérapie seule, suggérant un effet délétère du cannabis sur l'effet thérapeutique du médicament associé. Ces résultats sont à confirmer sur des cohortes plus importantes car il est possible que les patients sous cannabis aient eu des pathologies plus avancées, invasives, ce qui expliauerait cette différence d'efficacité. Néanmoins, ces études existent, donc il faut en tenir compte et informer les médecins de ce risque».

Hormonothérapie, immunothérapie et cannabis

Voici les recommandations simplifiées du GPCO sur les interactions du cannabis médical avec l'hormonothérapie et l'immunothérapie.

	Avec CBD	Avec THC
Horm	onothérapie dans le cancer du sein	
Tamoxifène (Nolvadex)	Association possible avec +/- dosage si disponible	Association possible
Anti-aromatases : anastrozole (Arimidex), exémestane (Aromasine)	Association à la discrétion de l'oncologue en fonction de l'objectif thérapeutique (adjuvant/palliatif) car diminution potentielle de l'effet de l'anticancéreux	Association possible
Anti-aromatase : létrozole (Femara)	Association possible avec surveillance des effets indésirables +/- dosage si disponible	Association possible
Horm En cas de doute, le dosage	onothérapie dans le cancer du sein plasmatique de l'anticancéreux est disponible dans deux	hôpitaux
Abiratérone (Zytiga), darolutamide (Nubeqa), cyprotérone (Androcur)	Association possible avec surveillance des effets indésirables +/- dosage si disponible	Association possible
Enzalutamide (Xtandi), apalutamide (Erleada), analogues Gn-Rh et dégarélix (Firmagon)	Association possible	Association possible
Immunot	hérapie (= inhibiteurs de checkpoints*)	
Nivolumab (Opdivo), ipilimumab (Yervoy), pembrolizumab (Keytruda), atézolizumab (Tectriq), durvalumab (Imfinzi), avelumab (Bavencio)	Association à la discrétion de l'oncologue en fonction d thérapeutique (adjuvant/palliatif) car diminution poten de l'anticancéreux	

(*) Ces médicaments sont ces anticorps monoclonaux appelés « inhibiteurs de checkpoints » parce qu'ils sont dirigés

3. Où en est-on aujourd'hui?

■ Un rapport utile malgré les limites

CBD et 40 mg pour le THC, « le risque disposition. ment en soins palliatifs ».

malgré la possibilité d'une interac- de sécurité, pour le tamoxifène par tion médicamenteuse ». En revanche, exemple, afin d'avoir une référence en Le travaux du Groupe de pharmaco- le médecin de l'IUCT-Oncopole ne cas d'inefficacité ultérieure ». Notamlogie clinique oncologique (GPCO) prendra pas le risque de prescrire ment pour des doses de CBD supéont permis de montrer qu'aux du cannabis médical avec l'immuconcentrations observées dans l'ex-nothérapie, ni avec le tamoxifène Quant à savoir comment tirer parti de périmentation, soit 120 mg pour le car il a d'autres molécules à sa ces résultats au comptoir, Fabienne

d'interactions est très faible. Ce sont «Ce rapport aide à ouvrir l'indication peut-être trop technique pour être des concentrations inférieures à celles du cannabis médical à des patients directement utilisé par les pharmadécrites comme pouvant provoquer en cours de traitement oncologique, ciens d'officine. C'est le travail de une interaction, souligne Fabienne avance Fabienne Thomas. Pour l'hor-Thomas. C'est aux oncologues de monothérapie du cancer de la pros-clair ». Il y aura un «webinaire spéciprendre la décision de prescrire du tate c'est plutôt positif Chez la femme, fique pour les pharmaciens dispensacannabis médical au regard de la c'est un peu plus compliqué, mais la teurs », annonce Nathalie Richard. Et situation de leurs patients, notam- perspective est d'utiliser seulement le qui sait, davantage de patients sous THC. C'est mieux que rien ».

«il y a des situations très avancées, rapport permet déjà de cadrer le Elle sera sans doute généralisée. chez des patients multitraités, où la contexte. Pour être cohérent, il faut, balance bénéfices/risques est en avant de débuter tout traitement par faveur du cannabis thérapeutique le cannabis, demander un dosage

Thomas précise que « ce rapport est chimio inclus d'ici à la fin de 2022. Le Dr Antoine Boden le reconnaît, Pour Maryse Lapevre-Mestre, « ce L'expérimentation s'achèvera en 2023.

(1) Médecin spécialiste de la douleur. (2) En juillet 2021. (3) L'interaction pourrait être plus importante pour des doses plus élevées de CBD.

FHPMCO.FR

29/08



DÉPÊCHE EXPERT N°695 – APPEL À CANDIDATURES DESTINÉ AU RENOUVELLEMENT DU DISPOSITIF DES STRUCTURES LABELLISÉES POUR LA PRISE EN CHARGE DE DOULEURS CHRONIQUES EN 2023

Publié le 29 août 2022 | dans <u>Divers lois et réglements</u>

Appel à candidatures destiné au renouvellement du dispositif des structures labellisées pour la prise en charge de douleurs chroniques en 2023

Envoi des dossiers de candidature aux structures concernées ;

Evaluation des dossiers reçus au regard des critères du cahier des charges national;

La date de clôture de la réception des dossiers de candidature peut être fixée au 31 octobre 2022 et le cas échéant, la constitution d'un jury de sélection pourra ensuite s'organiser sur une période de 2 mois (novembre à fin décembre 2022).

Une instruction récemment publiée invite les ARS à procéder à un appel à candidatures destiné à renouveler le dispositif de Structures Douleur Chronique (SDC) labellisées pour un nouveau mandat de 5 ans à compter de l'année 2023.

Pour être labellisées, les structures douleur chronique doivent répondre aux critères du cahier des charges national listés dans l'annexe 1 de ladite instruction ci-jointe.

Ce cahier des charges a été actualisé sur la base du précédent, dans le cadre d'un groupe de travail rassemblant des professionnels des structures douleur chronique et des référents douleur en agence régionale de santé (ARS), ainsi que des représentants de la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD).

Le dossier de candidature proposé sera communiqué aux structures candidates afin qu'elles le renseignent puis le retournent aux ARS en temps utile. Il est recommandé aux ARS de solliciter d'emblée l'ensemble des structures potentiellement candidates; les labellisations « au fil de l'eau » ne sont pas souhaitées.

Nous attirons votre attention sur les préconisations portant sur le maillage territorial.

- « Les centres : les SDC de type centre doivent assurer une prise en charge pluridisciplinaire.
 L'objectif est l'existence d'au moins une SDC de type centre par région ;
- La pédiatrie : il est recommandé qu'au moins une SDC exclusivement pédiatrique soit constituée dans chaque région;
- La filière endométriose (cf. dépêche FHP-MCO du 25 août 2022): des SDC référentes ayant une expérience particulière pour la prise en charge de l'endométriose pourront être reconnues. Ces SDC restent polyvalentes mais s'inscrivent en lien privilégié avec la filière endométriose éventuement par convention pour l'adressage des patientes. Il est recommandé qu'au moins une SDC référente pour l'endométriose soit identifiée par région, voire plus selon la taille des régions. »

Point de vigilance sur les données d'activité de référence et l'allocation de ressources.

Afin d'évaluer le niveau des dotations MIG 2023 à attribuer aux SDC retenues, les données d'activité suivantes sont notamment requises :

- « File active de patients externes 2022 (il s'agit du nombre de patients distincts vus en consultation médicale externe en 2022, un patient revenant plusieurs fois étant comptabilisé une seule fois en file active);
- Nombre de consultations médicales externes réalisées en 2022. Pour être labellisé, le seuil de 500 consultations est requis pour une SDC de type consultation et le seuil de 1000 consultations est requis pour une SDC de type centre;
- Nombre de consultations médicales internes réalisées en 2022 (il s'agit du nombre de patients internes hospitalisés au sein de l'établissement de rattachement pour un diagnostic principal autre que douleur chronique vus en consultation);
- Nombre de réunions de synthèse pluriprofessionnelle (RSP) organisées dans l'année ;
- Pour les structures de type centre, nombre de réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) organisées dans l'année.

Le montant de la dotation MIG sera attribué à chaque région. Il est rappelé que la répartition des dotations entre établissements supports des SDC incombe aux seules ARS. »

Dr Matthieu DERANCOURT (matthieu.derancourt.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Restant à votre écoute,

Bien cordialement,

Thierry BECHU Délégué Général FHP-MCO

PRESSLIB.COM

24/11

L'INFO INCONTOURNABLE Une approche multidisciplinaire contre les douleurs chroniques

Depuis le début du mois de novembre, la Clinique médicale et cardiologique d'Aressy, près de Pau, a ouvert l'unité douleur chronique afin d'accompagner les patients.



Migraines, céphalées (maux de tête), lombalgies (maux de dos), fibromyalgies associant douleurs articulaires et troubles du sommeil, ou encore sciatiques : la douleur chronique est définie comme une douleur qui perdure pendant au moins traits mais.

Selon la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SISID), la douleur fait partie du quotidien de nombreux Français. 32 % expriment une douleur récurrente et 20 % déclarent des douleurs chroniques d'intensité modérée à sévère.

La douleur constitue ainsi le premier motif de consultation dans les services d'urgences et chez le médecin généraliste. Pour répondre au mieux à leurs besoins, une nouvelle unité douleur chronique a officiellement ouvert ses portes le 8 novembre 2022, à la Clinique médicale et cardiologique d'Aressy. Le docteur Charles-Marie Dujardin est médecin algologue. Il s'intéresse aux différentes causes et aux traitements de la douleur. Il est également à l'origine de ce nouveau service.



Quel est votre parcours?

Charles-Marie Dujardin (C-M.D): J'ai fait mon externat à Toulouse, puis J'ai fait mon internat entre Aix et Marseille. A la base, je suis plutôt dans l'humanitaire. J'ai réalisé pendant mon internat une mission de six mois au Congo et une autre de huit mois au Tchad. Entre-temps, J'ai été pendant plusieurs années médecin dans la station de ski de Saint-Lary-Soulan.

Durant ma troisième année de médecine, j'ai arrêté mon cursus pour étudier la psychologie. J'ai donc une double casquette de médecin et psychologue. Le domaine de la douleur est une espèce de pont entre ces deux domaines, car la douleur nécessite un diagnostic médical, mais également de s'attarder sur le contexte et le passé du patient, son environnement social et culturel, la douleur chronique n'est pas qu'un processus physiologique.

Je suis arrivé à Pau pour prendre un poste dans le service d'oncologie et de soins palliatifs de la clinique Marzet, pendant un an. J'ai ensuite intégré le service de médicale et cardiologique d'Aressy, il y a deux ans et demi, avec la possibilité de monter un projet de A à Z, pour étoffer foffre de soin. Venant de l'oncologie et des soins palliatifs, la question de la prise en charge de la douleur me semblait cohèrente. Je me suis alors formé pendant deux ans à Paris et J'ai fait plusieurs stages dans des centres d'évaluation et de traitement de la douleur (CETD). J'ai validé mon oral en septembre derrier.

Quelle est la spécificité de cette unité ?

C-M.D: L'unité douleur chronique est composée d'une équipe multidisciplinaire intégrant un médecin algologue, une infirmière référente douleur, une psychologue, un kinésithérapeute, une diététicienne et d'une assistante sociale.

On a choisi une approche plurielle afin de prendre en charge le patient dans sa globalité. Un maçon et un professeur des écoles qui ont un mal de dos, ce n'est pas la même chose. Ce ne sont pas les mêmes applications dans sa vie professionnelle, pas non plus le même contexte psychologique. Une douleur est une plainte qui va révéler à la fois un symptôme physique et une soulfrance psochique.

Quelles sont les étapes du parcours patient ?

C-M.D: Pour être pris en charge dans notre unité, il faut que la première ligne de recours, le médecin traitant et les spécialistes ne puissent plus prendre en charge ce patient. On arrive dans l'équation seulement lorsqu'on est sûr qu'on ne peut pas guérir la douleur. Nous, nous sommes là pour aider le patient à atténuer la douleur et lui apprendre à vivre avec. Si les autres spécialités n'ont pas réussi à traiter la cause, on va essayer de traiter la conséquence. On a des patients qui ne sortent plus de chez eux, car ils ne s'en sentent pas capables.

Les douleurs neuropathiques périphériques et centrales, les douleurs chroniques post-zostériennes, les douleurs rachidiennes dont lombo radiculaligies, évralgies cervico-brachiales, le syndrome douloureux régional complexe (neuralgodystrophie), les douleurs musculo squelettiques ou encore la fibromyalgie sont des pathologies qui peuvent être traitées au sein de l'unifé.

Chaque patient souhaitant bénéficier de cette consultation doit être adressé par son médecin traitant. Il se voit alors remettre un questionnaire d'évaluation multidimensionnelle de sa plainte douloureuse et faire l'historique de sa douleur, son mode vie, sa situation personnelle et professionnelle avec une infirmière. Une fois le dossier validé, je le rencontre en consultation pour faire le point et il a ensuite rendez-vous avec la psychologue et la kinésithérapeute. Cette évaluation pluridisciplinaire va nous permettre d'identifier les besoins précis du patient, et de lui proposer une fois par mois (tous les mardis aprèsmidi), soit un suivi individuel en consultation médicale, soit un suivi en groupe dans le cadre d'une hospitalisation de jour.

Comment arrive-t-on à s'adapter à la douleur ?

C-M.D.: Prendre en charge les douleurs chroniques, c'est aussi lutter contre l'isolement des malades. Par exemple, une personne qui va avoir mal au dos va peu à peu se couper du monde. Ça commence avec un arrêt de travail, puis on estime qu'on ne peut plus faire ses courses, faire du sport, sortir voir des amis et cette situation finit par peser sur son entourage... Tout l'enjeu est de lui redonner accès à une certaine qualité de vie.

La douleur chronique n'est pas qu'un mécanisme physiologique, un signal nerveux envoyé au cerveau. L'information de la douleur parvient au cerveau, mais d'autres informations viennent réguler cette sensation. Se concentrer sur la douleur ne fait qu'amplifier le phénomène. Accepter la douleur va permettre au patient de composer avec les ennemis de son corps, tout en maintenant une qualité de vie optimale.

En parallèle d'un traitement médicamenteux adapté, on va essayer de travailler sur l'ensemble des comportements à adopter face à la douleur. À partir de janvier 2023, on va proposer trois activités différentes dans le cadre de l'hôpital de jour de suivi : des ateliers d'éducation thérapeutique, thérapie cognitivo-comportementale, activité physique adaptée, relaxation, yoga, méditation, art thérapie. Une diététicienne et une assistante sociale seront également présentes. L'objectif est de donner une impulsion et des pistes d'exercices pour les patients.

Le mot de la fin ?

C-M.D: La Société paloise de neurochirurgie et d'algologie a été créée en juin 2022 sous l'égide des neurochirurgiens de Navarre. Elle regroupe différentes équipes transdisciplinaires pour initier un travail en réseau et discuter des cas romplexes.

Noémie Besnard

