Recueil des abstracts 2025

Sommaire

Conférence inaugurale Jean-Marie BESSON..... 3

Plénières..... 4

Session des membres (anciens ATS)..... 16

Cours supérieurs..... 24

Forums..... 59

Mise au point..... 67

Sessions parallèles..... 86

Résumés sélectionnés en communication orale “coup de coeur”..... 167

Résumés sélectionnés en poster commenté..... 175

Résumés sélectionnés en poster..... 199

Conférence inaugurale Jean-Marie BESSON

Une histoire de « la matrice de la douleur »

L. Garcia-Larrea 1
1 Inserm - Lyon (France)

Matrice… avez-vous dit «matrice» ? Les multiples signatures de la douleur

Ce n'est que vers la fin du XXème siècle que l'expérience aversive que nous appelons «douleur» a été comprise comme le résultat de l'activation coordonnée de multiples régions cérébrales. Cette « matrice » de la douleur, parfois décrite à tort comme sa « signature », ne doit pas être conçue comme une organisation fixe, mais plutôt comme un système fluide de réseaux neuronaux à différents niveaux et en interaction continue. La complexité inhérente à la perception douloureuse est présente dès les premières étapes du traitement cortical, puisque l'information nociceptive arrive simultanément dans des régions sensorielles, motrices et limbiques. Ces régions, activées en parallèle par les voies spinothalamique et spinoparabrachiale, sont les premières à répondre aux stimuli potentiellement nocifs. Un autre ensemble de structures de niveau supérieur (« matrice de second ordre ») est nécessaire pour encoder la valeur comportementale des stimuli (leur « saillance »), initier des contrôles cognitifs et attentionnels, et permettre le passage de la nociception à une « primo- douleur » consciente. Mais l'expérience finale douloureuse, celle qui entrera dans la mémoire déclarative, peut encore être modulée par nos états subjectifs, nos attentes et nos croyances, qui constituent une « matrice de troisième ordre » agissant à travers de zones corticales supramodales, mais également de régions sous-corticales telles que la zone tegmentale ventrale ou le noyau accumbens, largement connectées avec des régions corticales étendues.

La dissociation que nous faisons entre ces différents processus, bien qu'utile d'un point de vue didactique ne doit pas masquer leur interdépendance et leur extrême flexibilité. Ces descriptions, encore très incomplètes, montrent que l'expérience de la douleur et sa modulation peuvent être sous-tendues par des multiples états cérébraux, et que l'activation d'un réseau donné peut être associée à des états subjectifs très différents en fonction de son timing, des interactions avec d'autres réseaux ou des fréquences utilisées pour communiquer, ce qui rend illusoire de concevoir une « signature » univoque en neuroimagerie comme preuve de l'existence (ou l'absence) d'un état douloureux. La perception de la douleur apparaît comme un processus actif d'interprétation, continuellement reconstruit par l'intégration des entrées sensorielles avec les souvenirs et les représentations internes, et donnant corps au modèle nociception-perception-souffrance. Et c'est la souffrance, plutôt que la douleur, qui amène le patient chez le médecin.

Plénières

Plénière 1

Hypnose en analgésie/antalgie

N. Fusco1
1Lhpr St Grégoire / Chu Rennes - Rennes (France)

Analgésie et antalgie par hypnose en 2025

L'hypnose clinique est reconnue comme une thérapie non pharmacologique fondée sur des preuves et reposant sur des bases neurobiologiques solides (1-2). L'hypnose se définit comme un état de conscience entraînant une attention focalisée, une indifférence apparente à l'environnement extérieur et qui se caractérise par une augmentation de la susceptibilité aux suggestions (3). Les suggestions post-hypnotiques jouent un rôle fondamental dans la modulation et la perception de la douleur (4). D'ailleurs, l'efficacité analgésique et antalgique de l'hypnose médicale est bien démontrée (5-6).

L'hypnose consiste donc à suggérer du soin de manière intentionnelle grâce à des techniques de communication verbale et non verbale auxquelles il faut être formé pour les maîtriser. En effet, la communication est l'une des compétences essentielles de la pratique clinique d'un anesthésiste-réanimateur pour qu'elle soit thérapeutique voire hypnotique (7). Une fois acquise, cette compétence s'avère, en 2025, un outil essentiel des soins dans le domaine de l'analgésie comme de l'antalgie (8).

L'hypnose n'est évidement pas une panacée, elle fait partie d'un riche panel d'interventions non médicamenteuses efficaces pour soulager. Et il existe aussi de multiples manières de la mettre en oeuvre pour s'adapter aux patients. Qu'elle soit formelle ou informelle, avant, pendant ou après une procédure ou encore assistée avec des outils comme les casques de réalité virtuelle, l'hypnose clinique offre de larges possibilités pour répondre aux demandes des patients. Elle les met au centre du soin en allant chercher leurs propres ressources grâce à un accompagnement adapté de la part du thérapeute, bien formé, dans son domaine de compétence.

En 2025, il est aussi temps de valoriser cette hypnose qui ne se voit pas de l'extérieur, celle qui peut apparaître comme une simple discussion, un échange empathique. Pourtant, il existe dans l'hypnose, cet élément nécessaire et indispensable qu'est l'intention de suggestion de soins. Il y a, chez le praticien, une volonté d'ouvrir des espaces de suggestibilité pour apporter du soulagement, du confort, de l'analgésie et de l'antalgie. Cela est possible grâce aux techniques acquises, à l'expérience et à une alliance thérapeutique forte établie avec le patient. L'hypnose clinique du quotidien pourrait gagner en visibilité grâce à la formation des soignants, à l'enseignement et la recherche, en continuant de réaliser des études scientifiques rigoureuses pour appliquer et démontrer sa puissance analgésique et antalgique.

En conclusion, l'hypnose en 2025, c'est d'abord ne pas nuire en éradiquant le potentiel effet nocebo de notre communication. C'est ensuite un outil qui nécessite de se former pour mieux communiquer afin de suggérer l'analgésie et l'antalgie grâce à une alliance thérapeutique forte avec nos patients.

Bibliographie
(1) Rainville P, Duncan GH, Price DD, Carrier B, Bushnell MC. Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex. Science. 1997 Aug;277(5328):968–71
(2) Wolf TG, Faerber KA, Rummel C, Halsband U, Campus G. Functional changes in brain activity using hypnosis: a systematic review. Brain Sci 2022; 12: 108
(3) Elkins GR, Barabasz AF, Council JR, Spiegel D. Advancing research and practice: the revised APA Division 30 definition of hypnosis. Int J Clin Exp Hypn 2015; 63:1e9
(4) Del Casale A, Ferracuti S, Adriani B et al. Neural functional correlates of hypnosis and hypnoanalgesia: role of the cingulate cortex. Am J Clin Hypn 2022; 64: 53e61
(5) Lahoud, M.J., Gurary, S.T. and Elia, N. Hypnosis for anaesthetists: a systematic review and meta-analyses. Anaesthesia. 2025. https://doi.org/10.1111/anae.70013
(6) Thompson T, Terhune DB, Oram C et al. The effectiveness of hypnosis for pain relief: a systematic review and meta- analysis of 85 controlled experimental trials. Neurosci Biobehav Rev 2019; 99: 298e310
(7) Cyna AM, Andrew MI, Tan SGM. Communication skills for the anaesthetist. Anaesthesia. Blackwell Publishing Ltd; 2009;64(6):658–65.
(8) Slater, P. et al. Clinical hypnosis and the anaesthetist: a practical approach. BJA Education, 2024, Volume 24, Issue 4, 121 - 128

Plénière

Plénière 1

tDCS et rTMS en douleur : état des lieux

D. Ciampi De Andrade
Center For Neuroplasticity And Pain, Aalborg Universitet - Aalborg (Denmark)

La stimulation cérébrale non invasive, en particulier la stimulation magnétique transcrânienne répétitive (SMTr) et la stimulation transcrânienne à courant direct (tDCS), constitue une option thérapeutique émergente pour les personnes souffrant de douleur chronique, notamment de douleur neuropathique réfractaire aux traitements pharmacologiques, la fibromyalgie et les migraines. La stimulation magnétique transcrânienne répétitive est la modalité la plus étudiée, avec 12+ essais contrôlés randomisés démontrant son efficacité sur la douleur neuropathique. Le protocole le plus courant implique une stimulation à haute fréquence (10–20 Hz) du cortex moteur primaire (M1), qui peut entraîner une réduction de 25 à 50 % de l'intensité de la douleur chez environ la moitié des patients traités. Une revue systématique majeure a établi un nombre de sujets à traiter (NST) de 4,2, indiquant une efficacité significative, ce qui a justifié son inclusion parmi les recommendations récentes pour le traitement de la douleur neuropathique. Concernant la stimulation transcrânienne à courant direct (tDCS), les données en monothérapie demeurent non concluantes. Bien que ces effets atteignent parfois le seuil de différence cliniquement significative, les intervalles de confiance franchissent fréquemment ce seuil et des biais méthodologiques persistent. Pour la lombalgie chronique, aucun effet significatif n'a été démontré. Une perspective plus nuancée émerge lorsque la tDCS est intégrée aux stratégies de réadaptation. Les méta-analyses récentes révèlent des tailles d'effet supérieures dans les douleurs chroniques primaires, suggérant un possible intérêt clinique de la tDCS comme adjuvant plutôt qu'en monothérapie. Les perspectives futures incluent des approches personnalisées guidées par la neurophysiologie, informant les protocoles de stimulation par des données de connectivité cérébrale et l'exploration de nouvelles cibles anatomiques telles que l'insula postérieure et le gyrus angulaire antérieur.

Bibliographie

1. Soliman, N. et al. Pharmacotherapy and non-invasive neuromodulation for neuropathic pain: a systematic review and meta-analysis. Articles Lancet Neurol vol. 24 www.covidence.org (2025).
2. Silva VA, Baptista AF, Fonseca AS, Carneiro AM, Brunoni AR, Carrilho PEM, Lins CC, Kubota GT, Fernandes AMBL, Lapa JDS, Dos Santos LM, Sasso I, Monte-Silva K, Poindessous-Jazat F, Mori N, Miki K, Baltar A, Tanaka C, Teixeira MJ, Hosomi K, Bouhassira D, Attal N, Ciampi de Andrade D. Motor cortex repetitive transcranial magnetic stimulation in fibromyalgia: a multicentre randomised controlled trial. Br J Anaesth. 2025 Jun;134(6):1756-1764. doi: 10.1016/j.bja.2024.12.045. Epub 2025 Mar 13. PMID: 40087077; PMCID: PMC12106861.

3. Ciampi de Andrade, D. & García-Larrea, L. Beyond trial-and-error: Individualizing therapeutic transcranial neuromodulation for chronic pain. European Journal of Pain (United Kingdom) vol. 27 1065–1083 at https://doi.org/10.1002/ejp.2164 (2023).
4. Attal, N. et al. Repetitive transcranial magnetic stimulation for neuropathic pain: a randomized multicentre sham-controlled trial. Brain : a journal of neurology 144, 3328–3339 (2021).
5. Ciampi De Andrade, D. & Shirvalkar, P. PAIN 50th Anniversary Supplement PAIN's 50th anniversary supplement: future of pain research: neuromodulation and surgery. (2025) doi:10.1097/j.pain.0000000000003662.
6. Hamani C, Fonoff ET, Parravano DC, Silva VA, Galhardoni R, Monaco BA, Navarro J, Yeng LT, Teixeira MJ, de Andrade DC. Motor cortex stimulation for chronic neuropathic pain: results of a double-blind randomized study. Brain. 2021 Nov 29;144(10):2994-3004. doi: 10.1093/brain/awab189. PMID: 34373901.
7. Moisset X, Pereira B, Ciampi de Andrade D, Fontaine D, Lantéri-Minet M, Mawet J. Neuromodulation techniques for acute and preventive migraine treatment: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Headache Pain. 2020 Dec 10;21(1):142. doi: 10.1186/s10194-020-01204-4. PMID: 33302882; PMCID: PMC7726868.
8. Hazime FA, Baptista AF, de Freitas DG, Monteiro RL, Maretto RL, Hasue RH, João SMA. Treating low back pain with combined cerebral and peripheral electrical stimulation: A randomized, double-blind, factorial clinical trial. Eur J Pain. 2017 Aug;21(7):1132-1143. doi: 10.1002/ejp.1037. Epub 2017 Apr 25. PMID: 28440001.

Plénière

Plénière 2

Femmes victimes de violences et douleur chronique

I. Trinkler
Equipe 5 "life Adversities And Pain", Laboratoire De Neurosciences Cognitives Et Adaptatives (umr Cnrs 7364) - Strasbourg (France)

Face à l'ampleur et aux répercussions importantes des violences exercées vis-à-vis des femmes dans le monde (1), des organismes privés, associatifs et publics ont soutenu la création de centres de santé pluridisciplinaires pour les victimes. Le « collectif Re#start » en France en fait partie. Les « Maisons des Femmes » (MdF), structures médico-sociales, accompagnent les femmes par l'intermédiaire d'une équipe de professionnels (médecins, psychologues, travailleurs sociaux, juristes, thérapeutes, artistes, éducateurs sportifs) formés aux violences. Ces centres visent à répondre à des problématiques spécifiques, telles que l'accès à l'accompagnement des femmes les plus vulnérables et précaires, et le manque de ressources des structures médicales nationales. Tous les types de violences, selon leur nature spécifique, sont abordés dans le cadre d'un parcours de soins personnalisés, incluant les mutilations génitales féminines, les violences conjugales et les violences sexuelles.
Notre équipe de recherche y a mené deux études mixtes quantitatives-qualitatives sur des cohortes de 20 et 55 femmes respectivement, sans prioriser en première intention la douleur. Notre but initial était l'évaluation d'un atelier de karaté adapté, qui fait partie de dispositifs innovants, complémentaires aux traitements psychothérapeutiques et pharmacologiques, qui se sont récemment multipliés dans ce domaine de la santé, en accord avec les recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé (2). Dans ces dispositifs, l'accent thérapeutique est mis sur le corps comme source de conscience psychosensorielle et d'amélioration de l'état de santé (2,3,4).
Au cours de ce travail d'évaluation des bénéfices du karaté adapté sur la santé, la douleur s'est révélée de façon paradoxale. Tandis que sur le plan quantitatif la santé mentale s'est amélioré au cours de 5 mois de pratique de karaté adapté (symptômes de TSPT, anxiété et estime de soi) (5), la déconnexion corporelle est restée importante et, sur le plan qualitatif, des données sur la douleur sont apparues. Ainsi, les femmes témoignent d'absence de vécu de douleurs aigues, et de la présence concomitante de douleurs chroniques invalidantes. Ceci semble associée par ailleurs à une dérégulation émotionnelle incapacitante et de profonds manques de confiance dans le lien à l'autre.
Les résultats obtenus dans ces études seront discutés en lien avec le modèle de désaffiliation corporelle que nous avons développé (6). Finalement, en ouverture, une nouvelle étude sur l'apport d'activités physiques adaptées pour des femmes souffrant de douleurs pelviennes chroniques sera présentée, ainsi que des pistes que nous suggérons pour accompagner ces femmes dans leur réaffiliation corporelle et une meilleure prise en charge de la douleur.

Bibliographie

(1) Sardinha, L., Maheu-Giroux, M., Stöckl, H., Meyer, S. R., & García-Moreno, C. (2022). Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. The Lancet, 399(10327), 803-813. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)02664-7
(2) World Health Organization. (2000). The world health report 2000: health systems: improving performance. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/924156198X
(3) Fayollet, C., Kern, L., & Thevenon, C., & Thevenon, D.-C. (dir.) (2019). Activités physiques en santé mentale. Dunod. https://doi.org/10.3917/dunod.ffsa.2019.01.
(4) Rosenbaum, S., Vancampfort, D., Steel, Z., Newby, J., Ward, P. B., & Stubbs, B. (2015). Physical activity in the treatment of Post-traumatic stress disorder : A systematic review and meta-analysis. Psychiatry Research, 230(2), 130-136. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.10.017
(5) Schuliar, F., Vigne, S., Couffhinal, A., Fischer, l., Omelnitskaia, E., Poisbeau, P., Hatem, G., & Trinkler; I. (soum.) Improving mental health through adapted karate training within multidisciplinary care for women who suffered violence. European Journal of Trauma & Dissociation
(6) Trinkler I et Schuliar F (à paraître en 2025) Adversités précoces, désaffiliation corporelle et douleur. Dans : Poisbeau P et Melchior M (Eds). Manuel de Médecine de La Douleur. Dunod. Partie I, Chapitre 9, p 80-88.

Plénière

Plénière 2

Déterminants de la fatigue dans la douleur chronique

I. Banovic

Université De Rouen - Paris 15 (France)

Douleur et fatigue chroniques sont des phénomènes complexes invalidants associés à une mauvaise qualité de vie. Même si la douleur et la fatigue sont des expériences sensorielles et émotionnelles désagréables distinctes, elles ont une valeur protectrice dans une situation aiguë. Cependant, lorsqu'elles deviennent chroniques, leur rôle protecteur diminue et deviennent problématiques d'abord pour les personnes puis pour les soignants. La compréhension de la fatigue chronique suit le même chemin que celui pris pour la compréhension de la douleur chronique : d'une approche biomédicale, la recherche et la clinique aboutissent à une compréhension et une prise en charge holistique biopsychosociale (1, 2).

Tout d'abord, la douleur chronique induit une fatigue significative, et, la fatigue chronique peut s'accompagner de douleurs. Les mécanismes neurobiologiques impliqués (l'activation des voies inflammatoires et la dysrégulation des neurotransmetteurs) contribuent à une sensation de fatigue persistante. Des études ont montré que les cytokines pro-inflammatoires, souvent élevées chez les patients souffrant de douleurs chroniques, peuvent altérer le sommeil et diminuer l'énergie, exacerbant ainsi la fatigue.

Les facteurs psychologiques notamment l'anxiété et la dépression jouent un rôle crucial dans la douleur et la fatigue chroniques. La façon dont les individus perçoivent et gèrent leur douleur/leur fatigue, créant un cercle vicieux où la douleur/la fatigue augmentent la détresse émotionnelle, laquelle à son tour aggrave la fatigue/la douleur. Les stratégies d'adaptation inadaptées, telles que l'évitement ou la rumination, peuvent aussi accentuer la fatigue et la douleur en limitant les activités physiques et sociales (3,4). Le soutien social, lui, peut venir atténuer fatigue et douleur en agissant notamment sur les facteurs psychologiques. À l'inverse, l'isolement social, l'absence de soutien familial ou professionnel et des conditions de vie stressantes peuvent exacerber la fatigue chez les individus souffrant de douleurs chroniques. L'accès aux soins et la qualité des interactions avec les professionnels de santé influencent également la gestion de la douleur et la perception de la fatigue. Enfin, des facteurs liés au mode de vie, tels que l'alimentation, l'exercice physique et le sommeil, ont un impact significatif sur la fatigue. Un mode de vie inactif peut aggraver la sensation de fatigue, tandis qu'une activité physique régulière, bien que difficile à initier, peut améliorer l'énergie et réduire la douleur. De même, une bonne hygiène de sommeil est essentielle pour limiter la fatigue, car les troubles du sommeil sont fréquents chez les personnes souffrant de douleur chronique. (5,6,7)

La fatigue dans la douleur chronique résulte d'une interaction complexe entre des déterminants physiologiques, psychologiques et sociaux. Comprendre ces facteurs est fondamental pour développer des interventions pluridisciplinaires ciblées afin d'améliorer la qualité de vie des personnes concernées.

Bibliographie

1. Pedersen M. Chronic Fatigue Syndrome and chronic pain conditions - vitally protective systems gone wrong. Scand J Pain. 2019;19(4):651-657. Published 2019 Jun 29. doi:10.1515/sjpain-2019-0072

2. Glette M, Stiles TC, Woodhouse A, Nilsen TIL, Landmark T. Chronic fatigue in the general population: Prevalence, natural course and associations with chronic pain (the HUNT pain study). Eur J Pain. 2024;28(10):1762-1771. doi:10.1002/ejp.2307
3. Maugars Y, Berthelot JM, Le Goff B, Darrieutort-Laffite C. Fibromyalgia and Associated Disorders: From Pain to Chronic Suffering, From Subjective Hypersensitivity to Hypersensitivity Syndrome. Front Med (Lausanne). 2021;8:666914. Published 2021 Jul 14. doi:10.3389/fmed.2021.666914
4. Campos RP, Vázquez I, Vilhena E. Psychological factors and health-related quality of life in fibromyalgia patients. Health Psychol Rep. 2024;12(4):352-367. Published 2024 Aug 19. doi:10.5114/hpr/187335
5. Eccles JA, Davies KA. The challenges of chronic pain and fatigue. Clin Med (Lond). 2021;21(1):19-27. doi:10.7861/clinmed.2020-1009
6. Antcliff D, Keenan AM, Keeley P, Woby S, McGowan L. "Pacing does help you get your life back": The acceptability of a newly developed activity pacing framework for chronic pain/fatigue. Musculoskeletal Care. 2022;20(1):99-110. doi:10.1002/msc.1557
7. Barakou I, Hackett KL, Finch T, Hettinga FJ. Self-regulation of effort for a better health-related quality of life: a multidimensional activity pacing model for chronic pain and fatigue management. Ann Med. 2023;55(2):2270688. doi:10.1080/07853890.2023.2270688

Plénière

Plénière 3

Le rôle de l'IDE dans le parcours de soins en douleur

E.E. Molina Beltran
Institut Curie - Saint Cloud (France)

Un parcours de soins coordonné est nécessaire pour faire face à la complexité de la douleur chronique. Seulement 3% des patients atteints d'une douleur chronique sont actuellement pris en charge par une Structure de Douleur Chronique, après plusieurs années d'errance therapeutique. En France, la SFETD et la Comission Profesionnelle Infirmière (CPI) oeuvrent pour faire avancer le cadre légal et la reconnaissance des Infirmières Ressource Douleur (IRD).
La littérature internationale sur le sujet, montre que la prise en charge non-médicamenteuse mené par les IDE est aujourd'hui un atout indispensable pour les soins du patient douloureux chronique. Aux urgences, l'analgésie admministré par des IDE diminue le délai d'administration sans compromettre la securité et la satisfaction des patients. A travers de plusieurs indications, nous allons découvrir comment la profession infirmière ajoute une pluvalue au pacours de soins du patient: de l'infirmière généraliste à la pratique avancée en douleur.
La reconnaissance de la pratique avancée en douleur apparaît comme une perspective prometteuse. Le protocole de coopération médecin/IDE actuellement en validation vise à sécuriser et valoriser ces pratiques, à réduire les délais de prise en charge et à renforcer l'attractivité des postes spécialisés.
En conclusion, l'IDE, par sa proximité avec les patients, son rôle d'évaluation et compétences cliniques, d'éducation, de coordination et d'innovation, est un acteur clé du parcours de soins en douleur. Le renforcement et la reconnaissance de ces missions constituent une étape essentielle pour répondre aux enjeux d'accessibilité, de qualité et de continuité des soins en douleur chronique.

Bibliographie

IRD – Référentiel d'activités et de compétences (2020)
« Appliquer la reconnaissance d'une pratique avancée à l'exercice de l'infirmier(e) ressource douleur (IRD) au sein des SDC » – argumentaire (2021). Disponible sur: https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2021/12/Appliquer-la-reconnaissance-dune-pratique-avanc%C3%A9e_version-finale.pdf
Cabilan CJ, Boyde M. A systematic review of the impact of nurse-initiated medications in the emergency department. Australas Emerg Nurs J. 2017;20(2):53-62.
Varndell W, Fry M, Elliott D. Quality and impact of nurse-initiated analgesia in the emergency department: A systematic review. Int Emerg Nurs. 2018;40:46-53.
HAS - Parcours du patient présentant une douleur chronique. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3218057/fr/parcours-de-sante-d-une-personne-presentant-une-douleur-chronique
Agarwal R, Epstein AS. Advance Care Planning and End-of-Life Decision Making for Patients with Cancer. Semin Oncol Nurs. 2018;34(3):316-326.
Barroso-Castaño P, Cabrera-Jaime S, Huertas-Zurriaga A, Alonso-Fernandez S, Casanovas-Cuellar C, Benito-Aracil L. Exploring the Roles and Regulatory Challenges of Advanced Practice Nurses in Acute Pain Management: A Scoping Review. J Adv Nurs. Published online May 10, 2025.

Plénière

Plénière 3

Statut socioprofessionnel et chronicisation de la douleur

N. Naïditch
Expectpatient - Noisy-Le-Grand (France)

Enfiler les lunettes du sociologue : comment mobiliser les outils sociaux déjà présents pour évaluer et traiter la douleur sociale

Quand le sociologue a la chance d'être invité en consultation multidisciplinaire de la douleur par un chirurgien, il enfile volontiers ses lunettes — mais ne peut s'empêcher de garder les siennes. Ce double foyer révèle parfois des contrastes inattendus. Là où le regard du chirurgien identifie une diversité marquante, celui du sociologue perçoit une homogénéité frappante.

Ces deux visions ne s'opposent pas : elles focalisent simplement sur des plans différents.

Le chirurgien appréhende la complexité physiopathologique de la lomboradiculalgie post-opératoire, tandis que le sociologue observe la récurrence de profils sociaux issus des catégories dites populaires (ouvriers, employés, agriculteurs) dans cette population (1,2) qui se retrouve plus largement chez les personnes vivant avec des douleurs chroniques (3,4).

Cette différence de perception illustre l'objet même de la sociologie : l'impact des structures sociales sur nos manières d'agir, de penser et de sentir, souvent à notre insu (5).

Partant de cette expérience, cette présentation propose de montrer ce que voit le sociologue lorsqu'il observe une consultation douleur : des indicateurs sociaux simples, mais puissants, qui — bien utilisés — peuvent transformer l'évaluation et l'orientation thérapeutique.

Le gradient social de santé, c'est-à-dire le lien entre santé et position sociale (6,7), s'appréhende notamment à travers la profession(8,3,4,9) et le niveau d'étude (10–12). Loin d'être de simples variables contextuelles, ces éléments structurent l'expression de la douleur et sa réception clinique, ainsi que nous le verrons à travers l'étude de l'expression « dur au mal » (13,8,14,15).

À l'instar du gradient social, le genre — en tant que construction sociale — module également le développement et l'évolution de la douleur. Plusieurs études ont montré des différences substantielles, tant en ce qui concerne les possibilités effectives de s'occuper de leur santé(16–20) que dans l'évaluation de la douleur et les traitements prescrits (21–24).

L'enjeu de cette présentation n'est pas d'ajouter de nouveaux outils à la pratique clinique, mais de porter un regard différent sur ceux déjà disponibles. Car comprendre les mécanismes des inégalités sociales de santé, c'est déjà agir sur les douleurs qu'elles produisent.

Bibliographie

1. Naiditch N, Billot M, Moens M, Goudman L, Cornet P, Le Breton D, et al. Persistent Spinal Pain Syndrome Type 2 (PSPS-T2), a Social Pain? Advocacy for a Social Gradient of Health Approach to Chronic Pain. J Clin Med. 25 juin 2021;10(13):2817.
2. Naiditch N, Billot M, Goudman L, Cornet P, Roulaud M, Ounajim A, et al. Professional Status of Persistent Spinal Pain Syndrome Patients after Spinal Surgery (PSPS-T2): What Really Matters? A Prospective Study Introducing the Concept of "Adapted Professional Activity" Inferred from Clinical, Psychological and Social Influence. Journal of Clinical Medicine. janv 2021;10(21):5055.
3. Grol-Prokopczyk H. Sociodemographic disparities in chronic pain, based on 12-year longitudinal data. Pain. févr 2017;158(2):313-22.

4. Mills SEE, Nicolson KP, Smith BH. Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. Br J Anaesth. août 2019;123(2):e273-83.
5. Durkheim É. Les règles de la méthode sociologique [Internet]. Paris: Presses Universitaires de France; 1967. 149 p. (Bibliothèque de philosophie contemporaine). Disponible sur: http://classiques.uqac.ca/classiques/Durkheim_emile/regles_methode/durkheim_regles_methode.pdf
6. Donkin AJM. Social Gradient. In: The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2014 [cité 15 avr 2020]. p. 2172-8. Disponible sur: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781118410868.wbehibs530
7. Hämmig O, Bauer GF. The social gradient in work and health: a cross-sectional study exploring the relationship between working conditions and health inequalities. BMC Public Health. 13 déc 2013;13:1170.
8. Dorner TE, Muckenhuber J, Stronegger WJ, Ràsky E, Gustorff B, Freidl W. The impact of socio-economic status on pain and the perception of disability due to pain. Eur J Pain. janv 2011;15(1):103-9.
9. Prego-Domínguez J, Khazaeipour Z, Mallah N, Takkouche B. Socioeconomic status and occurrence of chronic pain: a meta-analysis. Rheumatology. 1 mars 2021;60(3):1091-105.
10. Edwards M, Wood F, Davies M, Edwards A. The development of health literacy in patients with a long-term health condition: the health literacy pathway model. BMC Public Health. 14 févr 2012;12(1):130.
11. Köppen PJ, Dorner TE, Stein KV, Simon J, Crevenna R. Health literacy, pain intensity and pain perception in patients with chronic pain. Wien Klin Wochenschr. 2018;130(1):23-30.
12. van der Heide I, Wang J, Droomers M, Spreeuwenberg P, Rademakers J, Uiters E. The Relationship Between Health, Education, and Health Literacy: Results From the Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey. J Health Commun. déc 2013;18(Suppl 1):172-84.
13. Le Breton D. Anthropologie de la douleur. Paris: Métailié; 1995. 236 p. (Traversées).
14. Summers KM, Deska JC, Almaraz SM, Hugenberg K, Lloyd EP. Poverty and pain: Low-SES people are believed to be insensitive to pain. Journal of Experimental Social Psychology. 1 juill 2021;95:104116.
15. Zhang L, Wager TD, Koban L. Social cues influence perception of others' pain. Eur J Pain. mai 2024;28(5):845-54.
16. Leonard MT, Cano A, Johansen AB. Chronic pain in a couples context: a review and integration of theoretical models and empirical evidence. J Pain. juin 2006;7(6):377-90.
17. Glantz MJ, Chamberlain MC, Liu Q, Hsieh CC, Edwards KR, Horn AV, et al. Gender disparity in the rate of partner abandonment in patients with serious medical illness. Cancer. 2009;115(22):5237-42.
18. Observatoire des Inégalités. inegalites.fr. 2016 [cité 7 nov 2018]. L'inégale répartition des tâches domestiques entre les femmes et les hommes. Disponible sur: https://www.inegalites.fr/L-inegale-repartition-des-taches-domestiques-entre-les-femmes-et-les-hommes
19. De Champs C, Pirus C. Des stéréotypes de genre encore très ancrés, notamment chez les hommes [Internet]. Paris; 2024 p. 8. (Etudes et Résultats). Report No.: 1294.
20. García-Corchero JD, Jiménez-Rubio D. Waiting times in healthcare: equal treatment for equal need? Int J Equity Health. 20 déc 2022;21(1):184.
21. Schäfer G, Prkachin KM, Kaseweter KA, Williams AC de C. Health care providers' judgments in chronic pain: the influence of gender and trustworthiness. PAIN. août 2016;157(8):1618-25.
22. Thunander Sundbom L, Bingefors K, Hedborg K, Isacson D. Are men under-treated and women over-treated with antidepressants? Findings from a cross-sectional survey in Sweden. BJPsych Bull. juin 2017;41(3):145-50.

23. Samulowitz A, Gremyr I, Eriksson E, Hensing G. “Brave Men” and “Emotional Women”: A Theory-Guided Literature Review on Gender Bias in Health Care and Gendered Norms towards Patients with Chronic Pain. Pain Res Manag [Internet]. 25 févr 2018 [cité 12 déc 2019];2018. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5845507/
24. Zhang L, Losin EAR, Ashar YK, Koban L, Wager TD. Gender Biases in Estimation of Others’ Pain. J Pain. sept 2021;22(9):1048-59.

Session des membres (anciens ATS)

Douleurs chroniques rebelles liées à l'endométriose : Quelles perspectives thérapeutiques au-delà de la première ligne ?

M. Freydier 1, D. Lhuillery 2, T. Dennis 3, M. Duraffourg 4, M. Dziadzko 5
1 Hôpital De Macon - Mâcon (France), 2 Hôpital Saint Joseph - Paris (France), 3 Institut Franco-Européen Multidisciplinaire De L'endométriose - Bordeaux (France), 4 Hôpital Neurologique - Lyon (France), 5 Hôpital De La Croix Rousse - Lyon (France)

L'endométriose est une maladie chronique inflammatoire touchant 10% des femmes, la douleur étant la pierre angulaire de la symptomatologie (dyspareunie, douleur pelvienne chronique, dysurie, douleur à la défécation, dysménorrhées) (1). La prise en charge est globale, pluridisciplinaire, personnalisée et adaptée à chaque patiente (1,2). Actuellement, l'hormonothérapie est le seul traitement étiologique permettant de contrôler l'évolution de la maladie. La stratégie antalgique associe les approches médicamenteuses, rééducatives, psychocorporelles et socio-professionnelles (2,3). Des recommandations sur la prise en charge antalgique des douleurs pelvipérinéales chroniques liées à l'endométriose doivent d'ailleurs bientôt être publiées. La chirurgie d'exérèse des lésions s'envisage lorsque tous les moyens thérapeutiques, médicamenteux ou non, sont insuffisants. Cependant, dans de rares cas, il y faut voir au-delà des première lignes de traitement, voire diriger les femmes vers des centres experts multidisciplinaires. L'objectif de notre intervention sera d'abord de proposer une définition des douleurs pelvipérinéales dites rebelles liées à l'endométriose. Ensuite, nous aborderons la place de l'utilisation de la kétamine dans la stratégie thérapeutique et l'intérêt de faire appel à des centres référents de prise en charge de l'endométriose (notamment pour certaines procédures chirurgicales (4)). Enfin, nous discuterons des indications possibles de neurostimulation médullaire à visée antalgique (5).

Bibliographie

(1) Collinet P, Fritel X, Revel-Delhom C, Ballester M, Bolze PA, Borghese B, Bornsztein N, Boujenah J, Brillac T, Chabbert-Buffet N, Chauffour C, Clary N, Cohen J, Decanter C, Denouël A, Dubernard G, Fauconnier A, Fernandez H, Gauthier T, Golfier F, Huchon C, Legendre G, Loriau J, Mathieu-d'Argent E, Merlot B, Niro J, Panel P, Paparel P, Philip CA, Ploteau S, Poncelet C, Rabischong B, Roman H, Rubod C, Santulli P, Sauvan M, Thomassin-Naggara I, Torre A, Wattier JM, Yazbeck C, Bourdel N, Canis M. Management of endometriosis: CNGOF/HAS clinical practice guidelines - Short version. J Gynecol Obstet Hum Reprod. 2018 Sep;47(7):265-274. doi: 10.1016/j.jogoh.2018.06.003. Epub 2018 Jun 18. PMID: 29920379.
(2) Freydier M, Baude C, Barmaki M et all. Management of pain in patients with endometriosis: Proposal for a therapeutic strategy. Douleur. 2023 Jun ; 24 (3) : 147-155.
(3) Ploteau S, Labat JJ, Riant T, Levesque A, Robert R, Nizard J. New concepts on functional chronic pelvic and perineal pain: pathophysiology and multidisciplinary management. Discov Med. 2015 Mar;19(104):185-92. PMID: 25828522.
(4) Roman H, Dehan L, Merlot B et all. Postoperative Outcomes after Surgery for Deep Endometriosis of the Sacral Plexus and Sciatic Nerve: A 52-patient Consecutive Series. J Minim Invasive Gynecol. 2021 Jul;28(7):1375-1383.
(5) Da Silva Freitas T, Barbosa de Oliveira AJ, Golovac S, Assumpcao de Monaco B. Dorsal Root Ganglion Stimulation for Chronic Pelvic Pain Secondary to Endometriosis. Neuromodulation. 2024 Dec 24:S1094-7159(24)01235-2. doi: 10.1016/j.neurom.2024.11.007. Epub ahead of print. PMID: 39729062.

Session des membres (anciens ATS)

Les douleurs chroniques vésicales : un défi partagé

C. Baude 1, M. Freydier 1, A. Cherasse 2, C. Roux 1
1 Centre De La Douleur Medipole Lyon Villeurbanne - Villeurbanne (France), 2 urologue - Ecully (France)

Les douleurs chroniques vésicales sont fréquentes avec une épidémiologie mal connue en raison des multiples étiologies. Elles sont plus ou moins connues et parfois de prise en charge difficile
Pourquoi ? Les étiologies sont en fait multiples (1) : tumeur vésicale ,calcul et inflammation urinaire ,endométriose vésicale, hypersensibilisation pelvipérinéale et enfin syndrome de la vessie douloureuse avec selon l'atteinte de la paroi vésicale soit une cystite interstitielle ou une vessie douloureuse .Après un bilan urologique de première intention qui est indispensable et incontournable (2) certaines seront pris en charge par l'urologue mais si les imageries et les explorations urologiques sont normales l'urologue sera en difficulté en particulier concernant l'hypersensibilité pelvipérinéale qui est présente très fréquemment dans les douleurs pelviennes chroniques avec une symptomatologie urinaire .La prise charge de la douleur de la cystite interstitielle est également difficile en raison de troubles mictionnels d'une part mais aussi de douleurs invalidantes pour les patients avec une pollakiurie handicapante sur un plan médical et social. La collaboration active urologue algologue sera particulièrement indispensable en tenant compte aussi du retentissement psychologique de ces douleurs. Il y a de façon presque constante un syndrome myofascial et la place de la kinésithérapie spécialisée est fondamentale et incontournable. Les douleurs chroniques vésicales rentrent parfaitement dans le cadre du concept bio psychosocial de la douleur chronique.
En plus des thérapies urologiques spécifiques (3) (instillations, vésicales, hydro distension.) des approches multimodales de gestion de la douleur (4) (pharmacologique, gestion du stress, thérapie physique manuelle si disponible) doivent être initiées. L'efficacité de la gestion de la douleur doit être continuellement évaluée en raison de son importance pour la qualité de vie
Il y a donc une collaboration indispensable et active entre urologue, algologue et réseau de soins en particulier sur le plan de la kinésithérapie.
Le but de cet atelier est de faire connaitre les bases anatomiques de la vessie puis de connaitre les critères cliniques de chaque étiologie, son retentissement psychologique et enfin la prise en charge pluridisciplinaire des douleurs vésicales chroniques

Bibliographie
1 Approche symptomatique des douleurs vésicales chronique J. Rigaud, D. Delavierre, L. Sibert, J.-J. Labat Progrès en urologie (2010) 20, 930—939
2 Quel bilan face à une suspicion de cystite interstitielle? P. Mouracade Progrès en urologie (2009) 19, 881—884
3 Traitements spécifiques du syndrome douloureux vésical.Rigaud J. Delavierre D. et al. . Prog Urol 2010 ; 20(12) : 1044-1053
4- D.Wise, PhD et Rodney Anderson, MD ; Une migraine dans le pelvis
Editions National center for pelvic pain research; 2015

Session des membres (anciens ATS)

Névralgie faciale : Prise en charge multidisciplinaire de la physiopathologie à la RCP

M.H. Delmotte 1, N. Moreau 2, Y. Caudron 1, E. Treillet 1
1 Aphp-Lariboisière - Paris (France), 2 Aphp-Bretonneau - Paris (France)

La névralgie trigéminale est une affection douloureuse rare mais invalidante, dont l'incidence est estimée entre 5 et 27 cas pour 100 000 habitants par an. Elle survient préférentiellement après 50 ans et touche davantage les femmes (sex-ratio 3:2) [1]. Les douleurs, paroxystiques et fulgurantes, sont parfois décrites comme insupportables, justifiant une prise en charge urgente.
Sur le plan anatomique, le nerf trijumeau assure l'innervation sensitive de la face et des muqueuses ainsi que la motricité des muscles masticateurs. La Root Entry Zone (REZ), zone de transition fragile entre myéline centrale et périphérique, joue un rôle central dans la physiopathologie. La compression neurovasculaire, le plus souvent par l'artère cérébelleuse supérieure, constitue le mécanisme principal (70–90 % des cas). Ces formes sont qualifiées de « classiques » selon la classification de l'International Headache Society [2]. En l'absence de cause identifiée, on parle de névralgie « idiopathique ». D'autres étiologies incluent les pathologies démyélinisantes telles que la sclérose en plaques (2–5 %), ainsi que les tumeurs ou malformations vasculaires [3;4], regroupées sous le terme de « névralgies secondaires ».
Le diagnostic repose sur les critères de l'ICHD-3 : douleurs unilatérales, brèves, intenses, déclenchées par des stimuli normalement indolores. L'IRM est l'examen de référence, permettant d'exclure une forme secondaire et d'objectiver un conflit neurovasculaire grâce aux séquences CISS, 3D TOF et T1 avec gadolinium [5]. L'anamnèse et l'examen clinique demeurent indispensables pour écarter les diagnostics différentiels (algies vasculaires de la face, migraines, douleurs dentaires, sinusites, dysfonctionnements temporo-mandibulaires, névralgies post-zostériennes) [6].
Les antalgiques usuels sont inefficaces. La carbamazépine reste le traitement de référence, sous stricte surveillance biologique. L'oxcarbazépine, la gabapentine, la lamotrigine, le baclofène ou les injections de toxine botulinique constituent des alternatives ou adjuvants [7;8].
En cas d'échec ou d'intolérance, une approche chirurgicale est discutée. La décompression microvasculaire est la technique de choix, avec des taux de succès de 65 à 85 % selon le degré de compression [9]. Les techniques percutanées (thermorhizotomie, compression par ballonnet) et la radiochirurgie affichent une efficacité proche de 70 %, au prix d'effets indésirables tels que l'hypoesthésie faciale [10].
La mise en place d'une RCP dans notre service a permis l'élaboration d'outils dédiés (dossiers standardisés, notices d'information), la relecture collégiale de l'imagerie et la discussion pluridisciplinaire des options thérapeutiques. Cette organisation sécurise le parcours patient et favorise une prise en charge précoce, personnalisée et collégiale, optimisant la qualité de vie et prévenant la sensibilisation centrale.

Bibliographie
Références

1) Bendtsen L, Zakrzewska JM, Heinskou TB, et al. Lancet Neurol. 2020;19(9):784-796.
2) Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018 ; 38(1):1–211.
3) Donnet A, Simon E, Cuny E, et al. Neurochirurgie. 2018;64(4):285-302.
4) Huff T, Weisbrod LJ, Daly DT. StatPearls. 2025.
5) Sindou M, Brinzeu A. Trigeminal Neuralgias: A Neurosurgical Illustrated Guide. Springer; 2023.

6) Géraud G, Fabre N, Lantieri-Minet M, Valade D, Donnet. Les Céphalées, Migraines et Algies Faciales en 30 Leçons. Elsevier; 2022.
7) Moisset X, Bouhassira D, Couturier JA, et al. Douleur analg. 2020;33(2):101-112.
8) Spagna A, Attal N. Toxicon. 2023;232:107208.
9) Sindou M, Keravel Y. In: Lévêque M, ed. Chirurgie de la douleur. Springer; 2014.
10) Pollock BE, Schoeberl KA. Neurosurgery. 2010;67(3):633-638

Session des membres (anciens ATS)

Protocole de coopération : intérêt, mode d'emploi, retour d'expérience après 1 an

G. Oliveira 1, E. Tris 1, L. Ruscio 1, I. Negre 1
1 Cetd Bicêtre - Le Kremlin Bicêtre (France)

Contexte
La prise en charge de la douleur, incontournable depuis la modification de la loi hospitalière de 1995, a été renforcé à plusieurs étapes, bien que la reconnaissance et le financement des équipes mobiles douleur (EMD) soient encore insuffisants.
Depuis deux décennies en France, les problèmes de démographie et l'évolution des métiers ont déclenché une réflexion sur la coopération entre professionnels de santé, amenant à l'article 51 de la loi du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) qui a rendu possible la coopération entre professionnels de santé [1]
Ceci a conduit à l'élaboration du Premier protocole de coopération locale pour la prise en charge de la douleur [2]:
Libellé : « Ajustements des traitements antalgiques, initiation de traitements symptomatiques et réalisation d'examens complémentaires par l'Infirmier Ressource Douleur (IRD) en substitution du médecin. »
Validation par l'APHP en juillet 2023 et mise en œuvre à l'hôpital Bicêtre depuis janvier 2025
Il définit une délégation par le médecin algologue (délégant) de certaines prescriptions à l'IRD (délégué), avec une définition du cadre d'intervention des IRD.
Il favorise la prise en charge rapide par l'IRD des patients adultes douloureux hospitalisés, à travers l'administration et l'adaptation de traitements appropriés, en libérant du temps médical et valorisant les compétences et l'expertise de l'IRD.
Mode de fonctionnement du délégué (IRD) :
Suivi des patients avec douleur aiguë ou chronique, d'origine neuropathique et/ou nociceptive, selon les critères d'inclusion définis.
Ajustement et optimisation des traitements
Suivi spécifique du patient vulnérable à la douleur au cours de son hospitalisation
Orientation du patient avec douleurs complexes vers une structure spécialisée (CETD), en prévenant l'errance thérapeutique
Les actes dérogatoires :
Évaluation clinique et paraclinique du patient douloureux
Prescription complémentaire et interprétation d'examens biologiques standards, suivies de décisions thérapeutiques
Adaptation et renouvellement de traitements antalgiques de palier 1,2 ou 3, Co analgésiques, sédatifs, thérapeutiques non- médicamenteuses
Prescription de traitements symptomatiques des effets adverses des traitements antalgiques
En cas de non amélioration de la douleur, le médecin algologue est sollicité
L'objectif principal est celui de la prise en charge précoce et adaptée de la douleur, avec un bénéfice pou pour :
- Les patients : évaluation et administration rapides du traitement et réévaluation régulière.
- Le médecin délégant : optimisation du temps pour les situations cliniques complexes et l'activité externe.
- Les infirmiers Ressource Douleur : valorisation des compétences, diversification de leurs missions au sein de l'établissement
- Les soignants dans les services d'hospitalisation : compagnonnage.

Conclusion

L'exposé présentera les détails du protocole de coopération mis en place et les résultats après 10 mois de pratique avec environ 1 200 visites enregistrées. Le protocole a été largement approuvé par l'ensemble des services ainsi que par les patients, avec un taux de satisfaction de 100 %, un gain de temps médical et interventions plus rapides.

Bibliographie

1. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Art 51.
2. I.Nègre, G.O., N. Met Premier protocole de coopération sur la douleur : réalisation et réflexions sur un chemin de croix…. Douleurs, 2023. 24(5-6): p. 233_40.

Session des membres (anciens ATS)

Opioïdes en médecine générale : enjeux et partage de pratiques

B. Affeltranger 1, S. Foulon 2, G. Fontaine 3, P. Radenne 4
1 Médecin généraliste, Centre de santé du Clermontois et COPRIM SFETD, 2 Médecin généraliste et douleur, MSP du Parc et CETD, Amiens, 3 Médecin Structure Douleur Chronique, GHPSO Creil Senlis, 4 Responsable MSPS, URPS Médecins Libéraux des Hauts-de-France

Opioïdes en médecine générale : enjeux et connaissances

L'usage des opioïdes en médecine générale constitue un enjeu croissant de santé publique. Si leur efficacité est bien établie dans la prise en charge des douleurs aiguës intenses et des douleurs cancéreuses, leur prescription dans les douleurs chroniques non cancéreuses reste débattue, et les risques de mésusage, de dépendance et d'effets indésirables graves doivent être constamment réévalués. Les médecins généralistes occupent une place centrale dans ce dispositif : ils assurent la majorité des initiations et du suivi au long cours, en lien avec les structures spécialisées lorsque cela est possible.
L'objectif de cette présentation est de dresser un état des lieux des connaissances actuelles concernant la prescription des opioïdes en soins primaires. Seront abordés : les données épidémiologiques françaises récentes, les recommandations nationales et internationales, les pratiques de terrain, ainsi que les perceptions et représentations des médecins généralistes face à ces traitements. Une attention particulière sera portée aux travaux de recherche, aux outils d'aide à la décision, aux stratégies d'évaluation régulière du rapport bénéfice/risque, et aux alternatives thérapeutiques non médicamenteuses.
Au-delà de l'aspect pharmacologique, la dimension relationnelle et éducative est cruciale : accompagner le patient dans une compréhension réaliste de l'efficacité des opioïdes, prévenir les usages détournés et favoriser une approche pluridisciplinaire intégrant rééducation, soutien psychologique et mesures d'hygiène de vie.
Cette présentation vise ainsi à mieux cerner les défis rencontrés par les généralistes et à identifier des pistes pour améliorer la pertinence et la sécurité des prescriptions, dans une perspective de soins centrés sur le patient.

Entre douleur et risque addictif : quelle stratégie antalgique ?

La prise en charge de la douleur chronique soulève un dilemme thérapeutique majeur : soulager efficacement les patients tout en prévenant le risque de mésusage et d'addiction. Les antalgiques opioïdes, longtemps réservés aux douleurs aiguës et cancéreuses, sont aujourd'hui utilisés dans des contextes variés, y compris en première ligne, mais leur prescription est associée à des enjeux de sécurité, de dépendance et d'acceptabilité.
Cette présentation s'intéresse aux stratégies antalgiques permettant de concilier efficacité et prudence dans la pratique clinique. Seront examinées les recommandations actuelles concernant l'évaluation initiale de la douleur, le choix raisonné de l'antalgique en fonction du profil du patient, et les outils de suivi indispensables pour mesurer régulièrement le rapport bénéfice/risque.
L'importance de l'évaluation de facteurs de vulnérabilité (antécédents psychiatriques, comorbidités, contexte psychosocial) sera mise en lumière afin d'adapter la stratégie thérapeutique et d'anticiper les risques d'usage problématique.
Au-delà de la prescription médicamenteuse, l'accent sera porté sur les approches complémentaires : rééducation, interventions psychocorporelles, soutien psychologique et éducation thérapeutique. L'intégration de ces alternatives dans un parcours global de soins permet d'enrichir la palette thérapeutique et de réduire la place des opioïdes lorsque leur efficacité est limitée.

L'objectif est de proposer une réflexion pragmatique sur l'équilibre à trouver entre soulagement de la douleur et prévention des risques addictifs, afin de renforcer la pertinence et la sécurité des stratégies antalgiques dans un contexte de soins centrés sur le patient.

L'algologie hospitalière : un recours face aux opioïdes ?

L'augmentation des prescriptions d'opioïdes dans la prise en charge de la douleur chronique non cancéreuse soulève d'importantes questions de sécurité, d'efficacité et de santé publique. Dans ce contexte, les structures hospitalières spécialisées en algologie représentent un recours précieux pour les patients et les médecins de premier recours confrontés à des situations complexes.

Cette présentation propose une réflexion sur le rôle et la place de l'algologie hospitalière face à la problématique des opioïdes. Seront explorés : les motifs les plus fréquents de recours (difficultés de sevrage, échecs thérapeutiques, effets indésirables, suspicion de mésusage), les modalités d'évaluation multidimensionnelle (douleur, qualité de vie, santé mentale, facteurs sociaux), et les stratégies thérapeutiques mises en œuvre.

L'approche pluridisciplinaire propre à ces structures permet d'envisager des alternatives aux opioïdes, en intégrant traitements pharmacologiques adaptés, techniques interventionnelles, rééducation fonctionnelle, accompagnement psychologique et interventions non médicamenteuses. L'objectif est de réorienter la prise en charge vers un projet de soins global et personnalisé, réduisant la place des opioïdes lorsque leur bénéfice apparaît limité ou leurs risques trop élevés.

Au-delà de la réponse clinique, l'algologie hospitalière joue un rôle de soutien et de formation auprès des médecins généralistes, en apportant expertise, recommandations personnalisées et relais vers des ressources locales.

Cette présentation mettra en lumière la contribution spécifique de l'algologie hospitalière dans la sécurisation des prescriptions d'opioïdes et dans le développement d'approches centrées sur le patient, à l'interface entre soins spécialisés et médecine de premier recours.

Accompagner les médecins de soins primaires : enquête dans les Hauts-de-France par l'URPS et ses partenaires

Les médecins de soins primaires sont en première ligne dans la prise en charge de la douleur aigüe et chronique. Ils doivent souvent conjuguer complexité clinique, attentes fortes des patients et risques liés aux prescriptions, notamment d'opioïdes. Dans ce contexte, l'URPS Médecins Libéraux Hauts-de-France, en partenariat avec plusieurs acteurs régionaux (ARS, OMEDIT) et nationaux (France Assos Santé), a conduit une enquête afin de mieux comprendre les besoins des praticiens et d'identifier des pistes d'accompagnement adaptées.

L'enquête, réalisée en 2025 auprès d'un large échantillon de médecins généralistes de la région, avait pour objectifs de : dresser un état des lieux des pratiques et des difficultés rencontrées dans la gestion de la douleur aigüe et chronique, explorer les connaissances et représentations autour des antalgiques, en particulier des opioïdes, recueillir les attentes en matière de formation, d'outils et de ressources, identifier les thématiques à explorer à l'avenir.

Les premiers résultats mettent en évidence une forte demande d'appui pratique : guides de décision cliniques simples, accès facilité à des interlocuteurs spécialisés, et clarification des filières de recours, notamment vers les structures hospitalières d'algologie. Le besoin d'une formation continue actualisée et contextualisée apparaît également central, de même que la valorisation d'une approche pluriprofessionnelle et coordonnée.

Cette présentation discutera les enseignements de cette enquête et ouvrira des perspectives pour renforcer l'accompagnement des médecins de soins primaires dans la région. L'enjeu est d'améliorer la pertinence et la sécurité de la prise en charge de la douleur aigüe et chronique, tout en confortant le rôle pivot des généralistes dans le parcours de soins.

Cours supérieurs

Les psychothérapies en douleur (session validante au titre de la formation continue)

Où en est-on des théories sur l'approche psychologique du corps douloureux ?

B. Lionet 1
1 Centre Hospitalier De Dunkerque - DUNKERQUE (France)

Penser la douleur, le rapport du sujet à sa douleur, c'est aussi penser le rapport du sujet à son corps. Notre compréhension du corps modifie notre façon de l'appréhender, d'en percevoir les changements et notre façon de le soigner.
Ce cours supérieur propose un corps à corps entre la psyché/conscience et son double: le corps, cet intime étranger qui nous accompagne, nous représente aux yeux des autres et à nous-même, qui nous rassure autant qu'il nous déroute. C'est lui qui nous ouvre au mode à travers les sens. Il se construit et se découvre au cours du développement. Il se rend parfois accessible, se laisse parfois embrasser. Il est mouvement perpétuel et mise en mouvement du sujet, résolument tourné vers l'extérieur. Il est aussi le lieu de notre intimité physique et psychique, résolument tourné vers l'intérieur. Quelque fois, il nous révèle des zones d'ombre, plus profondes et habituellement silencieuses : intéroceptions, proprioceptions, équilibre, douleurs.
Nous tenterons ici d'en saisir la complexité sous l'angle des grands courants de la psychologie: psychanalyse (1;2), TCC, phénoménologie (3), psychologie du développement. Comment les psychologues envisagent-ils le corps et sa douleur ? Quelles sont les dernières évolutions conceptuelles autour de l'articulation somato-psychique (4;5)? Quelles sont les incidences concrètes sur le terrain ?
Cette intervention se découpe en deux parties. Une première partie relative aux apports théoriques. La seconde partie propose une illustration pratique, un éclairage phénoménologique des concepts à travers une expérience originale.

Bibliographie
(1) Dejours, C. (2018). Le corps, d'abord. Éditions Payot.
(é) Lechevalier, B., et Lechevalier, B. (2007). Aborder la question de la conscience. Revue française de psychanalyse, 71(2), 437-454.
(3) Bioy, A., et Barfety-Servignat, V. (2025). Approche phénoménologique et psychodynamique de l'incertitude: vers une clinique qui entend le corps. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 74(1), 67-90.
(4) Infurchia, C. (2014). La mémoire entre neurosciences et psychanalyse. Erès.
(5) Calvino, B. (2025). Les modèles de douleur: douleur aigüe et douleurs chroniques. Bulletin d'histoire et d'épistémologie des sciences de la vie, 32(1), 67-79.

Cours supérieurs

Les psychothérapies en douleur (session validante au titre de la formation continue)

Évaluation psy en clinique de la douleur : comment savoir si on est efficace

A. Bioy 1
1 Univ. Paris 8 Et Chu Bordeaux - St Denis / Bordeaux (France)

L'accompagnement psychologique des patients douloureux chroniques constitue un enjeu majeur des cliniques de la douleur, adossé à l'efficacité globale des prises en charge pluridisciplinaires. Pourtant, la question de l'évaluation de l'efficacité spécifiquement des interventions psychothérapeutiques, en dehors des protocoles de recherche, demeure souvent délicate : comment savoir, dans la pratique clinique quotidienne, si l'on aide effectivement le patient ?
Les psychologues psychothérapeutes sont confrontés à plusieurs défis. D'une part, la douleur chronique est une expérience multidimensionnelle, qui engage à la fois les dimensions sensorielles, émotionnelles, cognitives, sociales… D'autre part, l'efficacité d'une prise en charge psychologique ne peut se réduire à une diminution de la douleur perçue. Elle implique certes une réduction de la détresse émotionnelle, une amélioration du fonctionnement quotidien et un renforcement des ressources d'adaptation, mais va au-delà. Il s'agit aussi d'accompagner la personne dans la manière dont elle vit, comprend et intègre son expérience douloureuse. L'efficacité se mesure alors dans la capacité retrouvée à donner du sens à son vécu, à réinscrire la douleur dans une trajectoire de vie individuelle, et à renouer avec un sentiment d'identité et de continuité. Elle se manifeste également dans la possibilité de se projeter à nouveau, d'assumer une posture plus libre face à la souffrance et d'éprouver un « être soi » qui dépasse la seule lutte contre la douleur. En ce sens, l'évaluation psychologique ne porte pas seulement sur des symptômes, mais sur la transformation existentielle qui permet au patient de redevenir sujet de son expérience, et non simple objet de la douleur.
Dans cette communication, nous proposerons une réflexion articulée autour de trois niveaux mis en tension : usage d'outils standardisés (qui permettent un repérage et un suivi des évolutions au fil du temps), indicateurs cliniques qualitatifs (identification des changements perçus par le patient et par le thérapeute au niveau du discours, de la posture face à la douleur, des choix de vie…) et co-construction du sens de l'évaluation. Nous défendrons l'idée que l'évaluation de l'efficacité en clinique de la douleur doit être envisagée comme un processus continu, souple et pluraliste, combinant mesures objectives, observations cliniques et subjectivité des patients. Loin d'être une contrainte administrative, elle peut devenir un outil de réflexivité et d'amélioration des pratiques, au service d'un accompagnement plus ajusté et plus humain.

Bibliographie
Barfety-Servignat, V., Conradi, S., Masselin-Dubois, A (dir.). (2020). Le psychologue en clinique de la douleur. Paris : In Press
Bioy, A., & Lignier, B. (dir.) (2020). Clinique et psychopathologie de la douleur. Malakoff : Dunod
Barfety-Servignat, V., & Bioy, A. (dir.) (2022). 16 cas cliniques en psychopathologie de la douleur [Collection Les Ateliers du praticien]. Malakoff : Dunod
Grisart, J. (2023). Vivre avec une douleur chronique : un accompagnement fondé sur l'approche centrée sur la personne. Malakoff : Chronique Sociale

Cours supérieurs

Les psychothérapies en douleur (session validante au titre de la formation continue)

Les indications aux psy

S. Conradi

Rappelée comme étant une voie thérapeutique importante (dans les douleurs neuropathiques, en deuxième intentions (Moisset et col, 2020) ; dans le syndrome régional complexe notamment en cas d'allodynie ou d'exclusion du membre (GTS SFETD, 2019), dans les céphalées (Lee et col, 2019) et la fibromyalgie (Legrand et col, 2019)), la psychothérapie a démontré sa place dans l'arsenal thérapeutique de la prise en charge de la douleur chronique, bien au-delà d'un simple complément, mais comme un pilier essentiel du traitement multimodal. Son objectif primaire n'est pas tant l'éradication de la sensation douloureuse que l'amélioration des capacités d'adaptation et du fonctionnement global du patient, en ciblant notamment la réduction de l'invalidité et la réintégration des activités valorisées.
Le fondement des indications des psychothérapies repose sur plusieurs socles :
Une connaissance en psychopathologie suffisante incluant les modèles en psychopathologie du somatique et de la douleur (Bioy & Lignier, 2020)
Une évaluation psychologique et psychopathologique, in situ, par le psychologue ou le psychiatre pour définir les modalités de prise en charge. (Barfety-Servignat et col, 2020)
Une relation thérapeutique reposant sur des conditions matérielles (souvent en termes de temps et de cadre d'intervention) et humaines indissociables de la pratique de la psychothérapie œuvrant à la création d'une alliance thérapeutique et de capacités d'adaptation tant du côté du thérapeute que des patients (Steffens & Verhaegen, 2017 ; Machado et col, 2023)
Plusieurs questions sont à travailler notamment en fonction du type de douleur ou des problématiques à laquelle le patient est confronté. Par ailleurs, la diversité des modalités psychothérapeutiques apporte une richesse d'intervention, essentielle, même si cela peut parfois prêter à confusion ou alimenter des débats stériles sur la primauté de l'une par rapport à l'autre. Cela se fait surtout si on se laisse happer par la tentation de la simplification, sous l'impulsion d'une pensée causaliste. Or la douleur chronique appelle à une prise en compte de la complexité, cela est incontournable.

Barfety-Servignat V, Catsaros-Labalette S, Conradi S, Defontaine-Catteau M-C, Masselin-Dubois A, & Minjard R. (2020). Evaluation psychologique et psychopathologique de la douleur. In Le psychologue en clinique de la douleur (Vol. 4, p. 59-94). In press.
Bioy & Lignier (2020).ss la direction, Clinique et psychopathologie de la douleur, Dunod, 240 pages.
Groupe de projet spécifique (GPS) de la SFETD. (2019). Recommandations diagnostiques et de prise en charge thérapeutique des syndromes douloureux régionaux complexes : Les recommandations de Lille. Douleur et Analgésie, 32(3), 155-164. https://doi.org/10.3166/dea-2019-0074
Lee, H. J., Lee, J. H., Cho, E. Y., Kim, S. M., & Yoon, S. (2019). Efficacy of psychological treatment for headache disorder : A systematic review and meta-analysis. The Journal of Headache and Pain, 20(1), 17. https://doi.org/10.1186/s10194-019-0965-4
Legand, M., Brennstuhl, M. J., Machado, J., Peter, L., Vismara, L., & Tarquinio, C. (2019). Prise en charge psychothérapeutique de la fibromyalgie : Une revue systématique. Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement, 20(3), 89-108. https://doi.org/10.1016/j.douler.2019.04.003
Machado, J., Gendarme, S., Eby, É., Rotonda, C., & Tarquinio, C. (2023). La dimension du thérapeute dans l'efficacité de la prise en charge EMDR du trauma : La dimension oubliée ? Présentation d'un

protocole de recherche. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, S0003448723002585. https://doi.org/10.1016/j.amp.2023.08.006

Moisset, X., Bouhassira, D., Couturier, J. A., Alchaar, H., Conradi, S., Delmotte, M.-H., Lantéri-Minet, M., Lefaucheur, J.-P., Mick, G., Piano, V., Pickering, G., Piquet, E., Regis, C., Salvat, E., & Attal, N. (2020). Traitements pharmacologiques et non pharmacologiques de la douleur neuropathique : Une synthèse des recommandations françaises. Douleur et Analgésie, 33(2), 101-112. https://doi.org/10.3166/dea-2020-0113

Steffens, N. & Verhaegen, F. (2017). « Les principes de base de la psychothérapie ». In C. Tarquinio, MJ. Brennsthul, H. Dellucci, M. Iracane Blanco, Jeanny Ann Rydberg et al. Pratique de la psychothérapie EMDR. Paris : Dunod.

Cours supérieurs

Douleurs liées aux nouveaux traitements du cancer

Toxicité des immunothérapies et des nouveaux traitements médicamenteux

C. Mateus 1
1 Gustave Roussy - Villejuif (France)

Grâce à une meilleure compréhension de la genèse et de l'environnement des cellules cancéreuses, le traitement et le pronostic des patients atteints de cancer se sont considérablement améliorés au cours des dernières décennies.
L'immunothérapie représente une avancée majeure sur ces dernières décennies, en ne ciblant pas directement les cellules tumorales (ce qui conduit souvent à une résistance), mais en renforçant la capacité du système immunitaire du patient à les combattre. Bien que cette approche ait permis de guérir un petit nombre de patients, elle a également mis en lumière de nouvelles toxicités.
Mieux tolérée que la chimiothérapie, l'immunothérapie a toutefois révélé un large éventail de toxicités, touchant différents organes. Ces effets secondaires surviennent par deux mécanismes :
a)une réaction inflammatoire excessive qui est le mécanisme propre de l'immunothérapie mais cette réaction peut parfois dépasser son rôle physiologique et devenir néfaste.
b)une auto-immune. L'immunothérapie peut induire ou révéler une auto-immunité latente. Cela déclenche une maladie qui évolue indépendamment du cancer et peut rendre la situation thérapeutique complexe.
Les patients peuvent ainsi souffrir de douleurs, soit localisées aux organes ciblés (yeux, tube digestif …), soit diffuses en cas d'atteinte musculo-squelettique. Ces douleurs articulaires et musculaires peuvent être soit un symptôme d'inflammation, facilement gérable par des anti-inflammatoires, soit le signe d'une maladie auto-immune (arthrite, myosite...) dont l'évolution est indépendante du cancer.
Ces toxicités nécessitent parfois l'interruption transitoire voire définitive de l'immunothérapie et l'introduction d'immuno modulateurs ou immunosuppresseurs avec un risque de reprise évolutive du cancer.
En parallèle, l'immunothérapie se développe aussi pour traiter des maladies auto-immunes (par exemple, avec des anti-TNF, anti-CD20, anti-intégrines…) mais également dans le traitement des douleurs chroniques (par microimmunothérapie, transfusion de cellules immunitaires adoptives…)
Trouver le bon équilibre pour stimuler le système immunitaire sans provoquer de réactions nocives est un défi majeur. C'est pourquoi de nombreuses recherches visent à mieux sélectionner les patients qui répondront à l'immunothérapie ou, à l'inverse, qui risquent de développer des effets secondaires. Dans cette quête, l'étude du microbiote est devenue une piste de recherche primordiale.
L'immunothérapie a transformé la prise en charge du cancer. Cependant, nous en sommes encore aux prémices pour comprendre toutes ses interactions et subtilités.

Bibliographie

1. Keam, S. et al. Toxicity in the era of immune checkpoint inhibitor therapy. Front. Immunol. 15, 1447021 (2024).
2. Guo, A.-J., Deng, Q.-Y., Dong, P., Zhou, L. & Shi, L. Biomarkers associated with immune-related adverse events induced by immune checkpoint inhibitors. World J. Clin. Oncol. 15, 1002–1020 (2024).

3. Renninger, J., Kurz, L. & Stein, H. Mitigation and Management of Common Toxicities Associated with the Administration of CAR-T Therapies in Oncology Patients. Drug Saf. 48, 719–737 (2025).
4. Luo, Y. et al. Advances in understanding the role of immune checkpoint LAG-3 in tumor immunity: a comprehensive review. Front. Oncol. 14, 1402837 (2024).
5. Amaya, F. Immunotherapy for the management of cancer pain. Ann. Palliat. Med. 9, 1358360–1351360 (2020).
6. Paice, J. A. Managing Pain in Patients and Survivors: Challenges Within the United States Opioid Crisis. (2019) doi:10.6004/jnccn.2019.5010.
7. Zhang, R. et al. Exploring shared targets in cancer immunotherapy and cancer-induced bone pain: Insights from preclinical studies. Cancer Lett. 611, 217399 (2024).
8. Zhou, H., Wei, J., Sun, W. & Song, Z. Effect of baseline cancer pain on the efficacy of immunotherapy in lung cancer patients. J. Thorac. Dis. 15, (2023).
9. Wu, X. et al. Immunotherapy improved cancer related pain management in patients with advanced Hepato-Pancreatic Biliary Cancers: A propensity score-matched (PSM) analysis. Front. Oncol. 12, 914591 (2022).
10. Zhang, Z. et al. Unraveling impact and potential mechanisms of baseline pain on efficacy of immunotherapy in lung cancer patients: a retrospective and bioinformatic analysis. Front. Immunol. 15, 1456150 (2024).
11. Boland, J. W., McWilliams, K., Ahmedzai, S. H. & Pockley, A. G. Effects of opioids on immunologic parameters that are relevant to anti-tumour immune potential in patients with cancer: a systematic literature review. Br. J. Cancer 111, 866–873 (2014).
12. Lin, A. et al. From chaos to order: optimizing fecal microbiota transplantation for enhanced immune checkpoint inhibitors efficacy. Gut Microbes 17, 2452277 (2025).
13. Birebent, R. et al. Surrogate markers of intestinal dysfunction associated with survival in advanced cancers. Oncoimmunology 14, 2484880 (2025).

Cours supérieurs

Douleurs liées aux nouveaux traitements du cancer

Toxicités des bithérapies orales par hormonothérapie et thérapie ciblée : Point de vue des algologues

L. Labreze 1, C. Villatte De Figueiredo 2
1 Institut Bergonié - Bordeaux (France), 2 Centre Jean Perrin - Clermont-Ferrand (France)

L'hormonothérapie et les nouvelles thérapies ciblées sont maintenant bien intégrées dans le traitement des hormonodépendants, celui du sein et de la prostate.
Ces produits sont prescrits sur le long terme et sont susceptibles d'entrainer une symptomatologie douloureuse obligeant dans au moins un tiers des cas à interrompre le traitement.
Dans le parcours de soin du cancer du sein, Anti-œstrogènes (Tamoxifène, Fulvestrant) et anti-aromatases (Letrozole, Anastrozole, Exemestane) sont prescrit pour 5 à 10 ans avec d'après les études publiées entre 30 et 70% de patients présentant des séquelles douloureuses.
Camejo N [1] distingue les arthralgies et myalgies (75.9% des patientes) et les douleurs articulaires (45.8% des patientes). La difficulté de prise en charge tient au fait qu'il n'y a pour l'heure pas de consensus. Les anti-inflammatoires sont généralement prescrit en première intention mais les opioïdes peuvent être une solution en cas de forte dégradation de la qualité de vie.
Les thérapies ciblées (TC) sont disponibles depuis 2001 avec l'Imatimib. Actuellement, 50 % des anticancéreux per os sont des TC (contre 20 % de l'hormonothérapie et 30% de la chimiothérapie conventionnelle). Ces produits bloquent la croissance des cellules tumorales en s'attaquant spécifiquement à certaines de leurs anomalies identifiées lors d'analyses moléculaires. L'algologue est confronté à des douleurs consécutives de mucites parfois très invalidantes, des syndrômes mains-pied et des asthénies importantes. Leur prise en charge est pluriprofessionnelle dans le cadre des soins de support.

Bibliographie

Camejo N et al. Arthralgia and myalgia associated with aromatase inhibitors: frequency and characterization in real-life patients. ecancer 2024, 18:1697.
https://doi.org/10.3332/ecancer.2024.1697

Cours supérieurs

Place des médicaments antidépresseurs dans la douleur chronique (session formation continue)

Prescription des antidépresseurs dans une prise en soins globale des patients souffrant de douleur chronique

C. Bertin 1
1 Service De Pharmacologie Médicale, Centres Addictovigilance Et Pharmacovigilance, Centre D'evaluation Et De Traitement De La Douleur, Université Clermont Auvergne, Chu Clermont-Ferrand, Inserm, Neuro-Dol, F-63000 Clermont-Ferrand, France. - Clermont-Ferrand (France)

Au-delà de leur action sur l'humeur, les antidépresseurs constituent un pilier de la prise en charge pharmacologique de la douleur chronique. Qu'elle soit neuropathique, nociplastique ou mixte, cette douleur mobilise des mécanismes neurobiologiques complexes impliquant les voies descendantes monoaminergiques. Leur effet analgésique repose principalement sur l'inhibition de la recapture de la noradrénaline, renforçant l'inhibition descendante via les récepteurs α2-adrénergiques et modulant la sensibilisation centrale.
Cette intervention guidera une prescription personnalisée et raisonnée, intégrée dans une stratégie de soins globale. Le choix de la molécule dépendra du type de douleur (neuropathique, nociplastique, mixte), des comorbidités psychiatriques (dépression, anxiété, troubles du sommeil) et du profil du patient (âge, antécédents, polymédication).
L'exposé passera en revue les différentes classes d'antidépresseurs – tricycliques, inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et autres molécules – en discutant leurs indications, leurs bénéfices et risques comparés selon les mécanismes des douleurs et les situations cliniques comorbides.
Seront également détaillées les modalités pratiques : posologie initiale, titration progressive, durée minimale d'essai thérapeutique, gestion des effets indésirables et arrêt progressif pour éviter les syndromes de sevrage. L'intégration de ces traitements dans une approche multimodale – associant des thérapeutiques médicamenteuses (anticonvulsivants, opioïdes faibles) et non médicamenteuses (thérapies cognitivo-comportementales, thérapies d'acceptation et d'engagement, activité physique adaptée) – sera mise en avant, ainsi que l'évaluation régulière de l'efficacité (réduction de la douleur, amélioration fonctionnelle, qualité de vie) et de la tolérance pour guider les adaptations.
Enfin, l'information et l'implication du patient sont essentielles pour lever les idées reçues (« les antidépresseurs sont réservés aux dépressifs »), clarifier les objectifs (soulagement de la douleur, amélioration de la qualité de vie) et favoriser l'adhésion à un traitement dont l'action peut être différée. Cette approche s'inscrit ainsi dans une prise en soins globale et personnalisée de la douleur chronique.

Bibliographie
(1) Finnerup NB et al. Lancet Neurol. 2015;14:162-173.
(2) Obata H. Int J Mol Sci. 2017;18:2483.
(3) Micó JA et al. Trends Pharmacol Sci. 2006;27:348-354.

Cours supérieurs

Regards croisés sur les otalgies

Otalgies et céphalées – Le point de vue du neurologue

G. Demarquay 1
1 Hospices Civils De Lyon, Lyon Neuroscience Research Center (crnl), Inserm U1028, Cnrs Umr5292, Lyon, France - Lyon (France)

L'otalgie d'origine neurologique : une cause à ne pas méconnaître

L'otalgie (douleur auriculaire) est un symptôme fréquent dont les causes sont nombreuses. Lorsqu'aucune anomalie n'est retrouvée à l'examen ORL, une otalgie secondaire doit être recherchée, notamment d'origine neurologique. L'anamnèse doit préciser la localisation exacte, le type et la durée de la douleur, les symptômes associés, les facteurs déclenchants et être complétée par un examen clinique.

Une douleur intense, brève, durant quelques secondes, à type de décharge électrique ou de coup de couteau, localisée dans le territoire sensitif d'un nerf crânien, évoque une névralgie. L'identification du nerf impliqué en cas d'otalgie peut être difficile en raison de l'innervation sensitive complexe de l'oreille, assurée par plusieurs nerfs: le nerf trijumeau (branche auriculotemporale de V3), le nerf facial (nerf intermédiaire de Wrisberg, VII bis), le nerf glossopharyngien (IX), le nerf vague (X) et le plexus cervical superficiel (C2–C3). Les névralgies du glossopharyngien et du nerf intermédiaire représentent les principales causes d'otalgies secondaires d'origine névralgique.

Certaines céphalées secondaires peuvent également être associées à des symptômes ORL, en particulier celles liées à des modifications de la pression intracrâniennes (hypertension et hypotension intracrânienne). L'hypotension intracrânienne, dont la forme spontanée est mieux caractérisée ces dernières années, se manifeste classiquement par une céphalée orthostatique, souvent associée à des symptômes cochléovestibulaires. Dans certains cas, l'otalgie peut être au premier plan du tableau clinique.

Enfin, parmi les céphalées primaires, la migraine est classiquement à une phonophobie. Ces manifestations peuvent induire des conduites d'évitement et altérer la qualité de vie, y compris en période intercritique. Chez certains patients migraineux, une otalgie peut être au premier plan.

Cours supérieurs

Regards croisés sur les otalgies

Otalgies et pathologies musculo-squelettiques - Le point de vue du kinésithérapeute

A. Demont 1
1 Inserm Umr-S 1153, Centre De Recherche Épidémiologique Et Statistique Sorbonne Paris Cité - Paris (France)

La région auriculaire, partiellement innervée par le nerf petit occipital issu de la racine de C2, peut être le siège de douleurs référées d'origine cervicale haute, évoquant potentiellement une céphalée cervicogénique (1). Celle-ci ne doit pas être confondue avec la névralgie occipitale (anciennement "névralgie d'Arnold"), caractérisée par des douleurs neuropathiques et paroxystiques sur le territoire du nerf grand et/ou petit occipital (2). Sur le plan physiopathologique, la théorie trigémino-vasculo-cervicale explique la convergence des afférences des nerfs C1-C3 avec le noyau caudal du trijumeau, notamment sa branche ophtalmique, justifiant la douleur autour de l'œil, du front et des tempes (3–5). Les structures potentiellement responsables incluent les articulations cervicales hautes, les ligaments cervicaux, les muscles cervicaux profonds et les vaisseaux cervicaux (4).
Pour formuler le diagnostic, les critères de la Classification Internationale des Céphalées et du Groupe d'Étude de la Céphalée Cervicogénique sont utilisés en pratique clinique (1,6), bien que leur validité soit discutée (7). Les signes cliniques les plus évocateurs sont : i) la présence de céphalées unilatérales irradiant postéro-antérieurement et ii) déclenchées par les mouvements et/ou les postures cervicaux, iii) associées à des douleurs diffuses dans l'épaule et/ou le bras, et iv) de manière inconstante à des nausées, de la photophobie ou des sensations vertigineuses (7). Lors de l'examen physique cervical, le test de flexion-rotation cervicale est le plus sensible et spécifique (7). L'imagerie n'est pas indiquée en première intention, en raison du risque élevé de faux positifs (8,9). Elle peut être toutefois indiquée chez les patients de plus de 55 ans réfractaires à la rééducation ou après un traumatisme cervical en se basant sur les règles canadiennes (C-Spine Rule) ou NEXUS (10,11).
Les traitements recommandés pour la prise en charge de la céphalée cervicogénique reposent sur la combinaison d'exercices thérapeutiques et de thérapie manuelle ciblant le rachis cervical (12–15). Les médicaments tels que les anti-inflammatoires non-stéroïdiens ont une efficacité modérée à court terme mais exposent à des effets indésirables (16). La thérapie manuelle est efficace à court terme sur la fréquence et l'intensité des céphalées (14,17,18), mais non sur le long terme. Les exercices spécifiques ciblant le rachis cervical sont efficaces à long terme (14) et doivent être personnalisés selon les attentes du patient, notamment pour améliorer la tolérance aux contraintes cervicales et renforcer les muscles déficitaires.
Enfin, en cas d'échec thérapeutique, une infiltration en sous-cutanée du nerf occipital peut être proposée pour réduire l'intensité de la douleur (19–21).

Bibliographie

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018;38(1):1-211.
2. Melchior AG, Al-Khazali S, Christensen RH, Al-Khazali HM, Ashina H. Epidemiology and clinical features of occipital neuralgia: A systematic review and meta-analysis. Cephalalgia. févr 2025;45(2):3331024251317595.
3. Bogduk N. Cervicogenic headache: Anatomic basis and pathophysiologic mechanisms. Current Science Inc. 1 août 2001;5(4):382-6.

4. Bogduk N, Govind J. Cervicogenic headache: an assessment of the evidence on clinical diagnosis, invasive tests, and treatment. The Lancet Neurology. 1 oct 2009;8(10):959-68.
5. Bogduk N. The anatomical basis for cervicogenic headache. J Manipulative Physiol Ther. janv 1992;15(1):67-70.
6. Sjaastad O, Fredriksen TA, Pfaffenrath V. Cervicogenic headache: diagnostic criteria. The Cervicogenic Headache International Study Group. Headache. juin 1998;38(6):442-5.
7. Demont A, Lafrance S, Benaissa L, Mawet J. Cervicogenic headache, an easy diagnosis? A systematic review and meta-analysis of diagnostic studies. Musculoskeletal Science and Practice. 1 déc 2022;62:102640.
8. Masharawi Y, Mansour AM, Peled N, Weisman A. A comparative shape analysis of the cervical spine between individuals with cervicogenic headaches and asymptomatic controls. Sci Rep. 30 sept 2021;11(1):19413.
9. Nordin M, Carragee EJ, Hogg-Johnson S, Weiner SS, Hurwitz EL, Peloso PM, et al. Assessment of neck pain and its associated disorders: results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. Spine. 15 févr 2008;33(4 Suppl):S101-122.
10. Canadian CT Head and C-Spine (CCC) Study Group. Canadian C-Spine Rule study for alert and stable trauma patients: I. Background and rationale. CJEM. mars 2002;4(2):84-90.
11. Hoffman JR, Wolfson AB, Todd K, Mower WR. Selective cervical spine radiography in blunt trauma: methodology of the National Emergency X-Radiography Utilization Study (NEXUS). Ann Emerg Med. oct 1998;32(4):461-9.
12. Becher B, Lozano-López C, Castro-Carletti EM de, Hoffmann M, Becher C, Mesa-Jimenez J, et al. Effectiveness of therapeutic exercise for the management of cervicogenic headache: A systematic review. Musculoskeletal Science and Practice. 1 août 2023;66:102822.
13. Jung A, Carvalho GF, Szikszay TM, Pawlowsky V, Gabler T, Luedtke K. Physical Therapist Interventions to Reduce Headache Intensity, Frequency, and Duration in Patients With Cervicogenic Headache: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. Phys Ther. 1 févr 2024;104(2):pzad154.
14. Demont A, Lafrance S, Gaska C, Kechichian A, Bourmaud A, Desmeules F. Efficacy of Physiotherapy Interventions for The Management of Adults With Cervicogenic Headache: A Systematic Review and Meta-Analyses of Randomized Controlled Trials. PM R. 2023;
15. Luedtke K, Allers A, Schulte LH, May A. Efficacy of interventions used by physiotherapists for patients with headache and migraine—systematic review and meta-analysis. Cephalalgia. 1 avr 2016;36(5):474-92.
16. Nassery A, Schuster NM. Cervicogenic Headache. In: Mao J, éditeur. Spine Pain Care: A Comprehensive Clinical Guide [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2020 [cité 25 févr 2021]. p. 189-97. Disponible sur: https://doi.org/10.1007/978-3-030-27447-4_15
17. Castien R, De Hertogh W. A Neuroscience Perspective of Physical Treatment of Headache and Neck Pain. Front Neurol [Internet]. 26 mars 2019 [cité 17 mars 2021];10. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6443880/
18. Fernández-de-las-Peñas C, Courtney CA. Clinical reasoning for manual therapy management of tension type and cervicogenic headache. J Man Manip Ther. févr 2014;22(1):44-50.
19. Demont A, Lafrance S, Recoque V, Mawet J. When to Refer Patients With Cervicogenic Headache for an Occipital Nerve Corticosteroid Injection: A Multiple-Case Series. JOSPT Cases. août 2021;1(3):135-42.
20. Naja ZM, El-Rajab M, Al-Tannir MA, Ziade FM, Tawfik OM. Occipital nerve blockade for cervicogenic headache: a double-blind randomized controlled clinical trial. Pain Pract. juin 2006;6(2):89-95.
21. Lauretti GR, Corrêa SWRO, Mattos AL. Efficacy of the Greater Occipital Nerve Block for Cervicogenic Headache: Comparing Classical and Subcompartmental Techniques. Pain Pract. sept 2015;15(7):654-61.

Cours supérieurs

Les circuits neuronaux de la douleur à la souffrance

Ontogenèse de la nociception et de la douleur

P. Poisbeau 1
1 Université De Strasbourg - Strasbourg (France)

La nociception est une fonction défensive présente chez tous les vertébrés ainsi que chez les invertébrés. La nociception est assurée par un système nerveux spécifique (le système nociceptif) qui permet la transduction, l'intégration et le codage des stimulations mécaniques, thermiques ou chimiques, pouvant potentiellement mettre en danger l'organisme [1]. Ce système est en continuité avec d'autres structures nerveuses qui permettent une réaction motrice involontaires (reflexes nociceptifs somatique ou autonome). L'activation du système nociceptif ne donne pas toujours naissance à une expérience de douleur ou à de la souffrance. C'est le cas lors du retrait rapide de la main d'une plaque chauffante (reflexe nociceptif), ou lorsqu'un individu est placé sous anesthésie générale et soumis aux actions effractantes du chirurgien. Comme le rappelle l'IASP, la douleur est une « expérience » qui requière l'activation de structures nerveuses de la conscience. Cette conscience est complexe car elle implique l'expérience individuelle singulière d'une souffrance et la mémorisation (évaluation-réévaluation) de celle-ci par des structures limbiques. Ces éléments sont essentiels pour comprendre l'émergence de la douleur au cours du neurodéveloppement.
Avant 1987 et la publication d'un article majeur par « Sunny » Anand, la sensibilité douloureuse des enfants nouveau-nés a été largement minimisée voire niée [2]. Ces travaux vont permettre une prise de conscience que les nouveau-né, y compris extrêmement prématurés (24-28 semaines d'aménorrhées) peuvent exprimer la douleur [3]. Les circuits thalamocorticaux, dont le rôle dans la conscience n'est pas contesté, sont connectés dès la fin du second trimestre de gestation. Il est également possible d'enregistrer des réponses neurophysiologiques et hémodynamiques corticale (imagerie fonctionnelle) suite à une stimulation nociceptive procédurale [4,5]. Il est d'ailleurs intéressant de noter qu'avant 32-34 semaines d'aménorrhée, les réponses neurophysiologiques corticales et l'expression faciale du nouveau-né ne permettent pas de savoir si la stimulation mécanique appliquée est non nociceptive ou nociceptive [5].
Cela ne veut pourtant pas dire que les nouveau-né prématurés ne ressentent pas la douleur ou la souffrance ! En effet, et sans évidence du contraire, les nouveau-nés de plus de 22-24 semaines d'aménorrhée disposent d'un système nociceptif interconnecté à toutes les structures sensorielles, émotionnelles et cognitives. Ils peuvent donc en théorie vivre une expérience sensorielle et émotionnelle de la douleur. Ils peuvent mémoriser (au moins dans leurs circuits) des douleurs précoces et inscrire durablement ces traumatismes. De nombreux travaux sur les prématurés, et leur prise en charge, montrent l'impact de la douleur procédurale sur la trajectoire de santé de ces enfants à l'age adulte et comme ces expériences adverses modifient durablement leur ADN (régulation épigénétique), leurs fonctions adaptatives et leurs capacités de résilience [6]. Les travaux évoqués dans cette intervention soulignent l'extrême vulnérabilité du nouveau-né vis-à-vis de la douleur et ses conséquences à long-terme. Ils soutiennent pleinement les stratégies de soin de développement centrés sur l'enfant et sa famille et la réduction de la douleur et du stress du nouveau-né.

Bibliographie

1. Poisbeau P, Salvat E (2025) Neurophysiology of acute and chronic pain: from genes to pain symptoms. BJA education 25:357-366.

2. Anand KJ, Hickey PR (1987) Pain and its effects in the human neonate and fetus. N Engl J Med 317:1321-1329.
3. Melchior M, Kuhn P, Poisbeau P (2022) The burden of early life stress on the nociceptive system development and pain responses. Eur J Neurosci 55:2216-2241.
4. Frie J, Bartocci M, Lagercrantz H, Kuhn P (2018) Cortical Responses to Alien Odors in Newborns: An fNIRS Study. Cereb Cortex 28:3229-3240.
5. Green G, Hartley C, Hoskin A, Duff E, Shriver A, Wilkinson D, Adams E, Rogers R, Moultrie F, Slater R (2019) Behavioural discrimination of noxious stimuli in infants is dependent on brain maturation. Pain 160:493-500.
6. Gkiouzeli A, Baire S, Poisbeau P (2024) Chapitre 12: Régulations épigénétiques induites par les premières expériences adverses de douleur et par la douleur chronique. In: Epigénétique et santé psychologique: fondements, processus et thérapies (Lemetayer F, Trousselard M, Tarquinio C, eds). Paris: Dunod.

Cours supérieurs

Les circuits neuronaux de la douleur à la souffrance

De la nociception à la douleur, de la douleur à la souffrance

H. Bastuji 1
1 Crnl Equipe Neuropain, Hospices Civils De Lyon - Lyon (France)

Alors que la nociception correspond au processus physiologique de détection d'un stimulus nocif par le système nerveux, indépendamment de toute perception consciente, la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle subjective et consciente. La souffrance est, elle, une expérience émotionnelle et psychologique complexe s'inscrivant dans la durée et considérée comme la conséquence psychique de la douleur.
Le traitement inconscient des informations spinothalamiques et spino-parabrachio-amygdaliennes est initié en parallèle dans les zones sensorielles, motrices et limbiques ; la prise de conscience est soutenue par une activité coordonnée des réseaux sensorimoteurs et fronto-pariéto-insulaires, conduisant à une conscience déclarative complète grâce à l'intégration des souvenirs autobiographiques et de la conscience de soi, impliquant les zones cingulaires postérieures et temporales médianes. Si cette séquence complète n'est présente que pendant les états de vigilance totale, même en l'absence de conscience, l'activation limbique et végétative répétée par des stimuli douloureux via les voies spinothalamique et amygdalienne peut générer des traces mnésiques implicites et des séquences stimulus-réponse anormales, contribuant éventuellement à des syndromes d'anxiété ou d'hyperalgésie de longue durée.
A côté des moyens médicamenteux, la douleur et la souffrance potentielle qu'elle induit peuvent être modulées en fonction des situations dans lesquelles la stimulation se produit : on parle alors de modifications contextuelles, et les mécanismes impliqués ne sont pas univoques. L'un d'entre eux implique une modification du message sensoriel dans les régions corticales recevant des informations nociceptives ascendantes, pouvant être désactivées pendant l'hypoalgésie et hyperactivées pendant l'hyperalgésie contextuelle via des contrôles descendants. Des modifications similaires de la perception peuvent également se produire par le biais d'activations / désactivations complexes impliquant des régions de haut niveau (préfrontales, pariétales postérieures,…) sans modification de l'activité dans les zones nociceptives ; on parle alors d'un « biais de décision » perceptif. Un troisième mécanisme, observé lors de tâches impliquant l'introspection et des procédures autoréférentielles telles que la méditation, la prière religieuse ou la nostalgie, semble impliquer une désactivation paradoxale des zones préfrontales dorsolatérales et ventrolatérales. Ainsi des changements subjectifs comparables de la douleur peuvent résulter de schémas d'activation cérébrale distincts, reflétant diverses « stratégies neuronales ».
Par ses réponses émotionnelles, comportementales et affectives, la douleur lorsqu'elle s'installe peut devenir souffrance psychique avec anxiété et dépression. Cette souffrance est un phénomène multidimensionnel faisant partie d'une expérience plus large mobilisant notre personnalité, notre mémoire, et nos systèmes de défense.

Cours supérieurs

Les circuits neuronaux de la douleur à la souffrance

Souffrance humaine, souffrance animale : pas pareil ?!

D. Bouhassira 1
1 Inserm U987 - Boulogne-Billancourt (France)

Dans cette présentation nous discuterons des avantages et limites des modèles expérimentaux de douleur.

Cours supérieurs

Stress et douleur

Mécanismes du stress en clinique de la douleur

P. Philippot 1
1 Uclouvain - Louvain- (Belgium)

La douleur est une expérience subjective incarnée, tout comme l'émotion. Douleur et émotion partagent de nombreux mécanismes tant sur le plan cérébral (toutes deux activent des réseaux cérébraux semblables) que sur le plan psychologique. Dans cette présentation, je vais me centrer sur deux phénomènes psychologiques qui sont centraux pour notre compréhension clinique tant de la douleur que de l'émotion : la perception des symptômes et la réaction aux états aversifs.
Concernant la perception des symptômes, les sensations corporelles constituent un élément central tant de l'expérience émotionnelle que de la douleur. Un ensemble de données expérimentales démontrent que ce processus est avant tout déterminé par des attentes (« priors ») de l'individu (1). Des symptômes et sensations corporelles peuvent même être ressenties en l'absence de toute stimulation du système perceptif. La recherche a aussi montré que l'affectivité négative (une caractéristique individuelle dénotant la propension à ressentir des émotions négatives) est un modérateur important (2).
La recherche en psychopathologie a révélé que la réaction aux états aversifs constituait un élément fondamental dans l'apparition de troubles des émotions, qu'il s'agisse de troubles de l'humeur ou de l'anxiété (3, 4). Dans ce cadre, je présenterai le modèle de la détresse émotionnelle de Barlow (5) ainsi que les notions d'émotions primaires et secondaire (6). Ces notions théoriques seront appliquées à la douleur chronique.
Je développerai les implications cliniques et pratiques de ces deux phénomènes.

Bibliographie

1. Van den Bergh, O., Witthöft, M., Petersen, S., Brown, R.W. (2017). Symptoms and the body: Taking the inferential leap. Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 74, 185-203.
2. Tan, Y., Van den Bergh, O., Qiu, J., Von Leupoldt, A. (2019). The Impact of Unpredictability on Dyspnea Perception, Anxiety and Interoceptive Error Processing. FRONTIERS IN PHYSIOLOGY, 10, Art.No. ARTN 535. doi: 10.3389/fphys.2019.00535
3. Power, M. (2010). Emotion-focused Therapy. London : Wiley.
4. Philippot, P. (2011). Emotion et psychothérapie (2sd. Ed.). Wavre, Belgique : Mardaga.
5. Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Towards a unified treatment for emotional disorders. Behavior Therapy, 35, 205-230.
6. Greenberg, L. S. (2021). Changing emotion with emotion: A practitioner's guide (pp. 3–13). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/0000248-001

Cours supérieurs

Stress et douleur

Gestion du stress en TCCE

A. Masselin-Dubois 1
1 Université Bourgogne Europe, Laboratoire Psydrepi Ea 7458 - Dijon (France)

Gestion du stress en thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

La douleur chronique s'accompagne fréquemment d'un niveau élevé de stress, contribuant à un cercle vicieux où tension psychophysiologique, catastrophisme et comportement d'évitement entretiennent et aggravent la souffrance. Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) constituent une approche validée pour aider les patients à mieux comprendre et réguler ce stress.

La prise en charge repose sur plusieurs axes complémentaires : la psychoéducation, pour clarifier les mécanismes de la douleur et du stress ; les techniques de relaxation et de contrôle de la respiration, afin de réduire l'activation physiologique ; la restructuration cognitive, visant à transformer les pensées catastrophistes en interprétations plus réalistes ; l'exposition graduée, qui facilite la reprise progressive des activités évitées ; et l'entraînement aux habiletés d'affirmation de soi et de résolution de problèmes, favorisant une meilleure adaptation aux contraintes du quotidien. L'intégration de la pleine conscience permet en outre de modifier la relation au stress et à la douleur, en cultivant une attitude d'acceptation et de présence.

Les études soulignent que ces interventions diminuent le stress perçu et améliorent la qualité de vie, en rendant le patient acteur de sa prise en charge. Les TCC apparaissent ainsi comme un levier essentiel dans les programmes interdisciplinaires de traitement de la douleur chronique.

Bibliographie

Masselin-Dubois, A. (2025). Psychothérapies en clinique de la douleur. Approche pluriprofessionnelle et dispositifs psychothérapeutiques. Editions Doin.
Masselin-Dubois, A. (2021). Interventions la 3ème vague des TCC en douleur chronique. In Laroche, F. & Roussell, P. Douleur chronique et thérapies comportementales et cognitives (TCC). Editions In Press.
Philippot, P (2007). Emotion et psychothérapie. Ed Mardaga.
Servant, D. (2022). Gestion du stress et de l'anxiété. Concepts médicaux et psychologiques, diagnostic, prise en charge et traitements. Ed Elsevier Masson.
Vlaeyen JWS, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. Pain. 2000 Apr;85(3):317-332.

Cours supérieurs
Stress et douleur

Approche idéographique en clinique de la douleur

J. Vlaeyen 1
1 Maastricht University - Maastricht (Netherlands)

Approche idéographique en clinique de la douleur: Le rôle des protocols expérimentaux à cas unique (PECU)

Dans un essai contrôlé randomisé (ECR) typique, les participants sont assignés aléatoirement à un groupe expérimental ou contrôle. Les moyennes des groupes sont comparées et la taille d'effet est calculée, souvent exprimée par le d de Cohen ou des intervalles de confiance. Cette approche de référence a conduit à de nombreux traitements de la douleur fondés sur des preuves et à des lignes directrices cliniques au niveau populationnel, constituant l'épine dorsale de la médecine moderne basée sur les preuves.

Cependant, une question critique a émergé : cette information agrégée fournit-elle des informations valides concernant le résultat attendu d'un patient individuel ? L'hypothèse selon laquelle les données basées sur les groupes peuvent être généralisées au patient individuel a été critiquée par les chercheurs qui soulignent la variabilité inter-individuelle substantielle dans les réponses au traitement, les interactions traitement-par-patient, et le potentiel d'erreurs écologiques lors de l'application de résultats populationnels à des cas individuels[7].

Une approche méthodologique alternative est l'analyse des données au niveau individuel par les PECU (protocols/plans expérimentaux à cas unique, ou en Anglais: SCED : Single Case Experimental Design), également connus sous le nom d'études N-de-1 [3; 5]. Il s'agit de plans rigoureux où un cas est observé de manière répétée avant, pendant et après une intervention, permettant l'établissement d'inférences causales individualisées. Les PECU emploient une manipulation systématique des variables indépendantes et une mesure continue des variables dépendantes, incorporant des principes de contrôle expérimental tels que l'établissement de la ligne de base, l'implémentation de l'intervention, et des phases de retrait.

Les PECU sont méthodologiquement distincts des études de cas traditionnelles, de la recherche observationnelle non contrôlée, ou des comparaisons avant-après qui manquent de rigueur expérimentale. Ils incorporent des mesures de ligne de base multiples, l'introduction systématique d'interventions, des procédures de randomisation et des techniques d'analyse statistique adaptées aux séries temporelles avec des mesures de taille d'effet [2; 4].

Dans cette présentation, le développement historique des PECU sera brièvement passé en revue, retraçant leurs origines depuis la psychologie comportementale jusqu'aux applications actuelles en médecine clinique. Les composants méthodologiques essentiels seront mis en évidence, incluant les critères de sélection, les considérations de mesure et les approches d'analyse. Enfin, les bénéfices et limitations des PECU seront discutés, examinant

leur rôle potentiel dans la réduction de l'écart entre preuves populationnelles et soins individualisés, tout en reconnaissant les défis liés à la généralisabilité et à l'intégration dans la pratique clinique. Les points théoriques seront illustrés par des études sur les effets des thérapies psychologiques pour les personnes souffrant de douleur chronique [1; 6].

Bibliographie

[1] de Jong JR, Vlaeyen JW, van Eijsden M, Loo C, Onghena P. Reduction of pain-related fear and increased function and participation in work-related upper extremity pain (WRUEP): effects of exposure in vivo. Pain 2012;153(10):2109-2118.
[2] Giannakakos AR, Lanovaz MJ. Using AB Designs With Nonoverlap Effect Size Measures to Support Clinical Decision-Making: A Monte Carlo Validation. Behav Modif 2023;47(6):1407-1422.
[3] Onghena P, Edgington ES. Customization of Pain Treatments: Single-Case Design and Analysis. The Clinical journal of pain 2005;21(1):56-68.
[4] Tanious R, Manolov R, Onghena P, Vlaeyen JWS. Single-case experimental designs: the importance of randomization and replication. Nature Reviews Methods Primers 2024;4(1):27.
[5] Tanious R, Onghena P. Randomized Single-Case Experimental Designs in Healthcare Research: What, Why, and How? Healthcare 2019;7(4):143.
[6] Vlaeyen JW, de Jong J, Geilen M, Heuts PH, van Breukelen G. Graded exposure in vivo in the treatment of pain-related fear: a replicated single-case experimental design in four patients with chronic low back pain. Behav Res Ther 2001;39(2):151-166.
[7] Vlaeyen JWS, Milde C. The precarious use of group data to understand individual processes in pain science. Pain 2025;166(8):1721-1722.

Cours supérieurs

Douleur et TSA

Revue de littérature scientifique

C. Salabura 1, A. Sourty 2, F. Bat-Pitault 3, K. Regnery 1, S. Mayen 3, S. Colson 3
1 Ahsm - Privas (France), 2 Ch Le Vinatier - Bron (France), 3 Aphm - Marseille (France)

Evaluation de la douleur des enfants et adolescents avec troubles du spectre de l'autisme

L'objectif de cette recherche est d'identifier les modes d'évaluation de la douleur les plus adaptés pour la population des enfants et adolescents avec troubles du spectre de l'autisme ainsi que les perceptions ou comportements douloureux spécifiques, en tenant compte de la sévérité des troubles et autres critères diagnostiques (avec ou sans déficit intellectuel, avec ou sans altération du langage).

Une synthèse et analyse de la littérature internationale a été réalisée.

Quatorze études ont été sélectionnées. Aucune différence n'a été retrouvé dans les comportements douloureux en fonction de l'âge et du sexe des enfants ou adolescents avec autisme. Trois études ont montré des comportements douloureux communs aux autres groupes mais d'autres, des comportements spécifiques. Concernant la concordance entre sévérité de l'autisme et l'hypo sensibilité douloureuse, les résultats des études ne sont pas unanimes, de même lorsqu'il y a présence de trouble du langage ou de déficience intellectuelle associés. La Non-Communicative Children Pain Checklist ou sa traduction culturelle en Français et Italien a montré une bonne validité interne et a été utilisé par presque la moitié des études en hétéro évaluation, majoritairement parentale. L'analyse des entretiens parents/enfants/soignants des études montre l'intérêt de personnaliser l'évaluation de la douleur des enfants et adolescents avec autisme en tenant compte des particularités du sujet, de la pathologie et du contexte.

Une approche intégrative et personnalisée de la douleur semble appropriée pour mieux la comprendre et la repérer.

Bibliographie

1. Bignan, S., Charles, R., & Rousselon, V. (2020). Évaluer la douleur des enfants présentant des troubles du spectre de l'autisme. L'information psychiatrique, 96(4), 285-290. https://doi.org/10.1684/ipe.2020.2098

2. Courtemanche, A. B., & Black, W. R. (2016). Everyday expressions of pain in children with and without autism spectrum disorder. Research in Autism Spectrum Disorders, 26, 65-70. https://doi.org/10.1016/j.rasd.2016.02.010

3. Courtemanche, A. B., Black, W. R., & Reese, R. M. (2016). The relationship between pain, self-injury, and other problem behaviors in young children with autism and other developmental disabilities. American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities, 121(3), 194-203. https://doi.org/10.1352/1944-7558-121.3.194

4. Dubois, A., Michelon, C., Rattaz, C., Zabalia, M., & Baghdadli, A. (2017). Daily living pain assessment in children with autism : Exploratory study. Research in Developmental Disabilities, 62, 238-246. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2017.01.003

5. Duerden, E. G., Taylor, M. J., Lee, M., McGrath, P. A., Davis, K. D., & Roberts, S. W. (2015). Decreased Sensitivity to Thermal Stimuli in Adolescents With Autism Spectrum Disorder : Relation to Symptomatology and Cognitive Ability. The Journal of Pain, 16(5), 463-471. https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.02.001
6. Ely, E., Chen-Lim, M. L., Carpenter, K. M. I., Wallhauser, E., & Friedlaender, E. (2016). Pain assessment of children with autism spectrum disorders. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 37(1), 53-61. https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000240
7. Grosvenor, L. P., Whitney, D. G., Volk, H. E., & Fallin, M. D. (2021). Exploring a Role for Parental Mental Health in Perception and Reports of Pain on Behalf of Children with Autism Spectrum Disorder. Autism Research and Treatment, 2021, 2981383. https://doi.org/10.1155/2021/2981383
8. Halayem, S., Charfi, N., Touati, M., Mrabet, A., & Bouden, A. (2018). Sensitivity to pain in autistic spectrum disorders : Its links with self-gressivity. La Tunisie Medicale, 96(8-9), 501-504.
9. Oueriagli Nabih, F., Benali, A., Kachouchi, A., Adali, I., Manoudi, F., & Asri, F. (2016). Perception de la douleur chez les enfants autistes (étude prospective de 40 cas). Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 64(1), 52-57. https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2015.04.007
10. Palese, A., Conforto, L., Meloni, F., Bordei, V., Domenighini, A., Bulfone, E., Grassetti, L., & Gonella, S. (2021). Assessing pain in children with autism spectrum disorders : Findings from a preliminary validation study. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 35(2), 457-467. https://doi.org/10.1111/scs.12857
11. Rattaz, C., Dubois, A., Michelon, C., Viellard, M., Poinso, F., & Baghdadli, A. (2013). How do children with autism spectrum disorders express pain? A comparison with developmentally delayed and typically developing children. Pain, 154(10), 2007-2013. https://doi.org/10.1016/j.pain.2013.06.011
12. Riquelme, I., Hatem, S. M., & Montoya, P. (2018). Reduction of pain sensitivity after somatosensory therapy in children with autism spectrum disorders. Journal of Abnormal Child Psychology, 46(8), 1731-1740. https://doi.org/10.1007/s10802-017-0390-6
13. Schudlo, L. C., Anagnostou, E., Chau, T., & Doyle-Thomas, K. (2021). Investigating sensory response to physical discomfort in children with autism spectrum disorder using near-infrared spectroscopy. PloS One, 16(9), e0257029. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257029
14. Tordjman, S., Anderson, G. M., Charrier, A., Oriol, C., Kermarrec, S., Canitano, R., Botbol, M., Coulon, N., Antoine, C., Brailly-Tabard, S., Cohen, D., Haidar, H., Trabado, S., Carlier, M., Bronsard, G., & Mottron, L. (2018). Relationships Between Self-Injurious Behaviors, Pain Reactivity, and β-Endorphin in Children and Adolescents With Autism. The Journal of Clinical Psychiatry, 79(2), 16m10889. https://doi.org/10.4088/JCP.16m10889

Cours supérieurs

Douleur et TSA

Douleur et TSA: ce qu'il faut savoir !

F. Almodovar 1, A. Fotré 1
1 Cra Ra - Bron (France)

Douleur et autisme : mieux comprendre une expression atypique pour améliorer l'accès aux soins

Contrairement aux idées reçues, les personnes autistes ressentent la douleur. Cependant, leur manière de la percevoir, de l'interpréter et de l'exprimer diffère souvent des standards médicaux habituels, rendant la reconnaissance et la prise en charge plus complexes.

L'expression de la douleur chez les personnes autistes peut être non verbale, inadaptée ou déroutante : rires, retrait, agitation ou silence peuvent être les seuls signes perceptibles. Ces comportements sont parfois interprétés à tort comme des troubles du comportement, alors qu'ils traduisent une souffrance réelle. L'automutilation peut également constituer un mode de régulation lorsque la douleur n'est ni bien perçue, ni exprimable.

Plusieurs spécificités neurocognitives expliquent ces particularités et ont des conséquences cliniques importantes. Cette présentation pourra permettre aux professionnels d'approfondir leurs connaissances des spécificités de la douleur dans l'autisme et d'adapter leur pratique aux besoins des personnes.
Orateurs: Alexandra Fotré (pair-aidante) Almodovar Fleuriane (IDE)

Bibliographie

DuBois, D., et al. (2016).
"Intact pain empathy in autism spectrum disorder: Evidence from a functional MRI study."
Journal of Autism and Developmental Disorders, 46(4), 1241–1254.

Mazurek, M. O., et al. (2012).
"Age at first diagnosis and satisfaction with health care services among parents of children with autism spectrum disorders."
Pediatric Nursing, 38(4), 195–202.

Hirvikoski, T., et al. (2016).
"Premature mortality in autism spectrum disorder."
The British Journal of Psychiatry, 208(3), 232–238.

Cours supérieurs

Douleur et TSA

Les Collectifs Douleur : objectifs et collaboration

A./.A. Sourty / Garel 1
1 Centre De Ressources Autisme R-A - Bron

La douleur chez les personnes avec TSA, souvent dyscommunicantes, reste difficile à identifier et à évaluer par les personnes elles-mêmes, les professionnels, les familles. Face à ce constat, l'ADAPEI 35 a initié la création d'un collectif pluriprofessionnel « Douleur & TSA », inspiré du « Collectif douleur du CRA RHONES ALPES », un modèle existant depuis plus de 10 ans et transposable à l'échelle d'une association médico-social. Les missions générales du collectif sont de promouvoir la prise en charge de la douleur des personnes avec un TSA, pour ce qui est de la prévention et l'évaluation de la douleur.
Nos diverses rencontres ont pour objectifs :

- de partager nos expériences par des vignettes cliniques, nos outils, nos difficultés et nos leviers d'accompagnements.
- de mettre en commun notre réseau partenariale en ce qui concerne l'accès aux soins du territoire de Rennes.
- d'enrichir nos connaissances par des formations, participations à des congrès, etc.
-

Certains membres de ce collectif forment et outillent les professionnels du secteur médico-social accompagnant les personnes avec un TSA avec 3 objectifs : comprendre l'impact des TSA sur la douleur, prévenir les phénomènes douloureux par l'habituations aux soins et les techniques non médicamenteuses d'apaisement, et utiliser les échelles d'évaluation.
Nos perspectives :
Consolider le collectif, élargir les partenariats territoriaux et les formation extra association sur le département, et inscrire durablement la démarche dans les pratiques médico-sociales et sanitaires

Cours supérieurs
Ethique et douleur

L'acrasie des patients face aux difficultés d'observance des recommandations de prise en charge de la douleur

M.C. Chades-Esnault 1
1 Centre Atlantique De Philosophie (caphi) - Nantes (France)

Comme nous le savons, l'inobservance thérapeutique est un phénomène dont l'ampleur est majeure et dont les conséquences sont particulièrement délétères en termes d'état de santé des patients. En effet, on estime qu'environ 50 % des patients, toutes pathologies confondues (mais principalement au sujet des pathologies chroniques, dont font partie les états douloureux chroniques) ne suivent pas les recommandations qui leur ont été faites par leurs praticiens.
Certains patients ont de bonnes raisons d'être inobservants (effets secondaires des traitements, propositions thérapeutiques non adaptées aux objectifs des patients etc.), mais d'autres, qui souhaitent pourtant suivre les recommandations médicales, ne parviennent pas à le faire alors même que rien ne les en empêche.
Ce type de situation, souvent rencontré en pratique clinique est un paradoxe bien connu des philosophes, discuté depuis Socrate et qui porte le nom d'« acrasie ».
L'acrasie, habituellement décrite en termes philosophiques comme une « action libre, intentionnelle, allant à l'encontre du meilleur-jugement de l'agent » est la traduction directe de la situation décrite plus haut, à savoir le cas d'un patient qui librement et de manière intentionnelle ne prend pas un traitement alors qu'il estime pourtant que c'est la meilleure chose à faire pour lui dans les circonstances dans lesquelles il se trouve. Ce type de situation est particulièrement problématique car elle ne permet pas aux patients d'atteindre les objectifs qu'ils se fixent.
Les avancées théoriques en termes de compréhension de ce problème dans le champ de la philosophie ne sont malheureusement que très peu mises en pratique dans le champ médical alors qu'il semble que les situations médicales d'acrasie sont nombreuses et que la résolution de ces apparentes impasses constituerait une avancée majeure en termes d'état de santé des patients. Les patients douloureux chroniques, parce que les prises en charges dont ils ont besoin sont complexes, multidisciplinaires et s'inscrivent dans un temps long (d'où une lassitude peut émerger) sont particulièrement concernés par ce problème. Nous évoquerons ici en quoi l'étude de l'acrasie peut donner lieu à une amélioration de l'état de santé des patients concernés et leur permettre d'atteindre au mieux leurs objectifs.

Bibliographie

Davidson Donald, « How is weakness of the will possible », Essays on Actions and Events, Clarendon press, Oxford, 2001.
Platon, Protagoras, trad. Maurice Croiset, Les Belles Lettres, Paris, 2002.
Elster Jon, Agir contre soi. La faiblesse de la volonté., Odile Jacob, Paris, coll. « Collège de France », 2007.
World Health Organization, Adherence for long term therapies, evidence for action, Genève, 2003.
Elster Jon, « Weakness of will and preference reversal », Understanding choice, explaining behaviour. Essays in honnour of Ole-Jorgen Skog, Unipub Forlag. Oslo Academic Press, Oslo, 2006.
Hare Richard, The Language of Morals, Oxford University Press, Oxford, 1964.
Mele Alfred R., Irrationality, An Essay on Akrasia, Self-Deception, and Self-Control, Oxford University Press., New-York, Oxford, 1987.

Cours supérieurs

Ethique et douleur

Le poids de l'éthique dans la limitation à l'évaluation de la douleur

B. Lombart
Infirmière PhD philosophie
Laboratoire Interdisciplinaire d'Etudes du Politique Hannah Arendt de Paris Est (LIPHA) - EA 7373
Membre de la Société savante douleur de l'enfant, Pédiadol

Le poids de l'éthique dans l'évaluation de la douleur de l'enfant : entre vulnérabilité, responsabilité et illusion d'objectivité

L'évaluation de la douleur chez l'enfant constitue un enjeu à la fois médical et éthique. Malgré les avancées scientifiques attestant la sensibilité du nouveau-né (1) et la disponibilité d'outils validés pour repérer et quantifier la douleur(2), de nombreuses études montrent une persistance de sa sous-évaluation(3). Cette résistance interroge non seulement les pratiques, mais aussi les représentations et les affects mobilisés dans la relation soignant-enfant.

L'enfant douloureux incarne une vulnérabilité ontologique qui, selon Hans Jonas, adresse à l'adulte un impératif moral : celui de répondre à son appel silencieux(4). Or, cette injonction éthique peut devenir paradoxalement paralysante : l'adulte, confronté à la souffrance de l'enfant, peut chercher à prouver qu'il n'a « pas si mal », comme pour se protéger de la charge morale de la douleur d'autrui. Cette forme de « cécité empathique transitoire »(5) traduit la difficulté à soutenir la perception de l'altérité lorsque celle-ci engage directement la responsabilité du soignant.

Par ailleurs, l'objectivation de la douleur par des échelles standardisées(6–8) ou des marqueurs neurologiques(9) répond à une exigence de rigueur mais risque d'entretenir une illusion d'objectivité totale, réduisant une expérience incarnée et subjective à des indicateurs mesurables. Comme le rappelle Merleau-Ponty, comprendre un corps vivant ne se confond pas avec mesurer un organisme(10). Entre le risque de nier la douleur et celui de la dissoudre dans la norme, l'éthique se trouve en tension entre la volonté de savoir et la nécessité de reconnaître.

Évaluer la douleur de l'enfant devient alors une discipline morale, au sens kantien du devoir : persévérer à vouloir voir, même lorsque les circonstances, la fatigue ou la peur invitent à détourner le regard. Cette persévérance suppose de tenir ensemble la rigueur clinique et la disponibilité empathique, de reconnaître la part irréductiblement subjective de la douleur tout en cherchant à la rendre visible pour agir.

Ainsi, la difficulté d'évaluer la douleur ne relève pas seulement d'un défaut de moyens ou de connaissances, mais d'un poids éthique : elle met à l'épreuve notre capacité à soutenir la rencontre avec la vulnérabilité de l'autre sans la dénier.

1. Anand KJS, Hickey PR. Pain and Its Effects in the Human Neonate and Fetus. N Engl J Med. 19 nov 1987;317(21):1321‑9.
2. Trottier ED, Ali S, Doré-Bergeron MJ, Chauvin-Kimoff L. Best practices in pain assessment and management for children. Paediatr Child Health. 1 déc 2022;27(7):429‑37.

3. Anderson JL, Silva LOJ e, Funni SA, Bellolio F, Jeffery MM. Epidemiology of paediatric pain-related visits to emergency departments in the USA: a cross-sectional study. BMJ Open. 1 août 2021;11(8):e046497.
4. Jonas H, Greisch J. Le principe de responsabilité : Une éthique pour la civilisation technologique. Paris: Flammarion; 2013. 470 p.
5. Lombart B, De Stefano C, Dupont D, Nadji L, Galinski M. Caregivers blinded by the care: A qualitative study of physical restraint in pediatric care. Nurs Ethics. 11 avr 2019;969733019833128.
6. Fournier-Charrière E, Tourniaire B, Carbajal R, Cimerman P, Lassauge F, Ricard C, et al. EVENDOL, a new behavioral pain scale for children ages 0 to 7 years in the emergency department: design and validation. Pain. août 2012;153(8):1573‑82.
7. Manworren RC, Hynan LS. Clinical validation of FLACC: preverbal patient pain scale. Pediatr Nurs. 2003;29(2):140.
8. Harrison D, Reszel J, Bueno M, Sampson M, Shah VS, Taddio A, et al. Breastfeeding for procedural pain in infants beyond the neonatal period. Cochrane Database Syst Rev. 28 oct 2016;10(10):CD011248.
9. Wager TD, Atlas LY, Lindquist MA, Roy M, Woo CW, Kross E. An fMRI-Based Neurologic Signature of Physical Pain. N Engl J Med. 11 avr 2013;368(15):1388‑97.
10. Merleau-Ponty M. Phénoménologie de la perception. Paris: Gallimard; 1976. 531 p.

Cours supérieurs

Aiguë, chronique, perpétuelle ? La douleur drépanocytaire : comment y faire face ?

La douleur chez le patient drépanocytaire : singularités du vécu traumatique

M.M.E. Richard 1
1 Hôpital Saint-Camille - Bry-Sur-Marne (France)

Les drépanocytoses confrontent nécessairement les personnes qui en sont atteintes à la douleur, que celle-ci soit aigüe, récurrente et paroxystique, ou que celle-ci soit chronique, notamment de par les dimensions séquellaires des crises vaso-occlusives.
La douleur n'est jamais qu'un symptôme pour l'être souffrant, et si elle fait souffrance, c'est bel et bien souvent parce qu'elle revêt un caractère traumatique de prime abord. Pour la personne drépanocytaire, douleur et traumatisme ne sauraient être dissociés, puisque la douleur se révèle à la fois déstructrice et annihilante, mais aussi, et peut-être surtout, parce-qu'elle s'avère être une fondation somatopsychique structurante quant au rapport à l'environnement et aux relations intersubjectives.
Mais quelles sont les singularités du vécu traumatique d'une personne drépanocytaire ?
A fortiori, les modèles de la douleur chronique tentent depuis longtemps de faire advenir sa dimension socioculturelle dans la lecture clinique. Or, la drépanocytose se rencontre chez des personnes non blanches, racisées et noires, dans la majorité des situations. Ainsi, en plus des aspects anamnestiques et subjectifs, il est inéluctable de prendre en compte les aspects intersectionnels dans l'appréhension clinique de la douleur des personnes drépanocytaires, que cette présentation n'oubliera pas d'évoquer.

Cours supérieurs

Aiguë, chronique, perpétuelle ? La douleur drépanocytaire : comment y faire face ?

La douleur drépanocytaire : la 7ème défaillance du réanimateur

J. Cecchini1
1Service De Réanimation Adultes Hôpital Intercommunal De Créteil - Creteil (France)

La drépanocytose se manifeste par de fréquentes crises douloureuses dont le traitement requiert régulièrement une prise en charge hospitalière. Au cours des dernières décennies, il est apparu que la gestion complexe de ces crises, nécessitant une charge en soins importante, soit à l'origine d'admissions en réanimation/soins continus au « seul » motif de la prise en charge antalgique (i.e. en l'absence de défaillance d'organes caractérisant habituellement les patients de réanimation), et ce de façon plus fréquente que par le passé (1,2).
La Précocité d'initiation des traitements antalgiques - d'emblée maximale et comprenant l'utilisation d'opioïdes forts - ; la Pluralité des classes thérapeutiques antalgiques utilisées – analgésie multimodale incluant l'utilisation de kétamine - ; une démarche Personnalisée et Participative quant au choix des traitements antalgiques ; ainsi qu'une attention à particulière à la dimension Psychologique de la douleur sont les cinq fondamentaux résumés par l'acronyme « 5P » sur lesquels repose la prise en charge de ces crises douloureuse dites « hyperalgiques »(3).

Bibliographie

1.Cecchini, J. et al. Outcomes of Adult Patients With Sickle Cell Disease Admitted to the ICU: A Case Series*. Critical Care Medicine 42, 1629–1639 (2014).
2.Agbakou, M. et al. Nationwide retrospective study of critically ill adults with sickle cell disease in France. Sci Rep 11, 23132 (2021).
3.Mekontso Dessap, A. et al. Guidelines for the management of emergencies and critical illness in pediatric and adult patients with sickle cell disease. Ann. Intensive Care 15, 74 (2025).

Cours supérieurs

Aiguë, chronique, perpétuelle ? La douleur drépanocytaire : comment y faire face ?

Douleurs drépanocytaires dans l'enfance : l'origine du mal ?

C. Guitton 1
1 Service De Pédiatrie Générale. Centre De Référence Des Syndromes Drépanocytaires Majeurs – Chu Bicêtre. - Le Kremlin Bicêtre (France)

La drépanocytose, hémoglobinopathie autosomique récessive, est la maladie génétique la plus fréquente dépistée à la naissance en France avec un nouveau-né atteint pour 1 000 naissances (1/1 155 en métropole et 1/312 en Outre-Mer) soit 676 nouveaux cas en 2023 (dont 306 en Ile de France) (1).
La manifestation clinique principale dans l'enfance est la survenue d'épisodes de douleur aiguë, imprévisibles, récurrents, parfois hyperalgiques appelés crises vaso-occlusives (CVO). Elles peuvent survenir dès l'âge de 6 mois mais leur fréquence maximale se situe à l'adolescence avec 1/3 de patients présentant 1 à 5 crises par an et 15-20% 6 à 10 crises par an. Bien que la majorité des crises soient gérées au domicile, les CVO sont la première cause de consultations aux urgences et d'hospitalisations (2).
La physiopathologie de la douleur au cours des CVO est complexe, multifactorielle et partiellement élucidée, impliquant des mécanismes nociceptifs, inflammatoires et neuropathiques. Les globules rouges drépanocytaires falciformés mais aussi les neutrophiles, les monocytes, les plaquettes et les cellules endothéliales vasculaires ont des propriétés adhésives anormales altérant la rhéologie sanguine et favorisant l'occlusion des petits vaisseaux de la microcirculation. Ce processus occlusif conduit à des phénomènes d'ischémie/reperfusion, associés à une inflammation locale qui active la libération de médiateurs, générant une douleur par excès de nociception. Secondairement, une hyperalgésie périphérique et une sensibilisation centrale, aggravées par un phénomène d'hyperalgésie aux opioïdes, peuvent s'installer, se manifestant cliniquement par un abaissement des seuils nociceptifs ou une allodynie, pérennisant la douleur, altérant la réponse au traitement, et faisant ainsi le lit de la douleur chronique (3).
Ainsi, on distingue désormais trois types de douleur drépanocytaire : aiguë, chronique et exacerbation aiguë dans un contexte douloureux chronique (4). Et on estime que cette douleur chronique se développe chez 30 à 40 % des personnes atteintes de drépanocytose, avec une incidence et une gravité croissantes avec l'âge . L'échelle PPST (Pediatric Pain Screening Tool) permet d'identifier les facteurs de risque biopsychosociaux de la douleur chronique, et repérer les patients les plus à risque, nécessitant une prise multidisciplinaire (5).
La complexité de la physiopathologie de la douleur drépanocytaire, explique en partie la difficulté persistante de la prise en charge antalgique de ces patients, malgré de nombreuses publications et recommandations nationales et internationales (6, 7). Et en raison de la grande variabilité des réponses individuelles aux antalgiques, chaque patient devrait pouvoir bénéficier idéalement d'un protocole antalgique personnalisé incluant des approches non

pharmacologiques (massage, application de chaleur, TENS, distraction, musicothérapie, hypnose, réalité virtuelle…) sans oublier un accompagnement psychologique (8).
La prévention de la survenue des CVO est un axe d'action important et doit faire discuter une intensification thérapeutique dès que nécessaire (Hydroxy-urée, programme transfusionnel, greffe de moelle osseuse) chez les jeunes malades atteints d'une drépanocytose symptomatique, pour leur qualité de vie immédiate mais aussi future, à l'âge adulte (6).

Bibliographie

(1). « Rapport-Activite-2023.pdf ». Disponible sur : https://depistage-neonatal.fr/wp-content/uploads/2023/01/Rapport-Activite-2023.pdf
(2). O. S. Platt et al., « Pain in sickle cell disease. Rates and risk factors », N. Engl. J. Med., vol. 325, no 1, p. 11-16, juill. 1991, doi: 10.1056/NEJM199107043250103.
(3). H. Tran, M. Gupta, et K. Gupta, « Targeting novel mechanisms of pain in sickle cell disease », Blood, vol. 130, no 22, p. 2377-2385, nov. 2017, doi: 10.1182/blood-2017-05-782003.
(4). Dampier C et al., AAPT diagnostic criteria for chronic sickle cell disease pain. The Journal of Pain, 2017. 18(5): p. 490–498, doi : 10.1016/j.jpain.2016.12.016
(5). Sil, L. L. Cohen, et C. Dampier, « Pediatric pain screening identifies youth at risk of chronic pain in sickle cell disease », Pediatr. Blood Cancer, vol. 66, no 3, p. e27538, mars 2019, doi: 10.1002/pbc.27538.
(6). « PNDS Syndromes drépanocytaires majeurs de l'enfant et de l'adolescent - Mai 2024 ».
(7). A. M. Brandow et al., « American Society of Hematology 2020 guidelines for sickle cell disease: management of acute and chronic pain », Blood Adv., vol. 4, no 12, p. 2656-2701, juin 2020, doi: 10.1182/bloodadvances.2020001851.
(8). S. Della-Moretta et al., « The Effect of Use of Individualized Pain Plans in Sickle Cell Patients Presenting to the Emergency Department », Ann. Emerg. Med., vol. 76, no 3S, p. S21-S27, sept. 2020, doi: 10.1016/j.annemergmed.2020.08.008.

Cours supérieurs

Douleur nociplastique

Mécanismes et cadre nosographique des douleurs nociplastqiues

A.P. Trouvin1
1Cetd, Ghu Paris Centre Cochin, Université Paris Cité, Inserm U987 - Paris (France)

Depuis plusieurs décennies, la compréhension des mécanismes de la douleur a profondément évolué. Si les douleurs nociceptives (liées à une lésion tissulaire) et neuropathiques (résultant d'une lésion ou d'une maladie du système somatosensoriel) sont bien établies, un grand nombre de patients présentent des douleurs chroniques ne correspondant à aucun de ces deux cadres. C'est pour répondre à cette lacune que l'International Association for the Study of Pain (IASP) a introduit en 2017 la notion de douleur nociplastique, définie comme une douleur résultant d'une altération du traitement de la nociception, sans lésion tissulaire ou nerveuse évidente.
Les mécanismes physiopathologiques impliquent principalement une sensibilisation centrale, caractérisée par une hyperexcitabilité des circuits neuronaux de la douleur, une diminution de l'efficacité des voies inhibitrices descendantes, et des phénomènes de plasticité synaptique anormale. Ces altérations contribuent à amplifier et à maintenir la perception douloureuse. Les facteurs périphériques (micro-inflammations, activation des nocicepteurs silencieux) et les facteurs psychosociaux (stress, anxiété, catastrophisme, troubles du sommeil) jouent également un rôle déterminant dans le maintien du cercle vicieux douloureux.
Sur le plan nosographique, la douleur nociplastique a trouvé une reconnaissance officielle avec l'intégration dans la Classification Internationale des Maladies (CIM-11) de la catégorie de douleur chronique primaire, définie comme une douleur persistante depuis plus de trois mois, constituant une pathologie en soi. Elle se distingue ainsi de la douleur chronique secondaire, qui résulte d'une autre affection (cancer, neuropathie, arthrose…). Cette évolution conceptuelle marque une étape majeure dans la reconnaissance de ces douleurs souvent stigmatisées et ouvre la voie à des critères diagnostiques plus homogènes. Les entités typiquement associées aux douleurs nociplastiques incluent la fibromyalgie, la céphalée de tension chronique, ou encore certains syndromes musculosquelettiques ou viscéraux chroniques.
Sur le plan clinique, la reconnaissance de ce cadre a des implications thérapeutiques majeures : les traitements antalgiques conventionnels (AINS, opioïdes) sont souvent inefficaces, tandis que les approches combinant traitements pharmacologiques spécifiques (antidépresseurs, antiépileptiques) et interventions non médicamenteuses (éducation, réentraînement à l'effort, thérapies cognitivo-comportementales, gestion du sommeil) constituent les stratégies de choix.
La conceptualisation de la douleur nociplastique illustre ainsi la transition vers une médecine de la douleur intégrative et personnalisée, où l'objectif n'est plus seulement de traiter une lésion, mais de restaurer un équilibre neurobiologique, psychologique et comportemental.

Cours supérieurs

Douleur nociplastique

Annonce diagnostique d'un trouble neurologique fonctionnel

J. Grison-Curinier 1
1 Ch Saint Jean De Dieu - Lyon (France)

Les troubles neurologiques fonctionnels (TNF) sont une entité clinique que l'on retrouve fréquemment chez les patients pris en charge dans les centres et consultation douleur . En effet la douleur chronique est une co-morbidité habituelle du TNF [1]. Par ailleurs la douleur chronique partage des facteurs favorisants, déclenchants et perpétuants avec les TNF. L'annonce diagnostique est un moment clé de la prise en charge [2]: il s'agit d'un diagnostic positif qui doit être annoncé par un médecin spécialiste et accompagné d'explications claires permettant au patient de se l'approprier. Cette étape est essentielle et contribuera à l'instauration d'une alliance thérapeutique indispensable à la mise en place d'une stratégie thérapeutique adaptée [3]. Des exemples cliniques viendront illustrer l'importance de cette étape et son influence sur l'évolution clinique ultérieure.

Bibliographie

1.Popkirov S, Hoeritzauer I, Colvin L, et al
Complex regional pain syndrome and functional neurological disorders – time for reconciliation
Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry 2019;90:608-614
2.Garcin, B., Roze, E., Daubigney, A., Carle-Toulemonde, G., Degos, B., & Hingray, C. (2023). Définitions, épidémiologie et démarche diagnostique clinique dans les troubles neurologiques fonctionnels. L'Encéphale, 49(4), S3-S8.
3.Stone J.
Functional neurological disorders: the neurological assessment as treatment
Practical Neurology 2016;16:7-17

Cours supérieurs

Douleur nociplastique

Modèle de soins pour des patients avec douleurs nociplastiques et troubles neurologiques fonctionnels

G. Carle-Toulemonde 1
1 Clinique Saint-Exupery - Toulouse (France)

Les douleurs chroniques nociplastiques (DCN) se définissent comme une expérience résultant d'une dysrégulation des systèmes de traitement de la douleur sans lésion tissulaire ou nerveuse associée. Elles peuvent être comorbides de troubles neurologiques fonctionnels (TNF, jusqu'à 25% des patients [1]), qui se présentent par des troubles moteurs et/ou sensitifs en lien avec une dysrégulation des systèmes sensitivomoteurs automatiques et volontaires. Les patients avec TNF rapportent des DCN dans 50 à 70% des cas, et dégradent le pronostic d'amélioration motrice des patients [2].
Le niveau de handicap de ces patients est autant voire plus important que dans certaines pathologies neurologiques lésionnelles, et constitue un véritable enjeu de santé publique par sa fréquence et sa gravité. Ces patients sont pourtant souvent laissés à eux-mêmes, parfois accusés de simuler, ou d'exagérer leurs symptômes. L'offre de soins spécialisée dans les TNF et DCN reste réduite, par manque de formation des professionnels de santé, par rejet, ou désintérêt. Des modèles de soin ont cependant vu le jour depuis plus de 20 ans, avec des résultats cliniques très prometteurs pour les patients [3].
En prenant l'exemple d'un modèle de soins ambulatoire, il sera discuté du cadre de soin et des outils thérapeutiques disponibles que l'on peut appliquer du point de vue du psychiatre. Alliant plusieurs outils thérapeutiques et une coordination de soins pluridisciplinaire, l'exemple du cabinet de soins psychosomatiques de la clinique St-Exupery à Toulouse montre l'intérêt d'une prise en charge intégrative et rapprochée pour tenter d'améliorer la trajectoire de vie de ces patients au parcours et symptômes complexes.
L'évaluation psychiatrique prend toute sa place dans ce parcours de soins, sur la base du modèle biopsychosocial de ces pathologies. Il conviendra d'évaluer les facteurs prédisposant, précipitant et perpétuant les troubles ; les comorbidités psychiatriques et psychotraumatiques ; les styles d'attachement et d'adaptation au stress. L'évaluation sera spécifique, en mettant l'accent sur les facteurs venant puiser de la ressource physique et psychique chez les patients (troubles du sommeil, désordres nutritionnels, sédentarité, …) pour permettre d'établir un plan de soins personnalisé.
Structurer un suivi rapproché pour mettre en place les outils thérapeutiques permet un meilleur étayage de ces patients souvent laissés pour compte. Plusieurs approches thérapeutiques sont maintenant validées pour ces troubles :
- la remédiation cognitive centrée sur les douleurs et les troubles moteurs
- la psychothérapie type ACT (acceptation et engagement), thérapie interpersonnelle, méditation pleine conscience, l'hypnose, l'EMDR
- la rééducation physique adaptée, avec pacing

- le ré-entraînement sensorimoteur médié par stimulation magnétique (transcrânienne et/ou périphérique)
- la modulation du traitement de la douleur par stimulation magnétique transcrânienne répétée (rTMS) ou par courant direct (tDCS)

Bibliographie

[1] Mason I, Renée J, Marples I, et al., Functional neurological disorder is common in patients attending chronic pain clinics. Eur J Neurol. 2023 Sep;30(9):2669-2674
[2] Carle-Toulemonde G, Goutte J, Do-Quang-Cantagrel N, et al. Overall comorbidities in functional neurological disorder: A narrative review. Encephale. 2023 Aug;49(4S):S24-S32
[3] Carle-Toulemonde G, Hingray C, Alaoui OM, et al. Overview of care management principles in functional neurological disorders. Encephale. 2023 Aug;49(4S):S49-S55.

Forums

Forum de l'Observatoire Français De la Douleur et des Antalgiques (OFDA) / SFETD

Prévalence et retentissement des douleurs chroniques en France : résultats de l'enquête nationale PREVA-DOL 2025

J. Phalip 1
1 Fondation Analgesia / Chu Clermont-Ferrand / Neurodol - Clermont-Ferrand (France)

Introduction
La douleur chronique constitue un problème majeur de santé publique, tant en raison de sa forte prévalence que de son impact significatif sur la qualité de vie des patients et les coûts sociétaux qu'elle engendre [1]. Elle est définie comme une douleur présente la plupart du temps depuis plus de trois mois et est désormais reconnue comme une pathologie à part entière dans la CIM-11 [2]. En France, les données disponibles, bien que datant de plus de dix ans, estiment la prévalence de cette douleur à environ 30 % de la population adulte [3,4]. Toutefois, les estimations varient en fonction des définitions utilisées, rendant nécessaire une actualisation fondée sur une méthodologie rigoureuse.
Méthodes
Une enquête transversale a été menée auprès d'un échantillon représentatif de la population française adulte (N = 11 940), constitué selon la méthode des quotas sur la base de critères sociodémographiques. Les données ont été recueillies entre janvier et février 2025 par questionnaire auto-administré en ligne (CAWI), via le panel Kantar. L'analyse s'est concentrée sur un sous-échantillon de 5 000 répondants déclarant souffrir de douleurs chroniques. L'étude a été réalisée conformément à la norme ISO 20252.
Résultats
Parmi l'échantillon total, 42 % des interrogés ont déclaré souffrir des douleurs chroniques la plupart du temps depuis au moins 3 mois dont 57% de femmes. Chez ces derniers, 40 % souffraient depuis moins d'un an, 27 % depuis un à quatre ans, et 33 % depuis plus de cinq ans. En moyenne, les personnes concernées rapportaient 3,3 types de symptomatologies douloureuses. La douleur musculosquelettique prédominait, suivie des céphalées et des douleurs abdominales. Des symptômes de type douleur neuropathique ont été rapportés par 32 % des patients. Les limitations d'activité liées aux céphalées touchaient particulièrement les jeunes adultes et les CSP+.
Concernant la prise en charge, 92 % ont eu recours à des médicaments sur ordonnance, essentiellement du paracétamol, et 87 % à l'automédication. Une prise en charge pluriprofessionnelle était en place pour 40 % des patients. Seuls 37 % se déclaraient satisfaits de leur suivi. Les données PROMIS indiquent des atteintes modérées à sévères de la qualité de vie, en particulier en lien avec la fatigue, le sommeil, l'anxiété et la douleur elle-même.
Discussion
Ces résultats actualisent les données de prévalence de la douleur chronique en France, désormais estimée à 42 % chez les adultes. Malgré des recours fréquents aux traitements, la

satisfaction des patients et les indicateurs de qualité de vie restent insuffisants, soulignant la nécessité d'améliorer les stratégies de prise en charge, notamment en termes d'accessibilité et de coordination des soins.

Bibliographie

1. Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. Lancet. 2021 May 29;397(10289):2082-2097. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00393-7. PMID: 34062143.
2. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, Cohen M, Evers S, Finnerup NB, First MB, Giamberardino MA, Kaasa S, Kosek E, Lavand'homme P, Nicholas M, Perrot S, Scholz J, Schug S, Smith BH, Svensson P, Vlaeyen JWS, Wang SJ. A classification of chronic pain for ICD-11. Pain. 2015 Jun;156(6):1003-1007. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000160. PMID: 25844555; PMCID: PMC4450869.
3. Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. Pain. 2008 Jun;136(3):380-387. doi: 10.1016/j.pain.2007.08.013. Epub 2007 Sep 20. PMID: 17888574.
4. Chenaf C, Delorme J, Delage N, Ardid D, Eschalier A, Authier N. Prevalence of chronic pain with or without neuropathic characteristics in France using the capture-recapture method: a population-based study. Pain. 2018 Nov;159(11):2394-2402. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001347. PMID: 30028790.

Forums

Forum Fondation APICIL

Innovations soutenues par la Fondation APICIL

Aide au dépistage de la douleur neuropathique postopératoire à l'aide de SMS, après une chirurgie réalisée en ambulatoire

F. Adam 1
1 Groupe Hospitalier Paris Saint Joseph - Paris (France)

Introduction
Les douleurs chroniques post-opératoires (DCPO) ont une incidence globale de 30%, dont 5 à 10 % décrites comme sévères (1, 2). La gestion de ces DCPO n'est pas optimale car elles sont sous-diagnostiquées et la prise en charge de ces patients en centres spécialisés en douleur chronique est tardive. Le dépistage des patients présentant des DCPO doit donc être amélioré. Aujourd'hui les moyens informatiques (sites internet, télémédecine, SMS…) permettent de mieux informer, éduquer, évaluer et surveiller nos patients (3). L'objectif de ce travail était d'évaluer l'efficacité d'un algorithme de SMS pour dépister des douleurs neuropathiques postopératoires en chirurgie ambulatoire.
Protocole expérimental
Sept jours et 90 jours après leur intervention, les patients recevaient deux SMS évaluant l'existence ou non de douleurs au niveau du site opératoire (échelle numérique (EN) allant de 0 "douleur absente", à 10 "douleur maximale imaginable") et, en cas de douleurs, leurs caractéristiques (brûlures, picotements, décharges électriques, engourdissement). Un SMS de rappel leur était envoyé en cas d'absence de réponse. Tous les patients ayant répondu aux SMS, étaient évalués en téléconsultation (4) par un anesthésiste spécialisé en douleur.
Résultats
306 patients ont été inclus dans l'étude. A J+7, le taux de réponse au premier envoi de SMS était de 85,6 % et de 98,4 % après le rappel. Les taux de réponse à J+90 était de 78,4 % et 97,1 % après rappel. Vingt patients (6,5 %) ont été exclus de l'analyse : 13 pour non-réponse aux SMS à J+7 et/ou J+90 ; 3 pour absence à la téléconsultation avec le spécialiste de la douleur et 4 à cause d'une nouvelle intervention chirurgicale avant J+90.
A J+7, 35.3% des patients présentaient une EN>3 et 55.4% des patients avaient répondu « oui » au SMS sensation. Aucun des patients ayant répondu « non » au SMS sensation ne présentait de douleurs neuropathiques à J+90.
A J+90, 9.0% des patients présentaient une EN>3 et 24.6% des patients avaient répondu « oui » au SMS sensation. A J+90, 5.9% des patients présentaient des douleurs neuropathiques post-opératoires et 3.1% des douleurs abdominales ou mécaniques.
A J+ 90, une réponse positive aux 2 SMS présentait une sensibilité, une spécificité et une valeur prédictive négative respectivement de 100%, 98.5% et 100%, traduisant un haut potentiel de l'association de ces 2 SMS dans la détection des douleurs neuropathiques post-opératoires.
Conclusion
Cette étude montre qu'il est possible à l'aide de SMS d'identifier les patients présentant des douleurs neuropathiques post-opératoires. L'utilisation de SMS semble être une solution simple, pratique et peu coûteuse pour la détection de ces patients permettant une prise en charge plus rapide.

Bibliographie

1. Johansen A, Romundstad L, Nielsen CS, Schirmer H, Stubhaug A. Persistent postsurgical pain in a general population: prevalence and predictors in the Tromsø study. Pain. 2012; 153: 1390-6.
2. Fletcher D, Stamer UM, Pogatzki-Zahn E, Zaslansky R, Tanase NV, Perruchoud C, Kranke P, Komann M, Lehman T, Meissner W. Chronic postsurgical pain in Europe: An observational study. Eur J Anaesthesiol. 2015; 32: 725-34.
3. Lu K, Marino NE, Russell D, Singareddy A, Zhang D, Hardi A, Kaar S, Puri V. Use of short message service and smartphone applications in the management of surgical patients: a systematic review. Telemed J E Health. 2018; 24: 406-414.
4. Adam F, Chatellier G, Alfonsi P. Assessment of the concordance between DN4 scores performed by the patient (self-assessment) or by the physician (hetero-assessment) to detect subacute neuropathic postoperative pain. Eur J Pain. 2024; 28: 1095-100.

Forums

Forum Fondation APICIL
Innovations soutenues par la Fondation APICIL

Douleur chronique et nouvelle carrière : ensemble, révélons votre potentiel grâce au projet DOLCIP !

F. Marcaillou 1, R. Baylet 1
1 Chu Montpellier St Eloi Cetd - Montpellier (France)

L'évaluation du patient douloureux chronique doit intégrer, selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé une évaluation biopsychosociale étayée dans le parcours de soin. La douleur chronique dégrade la santé des patients dans tous les champs de vie et ils nécessitent une prise en charge multidisciplinaire médico-psycho-sociale. Les structures douleurs chroniques (SDC) sont désormais performantes pour l'évaluation médicale et psychologique des patients cependant l'évaluation sociale reste souvent médiocre en raison de l'absence de travailleurs sociaux (Assistant de Service Social, Conseiller en Insertion professionnelle-CIP- ou autre) dédiés dans les SDC. Les patients souffrant de douleurs chroniques abordent rarement les difficultés sociales et professionnelles, souvent par pudeur ou par manque d'information sur les ressources disponibles. Pourtant, identifier ces freins peut améliorer leur disponibilité aux soins et favoriser une meilleure prise en charge en SDC.
En l'absence de personnel dédié formé à l'expertise socio-professionnelle au sein de notre SDC au CHU de MONTPELLIER SAINT-ÉLOI (comme dans de nombreuses SDC en France), il nous a paru important de construire le projet pilote « DOLCIP » et de solliciter la participation de la Fondation APICIL pour le financement.
Après acceptation du projet DOLCIP par la fondation APICIL en juin 2023, nous avons pu mettre en place un suivi de certains patients par notre CIP. Lorsqu'une vulnérabilité socio-professionnelle est repérée, nous proposons au patient un entretien avec notre CIP, qui est également un patient douloureux chronique suivi dans notre SDC. Son action est complémentaire et parallèle de la prise en charge médicale et psychologique instaurée dans la SDC. Il reçoit les patients en entretiens individuels, mais effectue aussi une prise en charge de patients en groupe. Notre patient-ressource CIP accompagne les patients dans leurs trajectoires professionnelles, repère un dynamisme professionnel et nous informe de l'absence de dynamisme lorsqu'il le repère. Nous vous proposons au cours de notre communication de vous présenter nos premiers résultats de suivi de patients par un CIP en SDC.

Forums

Forum SPS

Nouveaux regards de la Suisse : Communication neuro-immune dans la douleur et métabolisme osseux dans le syndrome douloureux régional complexe

L'activité électrique périphérique comme déclencheur de la communication neuro-immune dans la douleur neuropathique

R. Suter 1
1 Centre Hospitalier Universitaire Vaudois Et Université De Lausanne - Lausanne (Switzerland)

La douleur neuropathique chronique constitue un problème majeur de santé publique, touchant une proportion importante de patients après certaines chirurgies. Si l'hyperexcitabilité des neurones sensoriels périphériques et l'activation des cellules microgliales spinales sont reconnues comme des étapes critiques dans son développement, la nature précise des signaux périphériques déclenchant cette cascade neuro-immune restait incertaine (1).
Nos travaux antérieurs ont montré que l'activité ectopique post-lésionnelle des fibres sensorielles, en particulier des grosses fibres myélinisées, contribue à l'activation microgliale et à l'allodynie mécanique. Des approches expérimentales utilisant le bloc sélectif des afférences nociceptives ou des anesthésiques locaux ont mis en évidence que la seule inhibition des fibres C et Adelta n'était pas suffisante pour prévenir la prolifération microgliale et l'activation de la voie p38 MAPK (2).
Ces résultats suggéraient déjà l'importance d'un input mixte, au-delà de la simple transmission nociceptive.
Dans notre étude la plus récente, nous avons utilisé des stimulations électriques et optogénétiques sélectives de différentes sous-populations de neurones sensoriels primaires (nociceptifs, non nociceptifs ou combinaison des deux) sans induire de lésion axonale. Nous démontrons que seule l'activation simultanée de fibres nociceptives et non nociceptives induit une hypersensibilité persistante et une réactivité microgliale au niveau spinal. À l'inverse, l'activation isolée de l'un ou l'autre sous-type d'afférences ne suffit pas à déclencher ces changements. L'administration de minocycline, inhibiteur de l'activation microgliale, bloque ces effets, confirmant le rôle causal de la microglie dans ce processus (3).
Ces données apportent un élément clé de compréhension du couplage neuro-immune dans la douleur neuropathique : l'activité combinée des afférences nociceptives et non nociceptives constitue le signal déclencheur d'une réponse microgliale pathologique. Elles ouvrent de nouvelles perspectives pour des stratégies préventives ciblant spécifiquement la phase initiale de communication entre fibres sensorielles périphériques et microglie spinale. Une meilleure modulation de cette activité électrique périphérique pourrait ainsi contribuer à réduire l'incidence des douleurs postopératoires chroniques.
Ces développements seront mis en perspectives par rapport à la gestion de la douleur postopératoire en clinique, avec un rappel important des différences induites par le sexe !

Bibliographie

1. Suter MR, Siegenthaler A, Decosterd I, et al. Perioperative nerve blockade: clues from the bench. AnesthesiolResPract. 2011;2011:124898.
2. Suter MR, Berta T, Gao YJ, et al. Large A-fiber activity is required for microglial proliferation and p38 MAPK activation in the spinal cord: different effects of resiniferatoxin and bupivacaine on spinal microglial changes after spared nerve injury. MolPain. 2009;5:53.:53.

3. Isler M, Chu Sin Chung P, Deftu AF, et al. A combined activity of peripheral nociceptive and nonnociceptive neurons is necessary to trigger spinal microglial reactivity and sustained pain. Pain. 2025.

Forums

Forum SPS

Nouveaux regards de la Suisse : Communication neuro-immune dans la douleur et métabolisme osseux dans le syndrome douloureux régional complexe

Bone metabolism in CRPS : Translating imaging and serum biomarkers into targeted clinical interventions

M.A. Harnik 1
1 Department Of Anaesthesiology And Pain Medicine, Inselspital, Bern University Hospital, University Of Bern, Bern, Switzerland - Bern (Switzerland)

Le syndrome douloureux régional complexe (SDRC) est un trouble douloureux invalidant, caractérisé par une interaction complexe entre inflammation, dysrégulation neurovasculaire et anomalies du remodelage osseux. Depuis l'hypothèse initiale de Sudeck, le rôle du métabolisme osseux a été suggéré sans être pleinement intégré à la pratique clinique.
Récemment, l'imagerie scintigraphique osseuse en trois phases (TPBS) a été revisitée avec des critères quantitatifs standardisés, permettant de différencier les profils d'activité osseuse au sein du SDRC. Ces profils montrent une association significative avec la phase de la maladie et les résultats cliniques à long terme [1]. Parallèlement, plusieurs biomarqueurs sériques liés au remodelage osseux (PINP, CTX, OPG, DPD urinaire), à la signalisation Wnt (sclérostine, Dkk-1) et à l'inflammation (IL-6, TNF-α) ont émergé comme outils potentiels pour le phénotypage biologique [2,3].
Cette présentation se concentre sur l'intégration de ces paramètres scintigraphiques et sériques pour identifier des sous-groupes de patients présentant un profil métabolique osseux actif. Ces profils pourraient prédire une meilleure réponse aux traitements antirésorptifs tels que les bisphosphonates ou les modulateurs de la signalisation osseuse [4]. Nous proposons un cadre translationnel reliant l'imagerie osseuse, les biomarqueurs et les interventions ciblées, ouvrant ainsi la voie à une médecine de précision dans le SDRC. Une meilleure stratification pourrait améliorer la sélection thérapeutique et éviter les traitements inefficaces chez les patients sans activité osseuse accrue.
Cette présentation sera donnée en anglais.

Bibliographie
1. Harnik, M. A. et al. Bone metabolism in complex regional pain syndrome. PAIN Reports 9, e1217 (2024).
2. Kollmann, G., Wertli, M. M., Dudli, S., Distler, O. & Brunner, F. The role of the bone in complex regional pain syndrome 1—A systematic review. Eur. J. Pain 1–11 (2023).
3. Varenna, M. et al. Bone Turnover Markers and Wnt Signaling Modulators in Early Complex Regional Pain Syndrome. A Pre-specified Observational Study. Calcif. Tissue Int. 115, 251–259 (2024).
4. Chevreau, M., Romand, X., Gaudin, P., Juvin, R. & Baillet, A. Bisphosphonates for treatment of Complex Regional Pain Syndrome type 1: A systematic literature review and meta-analysis of randomized controlled trials versus placebo. Jt. Bone Spine 84, 393–399 (2017).

Mise au point

Mésusage des opioïdes dans la douleur du cancer

Résultats de l'étude VPOMIONCOL

V. Guastella 1, M. Bianchi 1, E. Hanniet 1, B. Pereira 1, N. Authier 1
1 Chu Clermont-Ferrand - Clermont-Ferrand (France)

Objectifs : La prévalence de l'usage inapproprié d'antalgiques opioïdes chez les patients souffrant de douleur chronique liée au cancer reste mal connue (1) , et aucun outil de dépistage n'a été validé pour cette population. Le Prescription Opioid Misuse Index (POMI), un questionnaire auto-administré en huit items, a été développé pour les douleurs chroniques non cancéreuses (2). Cette étude vise à évaluer les propriétés psychométriques de l'échelle POMI chez des patients souffrant de douleurs chroniques liées au cancer.
Méthodes : V-POMI-ONCOL est une étude psychométrique observationnelle prospective auprès de patients de deux hôpitaux de jour en oncologie au CHU de Clermont-Ferrand. Les patients éligibles présentaient un cancer actif, une douleur chronique ≥ 3 mois et recevaient un traitement quotidien par opioïdes. Le questionnaire POMI a été rempli à l'inclusion (TEST) puis deux semaines plus tard (RETEST). Les propriétés psychométriques ont été évaluées selon les recommandations usuelles : validité interne avec acceptabilité, cohérence interne, reproductibilité et validité externe. Le DSM V était considéré comme référentiel « Gold Standard » pour l'évaluation des troubles liés à l'usage des opioïdes.
Résultats : 138 patients ont été inclus (58 % d'hommes), avec un âge moyen de 64 ± 10 ans. Pour sa validité interne, l'acceptabilité de la POMI était > 95% ; sa cohérence faible avec un coefficient de Kuder–Richardson à 0,22 ; sa reproductibilité test-retest (68 patients) était modérée avec une concordance de Lin à 0,43 [0,24–0,63]. Pour sa validité externe, la corrélation entre les scores du POMI et les critères du DSM-V était modeste (ρ de Spearman = 0,25). Enfin, selon la POMI, 11,6 % des patients présentaient un usage inapproprié des opioïdes, contre 17,4 % selon les critères du DSM-V.
Conclusions : L'échelle POMI ne présente pas une validité psychométrique suffisante pour être utilisée chez les patients souffrant de douleurs chroniques en lien avec le cancer. Le coefficient de fiabilité, le plus élevé obtenu n'était que de 0,31 avec une combinaison personnalisée des items 2, 6, 7 et de « l'information », désignée sous le nom de POMI-ONCOL. Ces résultats montrent que des études futures sont nécessaires, en utilisant une pondération des items ou une méthode Delphi pour affiner l'outil d'évaluation.

Bibliographie
1. Preux C, Bertin M, Tarot A, Authier N, Pinol N, Brugnon D, et al. Prevalence of Opioid Use Disorder among Patients with Cancer-Related Pain: A Systematic Review. J Clin Med. 14 mars 2022;11(6):1594.
2. Knisely JS, Wunsch MJ, Cropsey KL, Campbell ED. Prescription Opioid Misuse Index: A brief questionnaire to assess misuse. Journal of Substance Abuse Treatment. 1 déc 2008;35(4):380-6

Mise au point

Mésusage des opioïdes dans la douleur du cancer

Définition et épidémiologie du trouble de l'usage des opioïdes

A. Boden 1
1 Oncopole Claudius Regaud - Toulouse (France)

La douleur reste un problème majeur du cancer, avec environ 50% de patients douloureux tous stades confondus (1). Dans ce cadre, l'utilisation des opioïdes reste largement préconisée avec des patients historiquement considérés comme peu voire non à risque de trouble de l'usage. Pourtant, il existe des données de littérature en faveur d'un tel risque.
Le diagnostic de Trouble de l'Usage des Opioïdes repose actuellement sur les critères du DSM-5, celui-ci regroupant les notions catégorielles d'abus, d'addiction, et de dépendance de l'édition précédente (2). La sévérité d'un TUO est gradée selon le nombre de critères présents.
En 2023, la prévalence mondiale des TUO est estimée à 1,1 %, soit environ 59 millions de personnes, avec notamment 2 épidémies en cours de fentanyl et de tramadol (3).
En France, la consommation d'opioïdes est en constante augmentation depuis 2006, avec une majorité de prescriptions concernant des douleurs chroniques (4). Les deux principales indications des opioïdes dits « forts » sont respectivement la rhumatologie et l'oncologie. La morphine reste historiquement l'opioïde dit « fort » ayant le taux de notifications d'usages problématiques le plus important mais l'oxycodone est en constante augmentation (5).
En douleur chronique, l'hétérogénéité des études (diagnostics recherchés, critères diagnostiques, critères d'évaluation…) ne permet pas d'avoir de données précises des TUO. Ceci est particulièrement criant pour la douleur du cancer, la littérature étant de plus peu fournie dans ce cadre.
Ainsi, une étude de cohorte portant sur des patients sous opioïdes pour douleur chronique hors cancer estime la prévalence des TUO à 18% selon les critères DSM-5 (6). En douleurs du cancer, une méta-analyse estime la prévalence des TUO entre 1 et 20%, et le risque de TUO entre 19 et 28% (7). Chez les patients survivants du cancer, une étude transversale estime la prévalence des TUO à 3%, ce qui se rapproche des chiffres de population générale (8).
Dans le cadre du cancer, les facteurs de risque reconnus de TUO sont les suivants :
- Age jeune (16 - 45 ans)
- Usage actuel ou antécédent de trouble lié à la consommation d'une substance illicite
- Antécédent personnel ou familial de trouble psychiatrique
- Sexe masculin
- Usage actuel ou antécédent de trouble lié à la consommation d'alcool
- Douleur sévère

Les TUO sont donc une réalité dans le cadre du cancer, dont le risque est méconnu et sous-estimé. L'une des grandes difficultés de leur prise en charge reste leur repérage.

Bibliographie

(1) Evenepoel M, Haenen V, De Baerdemaecker T, Meeus M, Devoogdt N, Dams L, Van Dijck S, Van der Gucht E, De Groef A. Pain Prevalence During Cancer Treatment: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Pain Symptom Manage. 2022 Mar;63(3):e317-e335. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2021.09.011. Epub 2021 Sep 24. PMID: 34563628.

(2) American Psychiatric Association. Substance-Related and Addictive Disorders. In Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). 2013
(3) https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2025.html
(4) ANSM. État des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques. 2019
(5) Prescription des Antalgiques Stupéfiants en France. Bulletin de l'Association des Centres d'Addictovigilance . 2021
(6) Campbell G, Bruno R, Lintzeris N, Cohen M, Nielsen S, Hall W, Larance B, Mattick RP, Blyth F, Farrell M, Degenhardt L. Defining problematic pharmaceutical opioid use among people prescribed opioids for chronic noncancer pain: do different measures identify the same patients? Pain. 2016 Jul;157(7):1489-1498. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000548. PMID: 26963848.
(7) Preux C, Bertin M, Tarot A, Authier N, Pinol N, Brugnon D, Pereira B, Guastella V. Prevalence of Opioid Use Disorder among Patients with Cancer-Related Pain: A Systematic Review. J Clin Med. 2022 Mar 14;11(6):1594. doi: 10.3390/jcm11061594. PMID: 35329919; PMCID: PMC8954099.
(8) Jairam V, Yang DX, Verma V, Yu JB, Park HS. National Patterns in Prescription Opioid Use and Misuse Among Cancer Survivors in the United States. JAMA Netw Open. 2020 Aug 3;3(8):e2013605. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.13605. PMID: 32804217; PMCID: PMC7431994.

Mise au point

La neuromodulation du nerf vague

Physiologie et mécanismes de la stimulation du nerf vague dans la douleur chronique

B. Calvino 1
1 Lyon - Lyon (France)

Intérêts et bénéfices cliniques de la neurostimulation du nerf vague.

Le nerf Vague (NV) est un nerf mixte, le plus long de l'organisme, sensoriel et moteur, somatique et végétatif, le plus largement distribué à toutes nos viscères. Le NV est anatomiquement et fonctionnellement disposé comme intermédiaire entre les viscères et le cerveau. Au sein du système nerveux autonome, il assure la liaison afférente sensorielle et efférente motrice entre le système nerveux central (SNC) et les viscères thoraciques et abdominaux, principalement le tube digestif. Cette double communication réciproque permet un fonctionnement intégré assurant le contrôle de l'ensemble des fonctions digestives (sensibilité, motricité, satiété), permettant de considérer que notre organisme dispose d'un axe de communication cerveau-tube digestif (brain-gut axis)

Le NV est une composante majeure de l'axe neuro-immuno-endocrine et les réponses coordonnées qu'il génère constituent la première ligne de défense innée importante contre les infections et les inflammations, contribuant ainsi à la restauration de l'homéostasie dans l'organisme. La mise en évidence de l'activation des afférences vagales par les cytokines de l'inflammation (IL-1β, IL-6 et TNF-α), a permis le développement de l'étude du lien entre immunité et cerveau.

L'activité du NV exerce une fonction anti-inflammatoire sous-tendue par trois voies différentes : (1) ses fibres afférentes sensorielles, activatrices de l'axe corticotrope du stress, qui stimule la libération du cortisol, hormone périphérique aux propriétés anti-inflammatoires puissantes ; (2) ses fibres efférentes motrices qui constituent la voie cholinergique anti-inflammatoire, dont les terminaisons nerveuses établissant des synapses avec les neurones entériques qui libèrent de l'acétylcholine (Ach) ; à leur jonction avec les macrophages périphériques, l'Ach libérée par les efférences du nerf vague activé inhibe la libération d'une cytokine pro-inflammatoire, le TNF-α (Tumor Necrosis Factor-α); (3) la voie sympathique noradrénergique anti-inflammatoire splénique, mise en jeu par la stimulation du nerf splénique sympathique par le NV.

L'activation de ces trois voies présente un intérêt thérapeutique important dans la mesure où elles constituent des cibles pour stimuler les régulations anti-inflammatoires dans les pathologies en relation avec la libération du TNF-α, telles que les pathologies inflammatoires de l'intestin (MICI) ou la polyarthrite rhumatoïde (PR).

Plusieurs techniques de stimulation du NV sont utilisées, invasives parce qu'implantables au sein de l'organisme, et non invasives parce que transcutanées. La stimulation du NV s'est développée pour le traitement de l'épilepsie, de la dépression réfractaire au traitement pharmacologique, de l'anxiété, des migraines (cluster headaches) et des maux de tête, des désordres gastro-intestinaux. La stimulation du NV est également efficace pour l'inhibition de la douleur, y compris la douleur chronique, car la stimulation du NV est inhibitrice de l'inflammation et module l'activité de réseaux de neurones intervenant dans les voies de la douleur.

Bibliographie

Calvino B. Intérêts et bénéfices cliniques de la neurostimulation de la dixième paire de nerfs crânienne, les nerfs pneumogastriques. Douleurs Évaluation-Diagnostic-Traitement. 2025;26 :83-95.

Mise au point

La neuromodulation du nerf vague

Les techniques invasives de stimulation du NV et non-invasives de stimulation du NV

M. Vlaicu Bustuchina 1
1 Inserm - Paris (France)

Approches invasives et non invasives de la stimulation du nerf vague : état des lieux et perspectives thérapeutiques

La stimulation du nerf vague (VNS, pour Vagus Nerve Stimulation) est une approche basée sur la neuromodulation. Elle repose sur l'activation de voies afférentes et efférentes du nerf vague, influençant l'activité du système nerveux autonome et des circuits cérébraux.

Deux principales approches de la VNS existent :
1. La VNS invasive, approuvée depuis les années 1990, consiste en l'implantation chirurgicale d'un générateur de stimulation relié à une électrode enroulée autour du nerf vague cervical. Cette méthode est validée dans le traitement de l'épilepsie pharmacorésistante. La VNS est utilisée lorsque la résection chirurgicale est impossible ou non souhaitée. Il s'agit d'une thérapie palliative, qui vise à réduire les crises. La réponse à la VNS est définie comme une réduction de la fréquence des crises après l'implantation, observée chez environ la moitié des individus.
La VNS est également utilisée pour le traitement de la dépression pharmacorésistante. Elle a montré des bénéfices potentiels dans d'autres pathologies, comme les troubles anxieux, la douleur chronique et certaines maladies inflammatoires.
2. La VNS non invasive, plus récente, se base sur une stimulation transcutanée, généralement au niveau du pavillon de l'oreille (tVNS – transcutaneous Vagus Nerve Stimulation) ou du cou. Elle représente une alternative prometteuse à l'approche chirurgicale, avec un profil de tolérance favorable, et sans les risques liés à l'implantation. Les études cliniques explorent son efficacité dans des indications variées, incluant l'épilepsie, les troubles de l'humeur, les troubles du sommeil, les acouphènes, les maladies cardiovasculaires et des maladies du système digestif.
Malgré l'intérêt croissant pour la VNS non invasive, plusieurs défis subsistent :
- L'hétérogénéité des protocoles de stimulation (fréquence, durée, intensité, site de stimulation).
- Le manque de standardisation des paramètres cliniques et électrophysiologiques pour prédire la réponse au traitement.
- Une compréhension encore partielle des mécanismes neurophysiologiques impliqués.
Les avancées récentes en neuroimagerie et en électrophysiologie permettent toutefois de mieux caractériser les effets centraux de la VNS et d'identifier des biomarqueurs de réponse. De plus, la miniaturisation des dispositifs et le développement de technologies connectées favorisent une utilisation plus large en ambulatoire et en auto-administration.
En conclusion, la VNS, qu'elle soit invasive ou non invasive, représente une voie thérapeutique innovante et modulable. Elle suscite un intérêt croissant pour la médecine personnalisée, notamment dans la prise en charge de pathologies chroniques résistantes aux traitements conventionnels. De futures études randomisées contrôlées sont nécessaires pour confirmer son efficacité, optimiser les paramètres de stimulation et élargir ses indications cliniques.

Bibliographie

1. Austelle CW , Cox SS, Wills KE, Bashar W Badran BW .Vagus nerve stimulation (VNS): recent advances and future directions. Clin Auton Res. 2024 Dec;34(6):529-547.
2. Austelle CW, Stewart S. Cox SS, Connolly DJ et al. Accelerated Transcutaneous Auricular Vagus Nerve Stimulation for Inpatient Depression and Anxiety: The iWAVE Open Label Pilot Trial. Neuromodulation: Technology at the Neural Interface Volume 28, Issue 4, June 2025, Pages 672-681
3. Baig SS, Dorney S, Aziz M et al.Optimizing non-invasive vagus nerve stimulation for treatment in stroke. Neural Regen Res. 2025 Dec 1;20(12):3388-3399.
4. Carron R, Roncon P, Lagarde S et al. Latest Views on the Mechanisms of Action of Surgically Implanted Cervical Vagal Nerve Stimulation in Epilepsy. Neuromodulation. 2023 Apr;26(3):498-506.
5. Chen Z , Liu K. Mechanism and Applications of Vagus Nerve Stimulation. Curr Issues Mol Biol. 2025 Feb 14;47(2):122.
6. Clifford HJ, Fenske S, Horsley J et al. Hippocampal abnormality and response to vagus nerve stimulation in epilepsy. Epilepsia, October 2025, 00:1–8.
7. Clifford HJ, Paranathala MP, Wang YJ et al. Vagus nerve stimulation for epilepsy: A narrative review of factors predictive of response. Epilepsia. 2024 Dec;65(12):3441-3456
8. Gerges ANH 1, Williams EER, Hillier S et al . Clinical application of transcutaneous auricular vagus nerve stimulation: a scoping review. Disabil Rehabil. 2024 Dec;46(24):5730-5760.
9. Gouveia FV , Warsi NM, Suresh H et al. Neurostimulation treatments for epilepsy: Deep brain stimulation, responsive neurostimulation and vagus nerve stimulation. Neurotherapeutics. 2024 Apr;21(3):e00308.
10. Guide du système VNS TherapyTM pour le médecin (EU), Houston, Texas : LivaNova, Inc.
11. Heidi M Schambra , Seth A Hays .Vagus nerve stimulation for stroke rehabilitation: Neural substrates, neuromodulatory effects and therapeutic implications. J Physiol. 2025 Feb;603(3):723-735.
12. Hilz MJ. Transcutaneous vagus nerve stimulation - A brief introduction and overview. Auton Neurosci. 2022 Dec:243:103038.
13. Hu T, Zhang J , Wang J et al. Advances in Epilepsy: Mechanisms, Clinical Trials, and Drug Therapies. J Med Chem. 2023 Apr 13;66(7):4434-4467.
14. Huajun Y , Weixiong S, Jingjing F et al. Transcutaneous Auricular Vagus Nerve Stimulation (ta-VNS) for Treatment of Drug-Resistant Epilepsy: A Randomized, Double-Blind Clinical Trial. Neurotherapeutics. 2023 Apr;20(3):870-880.
15. Lyons P, Wheless J, Ryan Verner R et al.Vagus nerve stimulation in Lennox–Gastaut syndrome: Twenty-four-month data and experience from the CORE-VNS study. Epilepsia. 2025;00:1–10.
16. Marti AS, Verner R , Keezer M et al. Reduction of generalized tonic-clonic seizures following vagus nerve stimulation therapy: CORE-VNS Study 24-month follow-up. Epilepsia. 2025 Jul;66(7):2307-2314.
17. Mihaela Bustuchina Vlaicu, Andrei Vlaicu. Neuromodulation en Neurologie et Psychiatrie. Livre. Elsevier Masson, 2023.
18. Mondal B, Choudhury S, Rebecca Banerjee R et al. Effects of non-invasive vagus nerve stimulation on clinical symptoms and molecular biomarkers in Parkinson's disease. Front Aging Neurosci. 2024 Feb 7;15:1331575
19. Moro P , dos Santos, de Souza ALB et al. Can transcutaneous auricular vagus nerve stimulation be considered a viable adjuntive therapy in drug-resistant epilepsy? A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Epilepsy Behav. 2025 Jun:167:110394
20. Morrison EG , Danthine V , Santalucia R et al. Characterization of Vagus Nerve Stimulation (VNS) Dose-Dependent Effects on EEG Power Spectrum and Synchronization. Biomedicines. 2024 Mar 1;12(3):557.

21. Perucca E, Perucca P, Steve White H, Wirrell E C. Drug resistance in epilepsy. Lancet Neurol. 2023 Aug;22(8):723-734.
22. Ruhnau Ph, Zaehle T. Transcranial Auricular Vagus Nerve Stimulation (taVNS) and Ear-EEG: Potential for Closed-Loop Portable Non-invasive Brain Stimulation. Front Hum Neurosci. 2021 Jun 14:15:699473
23. Schambra HM, Hays SA. . Vagus nerve stimulation for stroke rehabilitation: Neural substrates, neuromodulatory effects and therapeutic implications. J Physiol. 2025 Feb;603(3):723-735.
24. Scheffer IE et al. Classification of the epilepsies: New concepts for discussion and debate—Special report of the ILAE Classification Task Force of the Commission for Classification and Terminology. Epilepsia. Volume1, Issue1-2. September 2016. Pages 37-44
25. Shao P, Li H, Jiang J. Role of Vagus Nerve Stimulation in the Treatment of Chronic Pain. Neuroimmunomodulation. 2023 Jun 27;30(1):167–183
26. Sheng J et al. Drug-Resistant Epilepsy and Surgery. Curr Neuropharmacol 2018 ;16:17–28
27. Système VNS Therapy® Manuel de Épilepsie destiné au médecin. © 2013 – 2020 LivaNova, PLC, Londres, R.-U. https://dynamic.cyberonics.com
28. Toffa DH, Touma L, El Meskine T EI et al. Learnings from 30 years of reported efficacy and safety of vagus nerve stimulation (VNS) for epilepsy treatment: A critical review. Seizure. 2020 Dec:83:104-123.
29. Vlaicu A, Bustuchina Vlaicu M. Vagus nerve stimulation for treatment-resistant depression : is this therapy distinct from other antidepressant treatments? Int J Psychiatry Clin Pract. 2020; 24 : 349-56.
30. Wang Y, Li S-Y,Wang D et al. Transcutaneous Auricular Vagus Nerve Stimulation: From Concept to Application. Neurosci Bull 2021 Jun;37(6):853-862.

Mise au point

La neuromodulation du nerf vague

Champs d'application de la stimulation du nerf vague en douleur chronique

A. Courties1
1Hôpital Saint-Antoine - Paris (France)

La stimulation du nerf vague (VNS) représente une approche innovante de modulation de la douleur et de l'inflammation. Le nerf vague constitue en effet un lien majeur entre le système nerveux central et les organes périphériques, notamment le tube digestif. Son activation module la réponse immunitaire via la libération d'acétylcholine. Les travaux précliniques ont montré qu'une stimulation vagale réduit la production de cytokines pro-inflammatoires et atténue la douleur dans plusieurs modèles animaux d'arthrite.
Déjà largement utilisée pour ses effets neuromodulateurs dans l'épilepsie pharmacorésistante et la dépression réfractaire, la VNS a récemment suscité un intérêt croissant en rhumatologie. Dans la polyarthrite rhumatoïde (PR), le premier essai ouvert publié en 2016 a montré qu'une stimulation vagale invasive (chirurgicale) par implant cervical entraînait une diminution significative des taux circulants de TNF et de CRP, ainsi qu'une amélioration de la douleur et de l'activité de la maladie [1]. Ces résultats ont été confirmés récemment par un essai randomisé contrôlé contre stimulation factice, démontrant un effet sur l'activité de la PR et même une réduction de la progression radiographique (de 25 % groupe Sham à 9 % groupe VNS) [2]. Ainsi, en juillet 2025, la VNS a obtenu l'autorisation de mise sur le marché de la Food and Drug Administration dans la PR modérée à sévère et une réponse insuffisante ou intolérance aux traitements biologiques ou synthétiques ciblés.
En parallèle, plusieurs études évaluent les techniques de stimulation vagale transcutanée non invasive (tVNS), par voie auriculaire, au niveau de la cymba concha, ou par voie cervicale. Dans la maladie de Gougerot-Sjögren, un essai randomisé contrôlé a montré que la stimulation vagale auriculaire réduisait significativement la fatigue et la concentration d'interleukine-6, suggérant un effet anti-inflammatoire et "anti-fatigue" [3]. De même, dans le lupus, la VNS auriculaire améliore la douleur et la fatigue par rapport à une stimulation factice [4]. Nous avons étudié son efficacité dans l'arthrose des mains érosive et inflammatoire (au moins 1 synovite) dans un essai randomisé contrôlé contre stimulation factice. Alors que l'EVA douleur ne diminuait pas significativement sur la population totale, il semblait exister un effet antalgique dans le groupe plus inflammatoire (au moins 2 synovites). D'autres essais pilotes ont exploré la tVNS dans la fibromyalgie, la migraine ou la lombalgie chronique, avec des résultats encourageants mais souvent limités par l'absence de véritable aveugle et la faible puissance statistique. Des essais randomisés contrôlés de plus grande ampleur sont donc nécessaires pour confirmer l'efficacité de la stimulation vagale dans ces indications. Par ailleurs, il sera essentiel d'affiner les réglages de stimulation (fréquence, intensité, durée) notamment par voie transcutanée afin d'optimiser l'efficacité clinique et la tolérance.
En 30 ans nous sommes passés de la démonstration d'un mécanisme endogène anti-inflammatoire au développement de la médecine bioélectronique. La VNS est une des premières approches de neuromodulation ciblant les interactions neuro-immunitaires, à la croisée des neurosciences et de la rhumatologie moderne.

Bibliographie

Koopman FA et al. Proc Natl Acad Sci USA. 2016;113(29):8284-9.
Tesser J, et al. Arthritis Rheumatol. 2024;76(suppl 9).
Tarn J, et al. Neuromodulation 2019;22:580–5.
Aranow C, Ann Rheum Dis 2020. https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2020-217872.

Mise au point

Les outils de la qualité au service de la douleur

H.Anderson

La douleur représente aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique et de société. Longtemps sous-estimée, sa prise en charge s'est structurée en France à partir des années 1990-2000 grâce à l'instauration des « Plans douleur ». La loi du 4 mars 2002 marque un tournant en reconnaissant la douleur comme une priorité médicale, éthique et organisationnelle. Se met alors en place une dynamique de transformation pérenne avec la généralisation de l'évaluation systématique, la protocolisation des prises en charge et le déploiement d'équipes ressources dans les établissements.
De même, la certification des établissements de santé a servi d'accélérateur. En considérant la douleur comme critère impératif, la Haute Autorité de Santé a encouragé les établissements hospitaliers à se doter d'outils de la qualité. L'évaluation, les audits, le suivi des indicateurs, les retours d'expérience et la gestion des risques : autant de démarches qui, parfois perçues comme contraignantes, ont contribué à structurer et sécuriser la prise en charge.
Si certains professionnels ont exprimé des inquiétudes en ressentant une diminution de leur autonomie ou une surcharge administrative, la méconnaissance des objectifs de la démarche qualité a pu en effet provoquer des résistances : impression de standardisation excessive, peur d'un contrôle extérieur, inquiétude face au changement. Cependant, avec le recul, ces démarches ont montré leur valeur. Elles ont facilité une culture commune axée sur l'évaluation de la douleur, la diffusion des protocoles personnalisés et l'harmonisation des pratiques.
Aujourd'hui, les outils de la qualité sont à considérer comme un véritable moyen d'amélioration. Ils encouragent la pluriprofessionnalité, renforcent la sécurité des patients, soutiennent l'adoption de bonnes pratiques et ouvrent la voie à l'innovation et à la recherche, particulièrement dans le champ des approches non médicamenteuses. Ils contribuent également à rendre le patient acteur de sa prise en charge, en valorisant sa parole et en l'intégrant dans les décisions de soin.
En conclusion, l'histoire de la prise en charge de la douleur en France montre comment la rencontre entre une demande sociétale et les outils de la qualité a permis d'inscrire durablement cette thématique dans les organisations de santé. Loin de figer les pratiques, la qualité les a fait évoluer, en transformant les résistances initiales en opportunités d'apprentissage collectif. La démarche qualité se pose donc comme un levier de pertinence des soins et d'équité d'accès, au service du soulagement de la douleur, qui reste l'une des premières attentes des patients.
Cette présentation illustrera, avec des exemples concrets, comment la démarche qualité et la gestion de la douleur se complètent mutuellement.

Mise au point

Quand l'école prend la tête : comment s'aider des aménagements scolaires ?

Présentation du « Projet d'Accueil Individualisé Céphalées Migraine » préparé par la commission pédiatrique. Utilisation en pratique. Exemples cliniques.

A.S. Restif 1, J. Couturier-Avez 2
1 Chu - Rennes (France), 2 Chu - Lille (France)

La prévalence de la migraine chez l'enfant est estimée entre 3 et 10 %. Les recommandations pédiatriques préconisent un traitement de crise par AINS pris précocement, avec la possibilité d'ajouter un triptan si l'AINS est inefficace pour les enfants de plus de 12 ans (1). La prescription doit être complétée par un temps d'éducation thérapeutique pour apprendre à distinguer les céphalées migraineuses des céphalées de tension et apprendre des techniques psycho-corporelles qui complèteront l'action des médicaments. En pédiatrie, aucun traitement de fond médicamenteux n'a montré une efficacité significative à ce jour. L'enjeu, pour les enfants et les adolescents est donc de pouvoir mettre en œuvre ces recommandations scientifiques dans leurs lieux de vie, y compris les établissements scolaires. En France, le PAI (projet d'accueil individualisé) permet de définir la conduite à tenir quand la santé de l'enfant nécessite l'administration de traitements médicamenteux ou de mesures particulières, permettant ainsi la continuité des soins et de la scolarité (2). La formalisation d'un projet médico scolaire, co-construit entre santé scolaire et Structures Douleur Chronique, fournit un cadre sécurisant et cohérent pour le jeune et sa famille et crée un climat favorable à la mise en œuvre des stratégies antalgiques apprises en SDC (3). Le PAI permet aux professionnels d'avoir une attitude ajustée qui mobilise les ressources du jeune et valorise ses compétences d'auto-soins.
Au cours de cette mise au point, nous verrons ensemble comment rédiger un projet d'accueil individualisé. Des témoignages d'adolescents, parents et professionnels donneront un éclairage sur l'impact du PAI dans la gestion des céphalées en milieu scolaire et ses répercussions sur la diminution de l'absentéisme de l'élève et de ses parents.
Nous discuterons des perspectives à partir des propositions de la commission pédiatrique de la SFETD de mise en ligne d'un PAI pré-rempli pour les céphalées-migraines.

Bibliographie
(1) Lanteri-Minet, M., Valade, D., Géraud, G., Lucas, C., & Donnet, A. (2013). Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant. Revue Neurologique, 169(1), 14–29. https://doi.org/10.1016/j.neurol.2012.07.022
(2) Ministère de l'Éducation Nationale. Projet d'accueil individualisé pour raison de santé, circulaire du10 février 2021; 2021. Disponible sur : https://www.education.gouv.fr/bo/21/Hebdo9/MENE2104832C.htm
(3) Restif, A.-S., Genestine, S., Pasquier, N., & Pedron, A. (2025). « J'ai mal au collège » : regards croisés entre infirmières de l'éducation nationale et infirmières puéricultrices d'un centre douleur pédiatrique. Douleurs, 26(2), 96–107. https://doi.org/10.1016/j.douler.2025.01.001

Mise au point

Mise au point sur la douleur chronique dans le monde

E. Treillet 1
1 Hopital Lariboisière - Paris (France)

Prise en charge mondiale de la douleur en 2025 : contrastes, enjeux et perspectives

En 2025, la prise en charge de la douleur constitue un enjeu mondial majeur, révélant deux grands modèles d'organisation sanitaire : le modèle interventionnel, technicisé et centré sur l'acte médical, et le modèle biopsychosocial, pluridisciplinaire et global. Ces approches façonnent l'accès aux soins antalgiques, notamment aux opioïdes, et conditionnent la lutte contre la souffrance évitable à l'échelle internationale.

Le modèle interventionnel, prédominant en Amérique du Nord (notamment aux États-Unis) et dans certains pays du Golfe, repose sur la valorisation des procédures médicales : infiltrations, chirurgie, prescriptions médicamenteuses, avec un recours large aux opioïdes. Il s'appuie sur des systèmes de santé fragmentés, souvent à financement privé, et favorise une gestion technique, rapide mais parfois déshumanisée de la douleur. Ce modèle a conduit à une crise majeure : l'épidémie d'overdoses d'opioïdes, illustrant les dérives possibles d'une approche centrée sur l'acte plutôt que sur la personne. Les freins observés relèvent aujourd'hui de restrictions réglementaires croissantes (prescriptions limitées, contrôles renforcés), mais persistent des inégalités d'accès, notamment selon la couverture d'assurance et le niveau socio-économique.

Le modèle biopsychosocial, quant à lui, s'est imposé en Europe de l'Ouest (France, Allemagne, Royaume-Uni) et s'étend progressivement ailleurs. Il considère la douleur comme un phénomène complexe, intégrant ses dimensions physiques, psychologiques et sociales. L'organisation est fondée sur des équipes pluridisciplinaires (médecins, infirmiers, psychologues, kinésithérapeutes), des centres spécialisés et un recours mesuré aux opioïdes, majoritairement réservés aux douleurs sévères ou cancéreuses. Ce modèle bénéficie de systèmes de santé universels, assurant l'accès financier et la régulation des traitements, mais reste confronté à des délais d'accès en structures spécialisées et à des disparités entre pays de l'Ouest et de l'Est.

Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (Amérique latine, Afrique, Asie), l'accès aux soins antalgiques et aux opioïdes demeure très limité, entravé par des freins réglementaires, économiques, logistiques et culturels. Les soins palliatifs, souvent portés par des ONG comme Douleur Sans Frontière (DSF) ou initiatives locales, progressent lentement. L'Afrique illustre le fossé d'accès, avec une disponibilité quasi nulle des opioïdes pour la majorité de la population, tandis que l'Asie combine traditions médicales et difficultés d'accès aux traitements modernes.

En synthèse, la prise en charge de la douleur mondiale en 2025 oscille entre approche globale et approche technique, entre les différents sytème de santé dont l'illustration est la double crise des opioïdes : crise d' excès et crise d'accès aux opioïdes.

Bibliographie

Bernard SA, et al. Management of Pain in the United States — A Brief History and Implications for the Opioid Epidemic. Health Serv Insights. 2018;11:1178632918819440.
Häuser W, et al. European clinical practice recommendations on opioids for chronic noncancer pain. Eur J Pain. 2021;25(5):949-964.
García JBS, et al. Latin American Pain Federation position paper on appropriate opioid use in pain management. Pain Reports. 2019;4(5):e730.
Cleary J, et al. Formulary availability and regulatory barriers to accessibility of opioids for cancer pain in the Middle East. Ann Oncol. 2013;24(S11):xi51-xi59.

Yacine H, et al. Analysis of opioid analgesics consumption in Africa: 20-year perspective. Lancet Glob Health. 2024 (à paraître).
Knaul FM, et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief. Lancet. 2018;391:1391-1454.

Mise au point

A l'origine du mouvement évité : une question d'interprétation ou de perception ? Quand la cognition s'emmêle et se mêle au mouvement

E. Walczak 1, Y. Delevoye-Turrell 2
1 Pôle Mpr, Institut Jean Stablinski, Centre Hospitalier De Valenciennes, 59300 Valenciennes, France - Valenciennes (France), 2 A. Univ. Lille, Cnrs, Umr 9193-Scalab-Sciences Cognitives Et Sciences Affectives, F-59000 Lille; B. B Institut Universitaire De France (iuf) - Lille (France)

Le modèle bio-psycho-social de la douleur postule que l'expérience douloureuse est influencée par des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux [1]. Il met en évidence le rôle essentiel des dimensions cognitives dans la persistance et l'entretien de la douleur chronique [2-3]. En clinique de la douleur, la cognition est souvent associée à des biais attentionnels, mnésiques et interprétatifs [4-5]. Les croyances, interprétations, processus réflexifs et l'attention portée à la douleur, modulent les décisions et réponses comportementales, contribuant in fine à la sévérité et à la persistance de la douleur. Ces biais sont particulièrement impliqués dans la peur de la douleur ainsi que dans l'évitement du mouvement et des activités [6]. Ils font ainsi l'objet d'une attention particulière dans les stratégies rééducatives centrées sur l'exposition progressive et l'éducation thérapeutique à la douleur. Dans cette perspective, l'étude de la cognition privilégie une approche intra-individuelle, négligeant l'influence des dynamiques environnementales et sociales sur la structuration des états affectifs et des réponses comportementales. Cependant, l'étude du couplage individu-environnement montre que les dispositions comportementales à l'action sont sensibles à une multitude de facteurs, dépassant les seules dimensions d'interprétation et de croyances habituellement considérées comme responsables de l'évitement. Les travaux issus de la boucle perception-action s'intéressant à l'influence réciproque entre l'individu et son environnement, suggèrent que la douleur influence le jugement perceptif [7]. Ainsi, l'évitement pourrait relever de l'interprétation ou de la perception. Les individus douloureux chroniques interprètent-ils le monde différemment ou le perçoivent-ils différemment ?
Dans cette communication, nous discuterons des états cognitifs et affectifs impliqués dans l'évitement du mouvement et des activités. La douleur sera abordée comme une expérience perceptuelle singulière, dont les nombreuses distorsions restreignent les possibilités d'action avec l'environnement. Enfin, nous discuterons des implications d'une cognition pensée sur l'expérience perceptive pour les stratégies rééducatives et réadaptatives en douleur chronique.

Bibliographie

[1] Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. Psychol Bull. 2007;133(4):581-624. doi:10.1037/0033-2909.133.4.581
[2] Edwards RR, Dworkin RH, Sullivan MD, Turk DC, Wasan AD. The Role of Psychosocial Processes in the Development and Maintenance of Chronic Pain. J Pain. 2016;17(9 Suppl):T70-T92. doi:10.1016/j.jpain.2016.01.001
[3] Meints SM, Edwards RR. Evaluating psychosocial contributions to chronic pain outcomes. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2018;87(Pt B):168-182. doi:10.1016/j.pnpbp.2018.01.017
[4] Torta DM, Legrain V, Mouraux A, Valentini E. Attention to pain! A neurocognitive perspective on attentional modulation of pain in neuroimaging studies. Cortex. 2017;89:120-134. doi:10.1016/j.cortex.2017.01.010

[5] Stroud MW, Thorn BE, Jensen MP, Boothby JL. The relation between pain beliefs, negative thoughts, and psychosocial functioning in chronic pain patients. Pain. 2000;84(2-3):347-352. doi:10.1016/s0304-3959(99)00226-2
[6] Vlaeyen JWS, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. Pain. 2000;85(3):317-332. doi:10.1016/S0304-3959(99)00242-0
[7] Witt JK, Linkenauger SA, Bakdash JZ, Augustyn JS, Cook A, Proffitt DR. The long road of pain: chronic pain increases perceived distance. Exp Brain Res. 2009;192(1):145-148. doi:10.1007/s00221-008-1594-3

Mise au point

Le MEOPA : mi-ange, mi-démon ? Le point en 2025

S. Hamdan 1, N. Moreau 1, V. Smail-Faugeron 1
1 Université Paris Cité - Paris (France)

Ce matin, c'est proto party !
« Quand tu es gazé tu es bien, tu es détendu » ; « quand tu commences à prendre un ballon, tu as envie de prendre un autre ballon, puis encore un » : voici le type de phrases que nous pouvons entendre aux informations télévisées de la part de certains « jeunes » – et moins jeunes. Elles témoignent de notions graves de drogue, voire d'addiction, que le protoxyde d'azote génère. Et nous pouvons nous demander, à juste titre, si c'est aussi le cas lorsqu'il est utilisé en proportion équimolaire avec de l'oxygène lors d'actes médicaux ; si, lorsqu'un patient a mal ou réclame à cor et à cris du MEOPA pour accompagner ses soins médicaux, nous devons accéder à sa demande ou refuser de peur de le rendre dépendant. En d'autres termes, le MEOPA rend-il nos patients accro ?
« An Essex hospital has suspended the use of gas and air over concerns about staff exposure to nitrous oxide » (The Guardian, janvier 2023). Ainsi, au Royaume-Uni, plusieurs établissements ont interrompu l'utilisation du MEOPA en raison de craintes liées à l'exposition professionnelle, en particulier chez les femmes soignantes, avec des risques évoqués de baisse de fertilité, d'avortements spontanés ou d'atteintes au développement fœtal. Cette situation doit-elle nous amener à reconsidérer nos pratiques en France ?
« Le protoxyde d'azote ou gaz hilarant, un super gaz à effet de serre qui menace les objectifs climatiques » (Le Monde, 14 juin 2024). Sur le plan environnemental, le protoxyde d'azote se distingue par un potentiel de réchauffement climatique très élevé et une durée de vie atmosphérique dépassant cent ans. Au Royaume-Uni, il a été estimé que la majorité des émissions liées à son usage provenait de l'analgésie obstétricale. Dès lors, devons-nous considérer son utilisation médicale comme une source d'impact écologique préoccupante ?
En France, la communauté médicale se montre globalement favorable au maintien de l'utilisation du MEOPA, soulignant l'importance de répondre au droit le plus fondamental du patient qui est de prévenir et de soulager la douleur liée aux soins. Dans ce contexte, existe-il des mesures concrètes pour réduire l'impact négatif du protoxyde d'azote, que ce soit sur les patients, le personnel soignant, ou l'environnement ?
Alors le MEOPA : mi-ange, mi-démon ? En se basant sur les preuves scientifiques récentes, nous tenterons d'apporter des réponses à toutes ces questions qui font l'actualité, qu'elle soit grand public, médicale ou environnementale.

Bibliographie

1. Pearson F, Sheridan N, Pierce JMT. Estimate of the total carbon footprint and component carbon sources of different modes of labour analgesia. Anaesthesia. 2022;77(4):486-488.
2. Wise J. Maternity care: Entonox is withdrawn from some hospitals because of risk to staff from high exposure. BMJ (Clinical research ed). 2023;380:212.
3. Frank V, MacLean S, Herold M. Nitrous oxide use among young people – new trends, policy challenges, and knowledge gaps. Drugs and Alcohol Today. 2020;20:383-392.

Mise au point

Les recommandations HAS 2025 sur la fibromyalgie : diagnostic et prise en charge

F. Laroche Françoise 1
1 Aphp - Paris (France)

Premières recommandations de bonnes pratiques sur la fibromyalgie en France : Fibromyalgie de l'adulte conduite diagnostique et stratégie thérapeutique, HAS 2025.

Les douleurs myofasciales diffuses comme celles observées au cours de la fibromyalgie ont une prévalence en France de près de 2 % (1). Il s'agit de la pathologie douloureuse chronique diffuse la plus fréquente. La fibromyalgie est classée parmi les douleurs chroniques " nociplastiques " (2, 3). Cela signifie que les douleurs ne sont pas accompagnées de lésions organiques, qu'elles évoluent depuis plus de 3 mois, que les patients rapportent une allodynie et/ou une hyperalgésie, qu'elles sont associées à une détresse émotionnelle et/ou un handicap fonctionnel significatifs.
Ces douleurs chroniques diffuses sont associées à de nombreux autres symptômes ; fatigue, sensation de réveil non reposé, troubles du sommeil, troubles cognitifs... La subjectivité des symptômes, l'absence de "marqueur biologique " peuvent rendre le diagnostic difficile. Il existe de nombreux diagnostics différentiels. Il n'y a pas d'autre diagnostic sauf dans les formes associées (à un rhumatisme par exemple). La prise en charge est essentiellement multidisciplinaire. Elle combine: information, éducation, exercices physiques, gestion du stress, thérapies cognitives et comportementales. Les médicaments de fond de type psychotropes (antiépileptiques et/ou antidépresseurs) sont plutôt utilisés en seconde ligne.
La Haute Autorité de Santé a publié en juillet 2025, la première recommandation française de bonnes pratiques sur la fibromyalgie. Elle fait la synthèse du niveau de preuves concernant le diagnostic et la stratégie thérapeutique (4). Elle insiste sur le fait que la fibromyalgie est une maladie reconnue et que le diagnostic est clinique. Elle précise qu'annoncer le diagnostic est essentiel pour engager le patient dans ses soins. Enfin, elle détaille la stratégie thérapeutique qui est personnalisée, graduée, coordonnée et évolutive. La prise en charge est en première intention non médicamenteuse. Cela suppose que les soignants se forment et sachent prescrire/expliquer ces approches. Cette recommandation détaille le parcours de soins qui consiste en une activité physique en autonomie et en sécurité, des stratégies d'adaptation et d'autogestion, le maintien dans l'emploi, l'évaluation et le traitement de problèmes de santé associés et la possibilité d'un accompagnement avec des associations de patients. Elle rappelle que le bénéfice des traitements médicamenteux est modeste. Enfin, elle rapporte le niveau de preuve d'autres interventions (sans effets indésirables, ni risques pour la santé) qui peuvent se discuter dans le cadre d'un projet de soins co-construit avec le patient.

Bibliographie

1. Häuser, W., Perrot, S. Fibromyalgia syndrome and widespread pain. From construction to relevant recognition. IASP Press; 2019.
2. Fitzcharles, M.-A., Cohen, S.P., Clauw, D.J., Littlejohn, G., Usui, C., Häuser, W. (2021). Nociplastic pain: towards an understanding of prevalent pain conditions. The Lancet 397, 2098–2110.
3. Kaplan CM, Kelleher E, Irani A et al. Deciphering nociplastic pain: clinical features, risk factors and potential mechanisms. Nature Reviews Neurology, 2024,https://doi.org/10.1038/s41582-024-00966-8
4. Fibromyalgie de l'adulte conduite diagnostique et stratégie thérapeutique – Recommander les bonnes pratiques, HAS 2025.

Mise au point

La sensibilisation centrale peut-elle expliquer la douleur chronique ?

La sensibilisation centrale : émergence du concept et mécanismes neurobiologiques

D. Maskini 1, A. Derre 1, N. Soler 1, A. Rigaud 1, C. Rivat 1, P. Barthelemy 2, F. Ango 1, P. Carroll 1, A. Pattyn 1, S. Venteo 1
1 Institut Des Neurosciences De Montpellier, U1298 Univ Montpellier, Inserm, 34000 Montpellier - Montpellier (France), 2 Arna, Université De Bordeaux, Inserm U1212, Umr Cnrs5320, 33076 Bordeaux - Bordeaux (France)

Les douleurs chroniques constituent aujourd'hui un véritable problème de santé publique, affectant plus de 30% de la population mondiale [1] [2]. De fait, l'identification des mécanismes impliqués dans le maintien de ces douleurs ainsi que le développement de nouvelles stratégies thérapeutiques, constituent des enjeux majeurs pour la recherche fondamentale et clinique. Nos travaux se sont récemment concentrés sur les membres de la famille FXYD, connus pour leur rôle de régulateur de la pompe Na,K-ATPase, et ont permis d'identifier le gène Fxyd2 comme une nouvelle cible thérapeutique pour soulager les douleurs chroniques. En effet, nous avons montré que Fxyd2 –exprimé dans les neurones nocicepteurs au sein des ganglions de la racine dorsale– est impliqué dans le maintien des douleurs chroniques aussi bien de type neuropathique [3] qu'inflammatoire [4]. Pour exploiter le potentiel thérapeutique de l'inhibition de Fxyd2, nous avons développé une stratégie basée sur l'utilisation d'un oligonucléotide antisens couplé à un lipide, le FXYD2-LASO-Gapmer. Cette molécule chimique permet d'inhiber spécifiquement l'expression de Fxyd2 dans les neurones sensoriels périphériques et de réduire l'hyperexcitabilité neuronale empêchant ainsi la transmission du signal douloureux au système nerveux central. Ce traitement, testé sur des modèles précliniques de douleurs neuropathique et inflammatoire, a conduit à une réduction remarquable de l'allodynie et hyperalgésie mécaniques sans effets secondaires notables [5]. Ainsi, l'administration de FXYD2-LASO-Gapmer représente une nouvelle approche thérapeutique potentielle pour soulager durablement les douleurs chroniques chez l'homme.

Bibliographie

[1] N. Soliman et al., 'Pharmacotherapy and non-invasive neuromodulation for neuropathic pain: a systematic review and meta-analysis', Lancet Neurol., vol. 24, no. 5, pp. 413–428, May 2025, doi: 10.1016/S1474-4422(25)00068-7.
[2] S. P. Cohen, L. Vase, and W. M. Hooten, 'Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances', The Lancet, vol. 397, no. 10289, pp. 2082–2097, May 2021, doi: 10.1016/S0140-6736(21)00393-7.
[3] S. Ventéo et al., 'Fxyd2 regulates Aδ- and C-fiber mechanosensitivity and is required for the maintenance of neuropathic pain', Sci. Rep., vol. 6, no. 1, p. 36407, Nov. 2016, doi: 10.1038/srep36407.
[4] F. Wang et al., 'FXYD2, a γ subunit of Na+,K+-ATPase, maintains persistent mechanical allodynia induced by inflammation', Cell Res., vol. 25, no. 3, pp. 318–334, Mar. 2015, doi: 10.1038/cr.2015.12.
[5] A. Derre et al., 'FXYD2 antisense oligonucleotide provides an efficient approach for long-lasting relief of chronic peripheral pain', JCI Insight, vol. 8, no. 9, p. e161246, doi: 10.1172/jci.insight.161246.

Mise au point

La sensibilisation centrale peut-elle expliquer la douleur chronique ?

La sensibilisation centrale en clinique de la douleur chronique

J.P. Lefaucheur1
1Hôpital Henri Mondor - Creteil (France)

La sensibilisation centrale est un terme courant en pratique clinique, mais qui reflète des mécanismes physiopathologiques très différents. La sensibilisation centrale peut être liée à une interaction anormale entre les fibres non nociceptives A-bêta et A-delta/C et les neurones nociceptifs de projection au niveau des cornes dorsales de la moelle épinière. Ce mécanisme neurophysiologique de sensibilisation spinale reflète une réactivité accrue des neurones qui sous-tend la définition originale de la sensibilisation centrale selon l'IASP. Ceci explique des symptômes de douleur évoquée (hyperalgésie/allodynie), mais n'est pas impliqué dans la douleur diffuse observée dans la douleur nociplastique qui est associée à un autre type de sensibilisation centrale. Dans ce cas, la sensibilisation centrale est liée à une connectivité anormale ou à une plasticité inadaptée de divers réseaux cérébraux, expliquant des symptômes sensoriels diffus et polymorphes ou une hypersensibilité corporelle, qui sont associés à une charge cliniquement significative de troubles cognitifs et affectifs. Les modifications de l'intra/interconnectivité ou le dysfonctionnement de divers réseaux cérébraux à l'origine de ce type de sensibilisation centrale pourraient être associés à un dysfonctionnement anormal des systèmes endogènes de contrôle de la douleur. Ces modifications pourraient constituer le mécanisme responsable de la douleur nociplastique primaire, en l'absence d'activation des nocicepteurs périphériques ou d'altération des voies somatosensorielles. D'autre part, ces modifications pourraient être un mécanisme secondaire impliqué dans la chronicisation de la douleur, dans ses aspects multidimensionnels et son interférence avec les activités de la vie quotidienne, en cas de douleur initialement nociceptive ou neuropathique. La chronicisation de la douleur est alors associée à des symptômes sensoriels moins focaux et moins spécifiques. De plus, ce type de sensibilisation des réseaux cérébraux n'est pas indépendant de troubles de la personnalité plus globaux et plus anciens, ni de facteurs psychosociaux, qui peuvent constituer un état de vulnérabilité sous-jacent prédisposant un individu à développer de la douleur. Ainsi, différentes symptomatologies cliniques sont associées aux différents mécanismes rangés de façon diverse sous l'étiquette « sensibilisation centrale ». Il est important que nos classifications et critères diagnostiques évoluent pour mieux tenir compte des différents symptômes et contextes cliniques afin de mieux qualifier les mécanismes de la douleur chronique chez un individu donné, ce qui est un prérequis pour optimiser les stratégies thérapeutiques.

Mise au point

De quel trauma parlons-nous en clinique de la douleur ?

S. Conradi

Les liens entre traumas et douleur sont omniprésents dans la littérature et confirme une intrication majeure entre ces 2 problématiques. Cependant cette complexité inhérente nous amène à questionner les processus sous-jacents.
En effet on retrouve des tableaux cliniques du trauma, auprès des patients douloureux chroniques, à la fois par une diminution de la reviviscence mais aussi l'absence d'événements traumatiques définis ou identifiés. On retrouve également sur un autre versant une cumulation d'événements de vie traumatiques amenant là aussi à des tableaux cliniques particuliers.
Devant ce polymorphisme d'expression clinique, l'évaluation psychologique et psychopathologique réalisée par un psychologue ou un psychiatre est indispensable et ne peut être économisée dans une prise en charge cohérente.
Nous allons revoir dans le cadre de cette session mise au point, proposée par la commission professionnelle psychologue de la SFETD, les bases du psycho trauma, l'expression clinique spécifique en douleur chronique mais également ce qui explique probablement cette intrication si particulière de la douleur avec le trauma par l'étude de la valeur traumatique en soi de la douleur (au sens des travaux de Marie-Claude Defontaine Catteau et Antoine bioy, 2014).

Andersen, T. E., & Ravn, S. L. (2025). Chronic pain and comorbid posttraumatic stress disorder : Potential mechanisms, conceptualizations, and interventions. Current Opinion in Psychology, 62, 101990. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2025.101990
Severine Conradi. Traumatisation et chronicisation de la douleur. Psychologie. Université de Lorraine, 2022. Français. ⟨NNT : 2022LORR0264⟩. ⟨tel-04089925⟩
Defontaine-Catteau, M.-C., & Bioy, A. (2014). Place du traumatisme psychique en clinique de la douleur. Douleur et Analgésie, 27(2), 68-74. https://doi.org/10.1007/s11724-014-0381-4

Sessions parallèles

Douleurs de l'appareil locomoteur

Meilleure compréhension des douleurs des rhumatismes inflammatoires

P. Vergne-Salle 1
1 Service De Rhumatologie Et Centre De La Douleur, Chu Dupuytren 2 - Limoges (France)

Aujourd'hui, avec l'essor des traitements ciblés biologiques ou synthétiques (b/tDMARDs), les manifestations immunologiques, articulaires et extra-articulaires des rhumatismes inflammatoires sont de mieux en mieux contrôlées. Cependant, il reste une proportion importante de patients toujours symptomatiques avec des douleurs persistantes, représentant environ 5 à 20 % des patients ayant une polyarthrite rhumatoïde1 (PR) et entre 20 et 30 % des spondyloarthrites2 (SpA). Ainsi, la société Européenne de Rhumatologie (EULAR) a publié une définition des PR difficiles à traiter (difficult to treat =D2T) et une définition plus récente des SpA difficiles à prendre en charge (difficult to manage = D2M), l'objectif étant de mieux cerner ces nouvelles entités et d'encadrer la recherche 3,4. Quelques études le plus souvent rétrospectives ont permis de mieux caractériser ces patients. Ces études montrent qu'il s'agit d'une population hétérogène avec souvent des douleurs persistantes d'étiologies différentes. Globalement, deux grands groupes semblent se distinguer, un groupe avec une inflammation persistante malgré les thérapies ciblées qui serait minoritaire et un grand groupe avec des symptômes réfractaires non inflammatoires associés à plusieurs éléments : comorbidités, douleur nociplastique, sexe féminin. La prise en charge pourrait aller de l'association de biothérapie à la prise en charge pluridisciplinaire de la douleur.

Bibliographie

1.Roodenrijs NMT, et al. RMD Open 2021;7:e001511. doi:10.1136/rmdopen-2020-001511
2.Emmanouilidou E et al. Mediterr J Rheumatol 2024;35(Suppl 3):542-548.
3. Nagy G,Roodenrijs NMT, Welsing PMJ, et al. Ann Rheum Dis 2021;80:31–35.
4. Denis Poddubnyy et al. An Rheum Dis 2025, https://doi.org/10.1016/j.ard.2025.01.035

Sessions parallèles

Douleurs de l'appareil locomoteur

Neuroscience de la douleur de l'appareil locomoteur : pourquoi l'expliquer au patient

F. Bailly 1
1 Hôpital Pitié Salpêtrière - Paris (France)

Les avancées dans la compréhension de la physiopathologie de la douleur ont prouvé que dans certaines situations, l'intensité douloureuse était très éloignée du stimulus nociceptif. De multiples mécanismes sont impliqués, notamment au niveau du système nerveux central. Enseigner la neuroscience de la douleur aux patients pourrait permettre une meilleure compréhension de leur douleur, une diminution de leur kinésiophobie et au final une amélioration globale de leur qualité de vie.
Néanmoins, de multiples études ont évalué ce type d'intervention avec des résultats divergents. sur le long terme.
Les données scientifiques les plus solides sont disponibles pour la lombalgie chronique, mais plusieurs essais ont également évalué la pertinence de ce type d'intervention dans d'autres pathologies.
Plusieurs modalités d'interventions ont été réalisées, notamment avec des durées plus longues, ce qui pourrait renforcer leur efficacité.
Enfin la réalisation de ces interventions isolées ou combinées à d'autres thérapeutiques comme l'activité physique ou des interventions biopsychosociales a été comparé afin d'identifier comment maximiser l'efficacité de l'éducation aux neurosciences de la douleur.

Sessions parallèles

Douleurs de l'appareil locomoteur

Radiofréquence et douleur de l'appareil locomoteur – intérêt et limites

C. Quemeneur 1
1 Chu Raymond Poincare - Garches (France)

La radiofréquence (RF) occupe aujourd'hui une place croissante dans la prise en charge des douleurs chroniques de l'appareil locomoteur. Située à l'interface entre les traitements médicaux et la chirurgie, elle permet d'agir de manière ciblée sur les structures nerveuses responsables de la douleur, sous guidage échographique ou fluoroscopique.
Deux modalités principales coexistent : la radiofréquence thermique, à visée lésionnelle, provoquant une dénervation sélective et durable ; et la radiofréquence pulsée, non destructive, agissant par modulation de l'activité neuronale. Ces techniques sont désormais utilisées pour les douleurs rachidiennes (branches médiales), arthrosiques (genou, hanche, épaule) et dans certaines douleurs neuropathiques.
Les données actuelles montrent une réduction de 50 à 70 % de la douleur à six mois dans la gonarthrose avec un impact fonctionnel significatif. Néanmoins, les études restent hétérogènes, avec des protocoles variables (température, durée, nombre de cycles) et une sélection des patients encore insuffisamment standardisée.
Les limites actuelles concernent la variabilité anatomique des cibles nerveuses, la durée parfois transitoire du soulagement, et la nécessité d'une expertise technique rigoureuse pour garantir efficacité et sécurité. La RF ne constitue pas une fin en soi mais un outil intégré dans un parcours multimodal associant rééducation, prise en charge pharmacologique et un accompagnement fonctionnel.
L'avenir de la radiofréquence réside probablement dans une meilleure sélection des patients, la standardisation des paramètres techniques afin améliorer la précision et la reproductibilité.

Bibliographie
Leggett LE et al. Radiofrequency ablation for chronic low back pain: a systematic review. Pain Res Manag. 2014.
Li G et al. Radiofrequency ablation reduces pain for knee osteoarthritis: A meta-analysis of randomized controlled trials, International Journal of Surgery. 2021.

Sessions parallèles

ETP (session validante au titre de la formation continue)

ETP : Posons le cadre

D. Gillet 1
1 . - Voiron (France)

L'Éducation Thérapeutique du Patient est recommandée pour les patients souffrant de pathologies chroniques. Dans le cadre de la prise en charge du patient douloureux chronique, l'ETP a toute sa place.
L'objectif de cette présentation est d'apporter le socle de connaissances de base sur le cadre de l'ETP et les différentes étapes nécessaires à sa réalisation (1-2).

Bibliographie
(1) Documents de la HAS
(2) Loi HPST 2009

Sessions parallèles

ETP (session validante au titre de la formation continue)

ETP : Construisons un programme

R. Golec-Vilaplana 1
1 Hospices Civils De Lyon - Lyon (France)

Dans cette session nous aborderons les étapes concrètes nécessaires à la construction d'un programme d'ETP :
Nous développerons comment commencer à penser son projet et quels sont les intervenants nécessaires.
Ainsi que les 4 étapes clés de l'ETP : en commençant par le diagnostic éducatif, puis nous aborderons le contenu du programme avec les critères de qualité, les outils pédagogiques, le format des séances et leurs évaluations ; nous poursuivrons par la planification et le mise en œuvre du programme centrée sur le patient et enfin l'évaluation des compétences acquises et du déroulement du programme.
Nous aborderons également le cadre règlementaire de déclaration à l'ARS et les évaluations annuelles et quadriennales, ainsi que le financement par les ARS.

Bibliographie
https://www.has-sante.fr/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf
Décret du 31 décembre 2020 relatif aux programmes d'éducation thérapeutique du patient
Arrêté du 30 décembre 2020 relatif au cahier des charges des programmes d'ETP et à la composition du dossier de déclaration et modifiant l'arrêté du 2 août 2010 modifié (compétences requises)
Ordonnance n° 2020-1407 du 18 novembre 2020 relative aux missions des agences régionales de santé
Arrêté du 31 mai 2013 - compétences requises pour la dispense d'ETP
Décret du 31 mai 2013 - compétences requises pour la dispense d'ETP
Arrêté du 2 Août 2010 – compétences requises pour la dispense d'ETP
Décret du 2 Août 2010 – compétences requises pour la dispense d'ETP
Article Éducation Thérapeutique du Patient sur le site de la Haute Autorité de Santé (HAS)
Lacroix A et Assal JP (2011) l'éducation thérapeutique des patients, accompagner avec une maladie chronique : nouvelle approche, Paris, Maloine
INPES référentiel de compétences pour dispenser l'ETP dans le cadre d'un programme,2013
UTEP 69 Corinne Feutrier Formation 40h d'ETP
La pyramide pédagogique de W. Glasser

Sessions parallèles

ETP (session validante au titre de la formation continue)

ETP : sur le terrain - Migraine de l'enfant

J. Avez-Couturier1, A. Saelens 1
1 Chu Lille - Lille Cedex (France)

L'atelier d'éducation thérapeutique occupe une place essentielle dans la prise en charge des enfants et adolescents migraineux.
Il permet de mieux comprendre la maladie, de développer des stratégies d'adaptation et de favoriser l'autonomie.
Dans le programme que nous avons conçu, différents ateliers ludiques et interactifs sont proposés afin de reconnaitre les facteurs déclenchants, repérer les signes d'alerte, mieux gérer leur douleur et identifier les solutions médicamenteuses et non médicamenteuses.
Un temps est également consacré à l'échange entre parents, encadré par une neuropsychologue où sont élaborés différentes thématiques, notamment une discussion autour du scolaire : PAI et autres moyens permettant de favoriser la communication école, famille, soignants.
L'atelier d'éducation thérapeutique favorise la compréhension de la migraine en abordant de manière plus approfondie les connaissances, permet le partage d'expériences entre enfants du même âge , la diminution du sentiment d'isolement et contribue ainsi à améliorer la qualité de vie des jeunes patients et de leurs familles.

Sessions parallèles

ETP (session validante au titre de la formation continue)

ETP : sur le terrain - Endométriose

P. Branche 1, N. Bator 1
1 Hcl - Lyon (France)

Retour d'expérience d'un projet ETP autour de l'endométriose Up 'Endo

Le projet ETP Up'Endo est né d'une collaboration des services de gynécologie et de consultation douleur autour des femmes atteintes d'endométriose.
L'idée première était de créer une démarche adaptée à l'endométriose, afin de répondre aux interrogations fréquentes des patientes sur la pathologie, les traitements ou la vie sociale et de consacrer plus de temps à leur accompagnement grâce à une approche pluridisciplinaire.
Ce projet s'appuie sur l'expérience d'ateliers d'éducation thérapeutique existants (Kit-Kad) et sur une recherche clinique EndoDOL qui a démontré les bénéfices d'une prise en charge psychocorporelle : soutien émotionnel, partage entre pairs et amélioration de l'autonomie chez ces patientes
La collaboration préalablement existante entre les équipes de gynécologie et de douleur a permis de proposer une « formation Action » commune à l'ensemble des équipes, dispensée par l'UTEP 69, "Structure de coordination pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire qui assure le développement des programmes d'éducation thérapeutique des patients pris en charge aux HCL".
Les besoins des patients ont été identifiés à partir des observations des professionnels lors des consultations et des témoignages des patientes expertes. Ce travail a permis de recenser les besoins essentiels et de construire des ateliers socles, permettant une meilleure connaissance de la pathologie (endométriose et douleur) et la communication autour de la maladie, et des ateliers optionnels orientés selon les besoins des patientes (gestion des traitements médicamenteux et non médicamenteux, diagnostic et évolution de la maladie, aspects sociaux, fertilité). Certaines limites ont été identifiées, comme le manque de compétences pour certains ateliers (sexologie, diététique) ainsi que l'exclusion des aidants faute de financement.
L'élaboration du projet Up'Endo, la construction des ateliers, leur déroulement, la création et fabrication des outils, leurs évaluations ont nécessité de nombreuses adaptations permettant d'évoluer vers un outil adapté et utilisable pour toutes les patientes et par toute l'équipe.
Comme professionnels de santé, nous avons pu développer nos compétences, tant cliniques que pédagogiques, élargir et valoriser notre activité au sein de la structure, redéfinir une nouvelle position dans la relation patient-soignant. Une nouvelle dynamique s'est installée avec une fusion d'idées, des échanges contradictoires, de la créativité, de l'action, bref tout ce dont on a eu besoin pour créer Up'Endo.
Néanmoins l'implication des équipes, la lourdeur administrative liée à la gestion des dossiers créent un déséquilibre entre le temps investi, les coûts et la visibilité réelle du projet. Pour les patientes, le projet offre une rupture de l'isolement social grâce au soutien des pairs par le partage d'expériences et la construction d'un lien différent avec les professionnels de santé. La maitrise de connaissances spécifiques favorise l'autonomie pour une prise de conscience positive.

Sessions parallèles

Médecine intégrative

Intérêt d'une approche intégrative dans le cadre des rTMS

V. Francini 1
1 Cetd Rambouillet - Rambouillet (France)

Le terme de « médecine intégrative » apparu dans les années 90 aux Etats-Unis, désigne une médecine prenant en compte l'individu dans sa globalité, sans se focaliser sur la maladie. Elle associe médecine conventionnelle et médecines complémentaires. On retrouve parmi ces pratiques la médiation en pleine conscience, l'hypnose, l'acupuncture l'ostéopathie, l'auriculothérapie… Celles-ci n'ont pas pour objet de soigner la pathologie, mais d'améliorer le bien-être du patient. Des soins complémentaires particulièrement appréciés dans le cas des maladies chroniques

Dans une démarche d'amélioration de la prise en charge des patients douloureux chronique, la politique du service a été de déployer des thérapeutiques complémentaires non médicamenteuses comme l'Acupuncture, l'Auriculothérapie, l'hypnose, le shiatsu, la fasciathérapie.. ; permettant de proposer une médecine intégrative en complémentarité des thérapeutiques classiques.

Le projet rTMS visant à améliorer la prise en charge des douleurs neuropathiques et nociplastiques réfractaires [1].[2].[4].[5] sera réfléchi avec l' objectif de diminuer l'impact des effets secondaires fréquents des rTMS (essentiellement céphalées et fatigue ressenties en fin de séance ou quelques heures après) en associant une pratique non médicamenteuse [3].

En suivant le protocole rTMS proposé par la SFETD , nous avons décidé de compléter les séances rTMS lors des HDJ par une séance d' Acupuncture ou d' hypnoVR (hypnose par la réalité virtuelle) ou de shiatsu ; les séances rTMS intermédiaires aux HDJ ne bénéficiant pas de thérapeutiques complémentaires.

Afin d'analyser l'impact des thérapeutiques complémentaires sur la tolérance du protocole , en 16eme séance un auto- questionnaire a été renseigné par les patients , évaluant le bénéfice de la thérapeutique complémentaire proposée . Le bénéfice pouvait être évalué comme important, modéré ,léger, ou aucun bénéfice.

Il est ressorti que :

- Nombre de patients ont préféré les séances HDJ associant rTMS et thérapeutiques complémentaires
- Concernant l'Acupuncture :
  et Céphalées: 50 % des patients ont ressenti une efficacité importante et 12.5% une efficacité modérée
  et Fatigue : 38.46% ont ressenti une efficacité importante et 23.08 % une efficacité modérée
- Concernant le Shiatsu
  Et céphalées : 33.33% ont ressenti efficacité importante et 17 % une efficacité modérée
  Et fatigue : 30% ont ressenti efficacité importante et 30% une efficacité modérée
- Concernant l'hypnoVR
  Et céphalées : 7.69% ont ressenti efficacité importante et 15.38 % une efficacité modérée
  Et fatigue : 14.29% ont ressenti efficacité importante et 28.57%une efficacité modérée

Au total : l'apport des thérapeutiques non médicamenteuses dans le cadre du protocole rTMS s'est avéré pertinent améliorant la tolérance et l'observance du protocole avec une pertinence plus marquée pour l'acupuncture et le shiatsu

Nouvel objectif : déployer les thérapeutiques complémentaires après chaque séance rtMS

Bibliographie
[1] Lefaucheur J.P. et al. Evidence-based guidelines on the therapeutic use of rTMS. Clin Neurophysiol. 2020;131(2):474–528.
[2] Bouhassira D., Attal N. Douleurs neuropathiques : définitions, traitements. Rev Neurol (Paris). 2019;175(1-2):16–25
[3] Jensen M.P. et al. Hypnosis and guided imagery for pain management. Curr Pain Headache Rep. 2015;19(3):15
[4]. Lefaucheur JP et al. Evidence-based guidelines on the therapeutic use of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS). Clin Neurophysiol. 2014 Nov;125(11):2150-2206. doi: 10.1016/j.clinph.2014.05.021
[5]. Klomjai W, Katz R, Lackmy-Vallée A. Basic principles of transcranial magnetic stimulation (TMS) and repetitive TMS (rTMS). Ann Phys Rehabil Med. 2015 Sep;58(4):208-213. doi: 10.1016/j.rehab.2015.05.005

Sessions parallèles

Médecine intégrative

Comment mettre en place un protocole de recherche qualitative dans le domaine de la douleur et de la Médecine intégrative

L. Verneuil 1
1 Université Paris Cité Ecstrra Team, Umr 1342, Institut De Recherche Saint-Louis, Inserm, Paris Hopital Sainte Anne. Ghu Paris Neurosciences. - Paris (France)

Mise en place d'un protocole de recherche qualitative dans le domaine de la douleur et de la médecine intégrative : enjeux méthodologiques et perspectives cliniques

Contexte

La douleur chronique constitue un enjeu majeur de santé publique, touchant plus de 20 % de la population adulte. Les approches intégratives (1) – associant traitements pharmacologiques, psychothérapies, techniques corps-esprit ou interventions complémentaires – offrent une prise en charge globale, centrée sur la personne. Si les études quantitatives permettent d'évaluer l'efficacité clinique de ces interventions, elles saisissent mal le vécu subjectif des patients, leur rapport à la douleur, à la maladie et au soin. La recherche qualitative constitue ainsi un complément indispensable
pour comprendre l'expérience vécue et éclairer l'évaluation globale des soins en médecine intégrative.

Objectifs

Proposer un cadre méthodologique rigoureux pour la mise en place d'un protocole qualitatif dans le champ de la douleur et de la médecine intégrative, en soulignant les apports et les défis propres à cette
approche.

Méthodologie

La méthode IPSE (2)-Inductive process to analyze the structure of lived experience- en 5 étapes, spécifique à la santé, structurée, permet le recueil des expériences vécues de manière approfondie :

1. Constitution du groupe de recherche : pluridisciplinaire, associant cliniciens, chercheurs en recherche qualitative et idéalement des patients.
2. Analyse des données qualitative et quantitatives sur la question posée
3. Définition des critères d'échantillonnage : selon un processus de purposive sampling, impliquant des patients souffrant de douleur chronique ayant expérimenté une ou plusieurs approches intégratives, avec recherche de diversité (âge, sexe, type de douleur, contexte de soins)
4. Collecte des données : entretiens ouverts et/ou focus groups centrés sur le vécu de la douleur, l'expérience des interventions intégratives, l'alliance thérapeutique et les obstacles rencontrés.
5. Analyse : phase descriptive puis de structuration permettant de faire émerger les axes centraux d'expérience, et permettant la validation de la saturation des données.

Cette méthode suit un processus scientifique rigoureux et répond a des critères de rigueur méthodologiques

Résultats attendus

La mise en œuvre d'une telle démarche permet de :

- Explorer les dimensions subjectives, relationnelles et existentielles de la douleur.
- Identifier les facteurs favorisant ou limitant l'efficacité perçue des approches intégratives.
- Apporter des données utiles à la personnalisation des parcours de soins.

Compléter les données quantitatives par une compréhension plus fine des expériences des patients.

Conclusion

La recherche qualitative (3) apporte un éclairage unique et complémentaire aux études quantitatives dans le champ de la douleur et de la médecine intégrative. Elle contribue à développer des approches
centrées sur la personne, à renforcer l'alliance thérapeutique et à guider l'intégration raisonnée des pratiques complémentaires dans les parcours de soins et est pertinente dans le domaine de la douleur,
dimension hautement subjective

Bibliographie

1. Lewith G, Verhoef M, Boon H, et al. Developing integrative medicine: rational, research, and education. J Altern Complement Med. 2004;10(2):413-420.
2. Sibeoni J, Verneuil L, Manolios E, Révah-Levy A. A specific method for qualitative medical research: the IPSE (Inductive Process to analyze the Structure of lived Experience) approach. BMC Medical Research Methodology. 2020;20:216. doi:10.1186/s12874-020-01099-4.
3. Miles MB, Huberman AM, Saldaña J. Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook. 4th ed. Sage; 2020.

Sessions parallèles

Médecine intégrative

Valorisation de l'activité de médecine intégrative et thérapies complémentaires en Structure Douleur

J. Nizard 1, C. Michel-Dhaine 2
1 Service Douleur, Soins Palliatifs Et De Support, Éthique, Médecine Intégrative - Nantes (France), 2 Unité Douleur - Les Mureaux (France)

La pratique des médecines complémentaires, réalisée dans un cadre intégratif, associée à la médecine conventionnelle et ses recommandations de prise en charge, est recommandée par les tutelles et sociétés savantes, au sein des Structures Douleur Chronique.
Nous aborderons dans un premier temps des données relatives à la « rentabilité potentielle » des médecines complémentaires disponibles dans la littérature, dont la qualité méthodologique reste souvent insuffisante, mais qui semble suggérer une efficacité de prise en charge de qualité équivalente, mais à moindre coût à moyen terme.
Au sein des structure douleur, la pratique des médecines complémentaires peuvent toutefois à se heurter à une difficulté de valorisation, qui peut en limiter le développement. Nous aborderons ainsi la possibilité de valorisation par des parcours externe ou en hospitalisation de jour, selon les organisations locales et les professionnels mettant en oeuvre ces approches.
Certaines initiatives locales ont également pu mettre en œuvre des protocoles de coopération pouvant contribuer à la valorisation d'offres de soin complémentaires. Nous aborderons notamment l'actualité de l'article 51 « Parcours du patient douloureux », centrée sur la coopération entre soins primaires, infirmières de parcours douleur elles-mêmes en lien avec les Structures Douleurs. Mis en œuvre en septembre 2024 en Loire-Atlantique et Vendée, il pourrait s'étendre à d'autres départements avant même la fin de l'expérimentation prévue en 2029. Ce Article 51 permet notamment aux patients inclus de bénéficier de thérapies complémentaires réalisées de façon sécurisée par des professionnels de santé formés, hors droit commun.

Sessions parallèles

Jeunes talents - Espoirs de la recherche

Rôle des cellules satellites gliales dans la migraine induite par le PACAP

M. Hocine 1, A. Descheemaeker 1, K. Herault 1, J. Schopp1, R. Dallel 1
1 Université Clermont Auvergne, Chu Clermont-Ferrand, Inserm, Neuro-Dol - Clermont-Ferrand (France)

La migraine est une maladie neurologique fréquente et invalidante, dont les mécanismes physiopathologiques restent encore mal compris. Le polypeptide activant l'adénylate cyclase pituitaire (PACAP) est connu pour déclencher des crises de migraine chez l'humain et induire des symptômes similaires chez l'animal [1, 2]. Toutefois, son mécanisme d'action précis demeure incertain. Dans le ganglion trigéminal, une structure clé dans la physiopathologie de la migraine, coexistent des neurones et des cellules de soutien appelées cellules satellites gliales (SGC). Ces dernières pourraient jouer un rôle déterminant dans la modulation de la réponse neuronale au cours des crises.
Nos expériences montrent que, chez l'animal, une injection systémique de PACAP induit une hypersensibilité mécanique cutanée réversible, localisée spécifiquement à la région céphalique, mimant ainsi une crise migraineuse. Par imagerie calcique in vitro, nous avons observé que le PACAP active à la fois les neurones et les SGC, mais selon des dynamiques distinctes. Après une exposition prolongée au PACAP, les neurones deviennent plus sensibles à la capsaïcine, traduisant une augmentation de leur excitabilité. De façon intéressante, l'activation sélective des récepteurs purinergiques P2X7 des SGC par l'agoniste BzATP atténue cette hyperexcitabilité neuronale dans le ganglion trigéminal. Dans ce contexte, l'effet pro-nociceptif de la capsaïcine est converti en un effet antinociceptif grâce à l'intervention des SGC.
En conclusion, le PACAP induit une crise de migraine en sensibilisant les fibres nociceptives TRPV1 du ganglion trigéminal. L'amplitude de cette sensibilisation est régulée par l'activation des SGC via les récepteurs P2X7. Ces résultats mettent en évidence le rôle central des interactions neurone-glie dans la migraine et ouvrent la voie à de nouvelles stratégies thérapeutiques ciblant les SGC.

Mots clés : Cellules satellites gliales, Migraine, PACAP

Bibliographie
[1] Schytz HW, Birk S, Wienecke T, Kruuse C, Olesen J, Ashina M. PACAP38 induces migraine-like attacks in patients with migraine without aura. Brain. 2009 Jan;132(Pt 1):16-25. doi: 10.1093/brain/awn307. Epub 2008 Dec 3. PMID: 19052139.
[2] Kuburas A, Mason BN, Hing B, Wattiez AS, Reis AS, Sowers LP, Moldovan Loomis C, Garcia-Martinez LF, Russo AF. PACAP Induces Light Aversion in Mice by an Inheritable Mechanism Independent of CGRP. J Neurosci. 2021 May 26;41(21):4697-4715. doi: 10.1523/JNEUROSCI.2200-20.2021. Epub 2021 Apr 12. PMID: 33846231; PMCID: PMC8260237.

Sessions parallèles

Jeunes talents - Espoirs de la recherche

Efficacité de la rTMS dans les douleurs du cancer - données sur une cohorte de 28 patients

S. Grenouillet 1, C. Fauchon 2, R. Peyron 1
1 Université Jean Monnet, Chu Saint-Etienne, Inserm Umr-1028, Neuropain, Centre De Recherche En Neurosciences De Lyon - Saint-Etienne (France), 2 Université Clermont-Auvergne, Chu Clermont-Ferrand, Inserm Umr-1107, Neuro-Dol - Clermont-Ferrand (France)

Efficacité de la stimulation magnétique transcrânienne dans la douleur neuropathique post-cancer : étude rétrospective d'un échantillon de 28 patients

La douleur liée au cancer touche plus de 40 % des patients [1] et tend à se chroniciser en raison de l'augmentation conjointe du nombre de cas de cancer et de survivants. Ces douleurs chroniques sont classées par l'IASP [2] en deux grands groupes : les douleurs directement induites par le cancer (viscérales, osseuses, neuropathiques) et celles liées à ses traitements, incluant les neuropathies induites par chimiothérapie ou radiothérapie, ainsi que les douleurs post-chirurgicales. Environ 20 à 25 % des patients présentent une composante neuropathique [3], souvent plus résistante aux traitements. La stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS), technique non invasive de neuromodulation, est actuellement recommandée en troisième ligne pour les douleurs neuropathiques chroniques [4]. Cependant, son efficacité spécifique dans la douleur neuropathique post-cancer demeure peu étudiée [5].
L'objectif est d'évaluer rétrospectivement l'efficacité de la rTMS dans un échantillon de 28 patients souffrant de douleur neuropathique liée aux traitements du cancer.
L'étude porte sur une base de données clinique incluant plus de 300 patients ayant reçu un traitement de rTMS. Parmi ceux-ci, la douleur neuropathique de 28 patients était post-traitement du cancer. Ces patients ont été appariés (1:2) sur l'âge, le sexe et le type de lésion (centrale vs périphérique [6]) à des patients non cancéreux. Tous ont reçu au moins 4 séances de rTMS à 15 jours d'intervalle selon un protocole standardisé (20 Hz, 80 % du seuil moteur) ciblant le cortex moteur primaire. Le critère principal est le pourcentage de soulagement auto-rapporté après la quatrième séance, avec une catégorisation en Répondeurs définie par un seuil ≥10 %. Des analyses secondaires ont porté sur d'autres critères caractérisant les symptômes associés aux douleurs et la qualité de vie des patients -i.e., NPSI, NRS, BPI et EQ5D.
Les taux de répondeurs étaient comparables entre les groupes cancer et non-cancer (46 % vs 53 %, p = 0.06). Toutefois, le soulagement médian chez les répondeurs était significativement plus faible dans le groupe cancer (20 % [10–40] vs 40 % [30–60], p = 0.01). Une amélioration significative du soulagement, de sa durée, ainsi que des sous-scores sensoriels du NPSI a été observée dans le groupe non-cancer au fil des séances, mais non retrouvée dans le groupe cancer. L'analyse par sous-étiologie (chirurgie, chimio, radiothérapie) n'a pas montré de différences significatives.
La rTMS semble être moins efficace dans cette cohorte de patient douloureux neuropathique liée au cancer, possiblement en raison de mécanismes physiopathologiques complexes et hétérogènes. Ces résultats soutiennent la mise en place d'essais cliniques randomisés en population homogène, sur de plus importants effectifs et de manière prospective comme le projet NeuroCanPain (NCT07187219), en cours, avec un protocole croisé actif/placebo.

Bibliographie
[1] R. A. H. Snijders, L. Brom, M. Theunissen, et M. H. J. van den Beuken-van Everdingen, « Update on Prevalence of Pain in Patients with Cancer 2022: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis », Cancers, vol. 15, no 3, p. 591, janv. 2023, doi: 10.3390/cancers15030591.
[2] M. I. Bennett et al., « The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic cancer-related pain », Pain, vol. 160, no 1, p. 38-44, janv. 2019, doi: 10.1097/j.pain.0000000000001363.
[3] D. Bouhassira, E. Luporsi, et I. Krakowski, « Prevalence and incidence of chronic pain with or without neuropathic characteristics in patients with cancer », PAIN, vol. 158, no 6, p. 1118, juin 2017, doi: 10.1097/j.pain.0000000000000895.
[4] N. Soliman et al., « Pharmacotherapy and non-invasive neuromodulation for neuropathic pain: a systematic review and meta-analysis », Lancet Neurol., vol. 24, no 5, p. 413-428, mai 2025, doi: 10.1016/S1474-4422(25)00068-7.
[5] S. Grenouillet, D. Balayssac, X. Moisset, R. Peyron, et C. Fauchon, « Analgesic efficacy of non-invasive neuromodulation techniques in chronic cancer pain: a systematic review », Support. Care Cancer, vol. 33, no4, 2025, doi: 10.1007/s00520-025-09378-w.
[6] J. Thomas et al., « Effects of multiple transcranial magnetic stimulation sessions on pain relief in patients with chronic neuropathic pain: A French cohort study in real-world clinical practice », Eur. J. Pain Lond. Engl., vol. 29, no 1, p. e4763, janv. 2025, doi: 10.1002/ejp.4763.

Sessions parallèles

Jeunes talents - Espoirs de la recherche

Utilisation du placebo et des effets contextuels dans les soins en kinésithérapie

L. Druart 1
1 Brown University - Providence (United States)

Comprendre les effets placebos pour mieux soigner !
Souvent réduit à la « pilule de sucre », l'effet placebo est aujourd'hui décrit comme un processus psychobiologique façonné par les attentes, l'apprentissage et le contexte de soin (1,2). Cette communication présentera un aperçu structuré de ses avancées récentes et de comment les mobiliser pour mieux traiter la douleur. Trois axes structurent la présentation.
1) Placebo ouvert (OLP). Les placebo ouverts sont des traitements intertes administrés sans insu, avec transparence. Ils sont néanmoins assortis d'une information standardisée sur leurs mécanismes attendus. Les données disponibles indiquent un effet antalgique mesurable (3) voire même une non-infériorité vis-à-vis d'un placebo trompeur (4). Nous préciserons les conditions d'applicabilité clinique (cibles, formulation, acceptabilité) (5) et les limites actuelles des OLP (6), ainsi que des priorités de recherche avant qu'ils soient prêts à l'usage clinique.
2) Facteurs contextuels. Outre l'utilisation de traitements placebo, les effets du contexte sont déjà omniprésents dans le soin. Le contexte de soin (relation, cadre, rituels, narration, signes de compétence et de chaleur) module l'expérience douloureuse et peut générer des réponses placebo ou nocebo (1,2). Des enquêtes montrent que de nombreux professionnels mobilisent déjà ces leviers, souvent de manière intuitive (7). Nous proposerons alors un cadre commund'utilisation et discuterons les enjeux éthiques.
3) Progrès méthodologiques. Enfin, nous aborderons brièvement comment les avancées méthodologiques sur les effets placebos améliorent la méthodologie de recherche en particlier des interventions non pharmacologiques (8,9).
En bref, comprendre les effets placebo, c'est organiser le soin par ses composantes relationnelles et contextuelles pour des prises en charge plus efficaces et éthiques.

Bibliographie
(1) Kaptchuk TJ, Miller FG. Placebo Effects in Medicine. N Engl J Med. 2015;373(1):8–9. doi:10.1056/NEJMp1504023.
(2) Colloca L, Barsky AJ. Placebo and Nocebo Effects. N Engl J Med. 2020;382(6):554–561. doi:10.1056/NEJMra1907805.
(3) Bürgler S, Sezer D, Gaab J, Locher C. The roles of expectation, comparator, administration route, and population in open-label placebo effects: a network meta-analysis. Scientific Reports. 2023;13:11827. doi:10.1038/s41598-023-39123-4.
(4) Druart L, Graham Longsworth SE, Terrisse H, Locher C, Blease CR, Rolland C, Pinsault N. If only they knew! A non-inferiority randomized controlled trial comparing deceptive and open-label placebo in healthy individuals. European Journal of Pain. 2024;28(3):491–501.
(5) Druart L, Vauthrin O, Pinsault N, Locher C, Blease C. 'It's not my greengrocer, it's someone from the medical profession': A qualitative study regarding acceptability of deceptive and open-label placebo prescribing in France. Br J Health Psychol. 2023;28(2):273–290. doi:10.1111/bjhp.12624.

(6) Druart L, Lay P, Blease C, Pinsault N, Locher C, Baird GL, Bernstein MH. Open-label placebos for low back pain: unresolved challenges and next steps. Pain Management. 2025;1–4. doi:10.1080/17581869.2025.2539065.
(7) Druart L, Bailly-Basin E, Dolgopoloff M, Rossettini G, Blease C, Locher C, Kubicki A, Pinsault N. Using contextual factors to elicit placebo and nocebo effects: An online survey of healthcare providers' practice. PLOS ONE.2023;18(9):e0291079. doi:10.1371/journal.pone.0291079.
(8) Druart L, Lay P, Baird GL, Beaudoin FL, Totten J, Sutherland J, Rosen R, Bernstein MH. Dismantling open-label placebos and their rationales: A remote 4-arm randomized controlled trial protocol. Contemporary Clinical Trials.2025;156:108008. doi:10.1016/j.cct.2025.108008.
(9) Druart L, Pinsault N, Blease CR. Bridging the Gap: Integrating Placebo Research into Contemporary Physiotherapy Practice. SSRN Preprint. 2024. doi:10.2139/ssrn.5287677.

Sessions parallèles

Jeunes talents - Espoirs de la recherche

Douleur et attachement chez les seniors : quand nos liens façonnent notre sensibilité

J.Devanne

Avec l'âge, le système somatosensoriel se fragilise : la sensibilité à la douleur est modifiée, les capacités de modulation endogène de la douleur diminuent, et la prévalence des douleurs chroniques explose, touchant près de 60 % des plus de 60 ans (1). Ces douleurs, souvent associées à la dépression, aux troubles du sommeil ou à l'anxiété, représentent l'un des principaux facteurs de perte de qualité de vie et d'autonomie chez les seniors. Pourtant, les mécanismes qui sous-tendent ces altérations restent mal compris.
Au-delà des seules dimensions biologiques, les processus psychologiques apparaissent comme des modulateurs importants. Parmi eux, les styles d'attachement, véritables matrices relationnelles construites dès l'enfance, influencent la façon dont un individu perçoit, régule et interprète les stimuli sensoriels et nociceptifs (2,3). Chez les jeunes adultes, un attachement sécurisé favorise une régulation émotionnelle et sensorielle efficace, tandis qu'un attachement insécure est associé à une hypersensibilité douloureuse et à des stratégies de régulation inadaptées.
Le vieillissement modifie profondément ces dynamiques : les pertes relationnelles, la diminution des réseaux sociaux et l'augmentation des situations de dépendance favorisent une fragilisation des modèles d'attachement, avec une surreprésentation des profils insécures (4). Dans ce contexte, il est crucial de comprendre si les mécanismes protecteurs liés à l'attachement sécurisé persistent avec l'âge, ou si au contraire, l'insécurité lié au vieillissement accentue les altérations somatosensorielles et la vulnérabilité à la douleur chronique.
Afin d'évaluer l'impact des styles d'attachement sur la perception de la douleur et la régulation émotionnelle chez les seniors, nous avons recruté 55 adultes âgés en bonne santé. Les styles d'attachement et la régulation émotionnelle ont été mesurés par questionnaires standardisés. La perception et la modulation de la douleur ont été évaluées à l'aide de tests psychophysiques et d'auto-évaluations.
Les analyses révèlent un effet significatif du style d'attachement sur la perception de la douleur ainsi que sur les stratégies de régulation émotionnelle et corporelle chez les seniors. Comparativement aux profils sécurisés, les participants présentant un attachement insécure montrent une sensibilité douloureuse altérée et ont davantage recours à des stratégies de régulation émotionnelle peu efficaces.
Nos résultats soulignent le rôle des styles d'attachement dans la perception et la régulation de la douleur au cours du vieillissement. Ils montrent que, au-delà des modifications biologiques liées à l'âge, des facteurs psychologiques issus de l'histoire relationnelle participent activement à façonner l'expérience douloureuse. Dans un contexte où le vieillissement fragilise les modèles d'attachement et augmente la

prévalence des profils insécures, ces données ouvrent des pistes cliniques nouvelles quant à la manière d'adapter la prise en charge de la douleur chronique chez les seniors.
Références :
(1) Patel, K.V., Guralnik, J.M., Dansie, E.J., Turk, D.C., 2013. Prevalence and impact of pain among older adults in the United States: findings from the 2011 National

Health and Aging Trends Study. Pain 154, 2649–2657. https://doi.org/10.1016/j.pain.2013.07.029
(2) Andrews, N.E., Meredith, P.J., Strong, J., 2011. Adult attachment and reports of pain in experimentally- induced pain. Eur. J. Pain Lond. Engl. 15, 523–530. https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2010.10.004
(3) Meredith, P.J., 2013. A review of the evidence regarding associations between attachment theory and experimentally induced pain. Curr. Pain Headache Rep. 17, 326. https://doi.org/10.1007/s11916- 013-0326-y
(4) Bonnet, M., Chopard-Dit-Jean, A., 2018. Rôle de l'attachement dans l'accompagnement des personnes âgées. Manag. Avenir - Santé 4, 55–72. https://doi.org/10.3917/mavs.004.0055

Sessions parallèles

Jeunes talents - Espoirs de la recherche

Bases neuroanatomiques de l'effet anti-nociceptif du système peptidergique relaxine-3/RXFP3

T. Dhellemmes 1, L. Marc 1
1 Univ. Bordeaux - Bordeaux (France)

Près d'un quart de la population mondiale est aujourd'hui affectée par des douleurs chroniques, dont 40% présentent des comorbidités psychiatriques [1]. Malgré cette forte prévalence, les traitements proposés restent peu adaptés [2].
La douleur est un processus multidimensionnel intégré dans les différentes régions de la matrice de la douleur (cortex somatosensoriel, cortex antérieur cingulaire (ACC), amygdale). En condition de douleur pathologique, ces circuits neuronaux subissent des réarrangements anatomiques et fonctionnels largement contrôlés par des neuropeptides.
Notre hypothèse est que le système peptidergique relaxine-3 (RLN3)/RXFP3 est un acteur clé dans le fonctionnement des réseaux neuronaux et pourrait représenter une cible innovante dans le traitement des douleurs pathologiques. A noter que la majorité des neurones RLN3 se trouvent au sein d'un noyau pontique appelé nucleus incertus (NI) [3]. Pour tester cette hypothèse nous avons utilisé des modèles de douleur persistante inflammatoire (modèle CFA) et chronique neuropathique (Cuff), induitent chez des souris transgéniques (RLN3-Cre, RLN3-Cre::SOM-Flp) et sauvages.
Sur le plan anatomique, une approche de transparisation a rendu possible l'observation de l'ensemble des projections RLN3 provenant du NI. Nous avons développé une méthode d'analyse 3D quantitative automatisée [4] des signaux de fluorescence qui nous a permis d'observer, en condition CFA, une augmentation de l'expression de l'ARNm de RXFP3 dans les interneurones à somatostatine (SOM), et une diminution des interactions entre les fibres à RLN3 de l'ACC et les interneurones SOM. Cette interaction RLN3-SOM à proximité de neurones PV a été confirmé au travers d'une approche corrélative (CLEM).
Sur le plan fonctionnel, nous avons démontré l'effet antinociceptif induit par l'activation aiguë ou chronique du récepteur RXFP3 dans l'ACC et dans l'amygdale, et son impact sur les comorbidités psychiatriques associées. Nous avons également confirmé cet effet anti-nociceptif après activation optogénétique du système au niveau du NI et des projections situées dans l'ACC. La spécificité de cet effet a également été confirmé en présence d'un antagoniste pur RXFP3 dans l'ACC. Des expériences de patch-clamp ont également montré une diminution de l'activité des neurones à RLN3 du NI, en condition CFA et Cuff.
Ainsi, ces résultats présentent la RLN3 comme une cible prometteuse pour le développement de solutions thérapeutiques efficaces dans le traitement des composantes affectives et sensorielles de la douleur.

Bibliographie
[1] Aaron RV, Ravyts SG, Carnahan ND, et al. Prevalence of Depression and Anxiety Among Adults With Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA Netw Open. 2025;8(3):e250268. doi:10.1001/jamanetworkopen.2025.0268
[2] Ossipov MH, Morimura K, Porreca F. Descending pain modulation and chronification of pain. Curr Opin Support Palliat Care. 2014 Jun;8(2):143-51. doi: 10.1097/SPC.0000000000000055. PMID: 24752199; PMCID: PMC4301419.
[3] Nasirova N, Quina LA, Morton G, Walker A, Turner EE. Mapping Cell Types and Efferent Pathways in the Ascending Relaxin-3 System of the Nucleus Incertus. eNeuro. 2020 Nov

4;7(6):ENEURO.0272-20.2020. doi: 10.1523/ENEURO.0272-20.2020. PMID: 33055197; PMCID: PMC7643772.
[4] Thibault Dhellemmes, Rémi Kinet, Fabrice Cordelières, Marc Landry. Bioloc3D (B3D) : Protocol for 3D automated analysis of colocalization in microscopy. Protocol.io 2025 Jul. doi: dx.doi.org/10.17504/protocols.io.kxygx4p5zl8j/v2.

Sessions parallèles

Jeunes talents - Espoirs de la recherche

Les gènes FXYD : de nouvelles cibles thérapeutiques pour soulager les douleurs chroniques

D. Maskini 1, A. Derre 1, N. Soler 1, A. Rigaud 1, C. Rivat 1, P. Barthelemy 2, F. Ango 1, P. Carroll 1, A. Pattyn 1, S. Venteo 1
1 Institut Des Neurosciences De Montpellier, U1298 Univ Montpellier, Inserm, 34000 Montpellier - Montpellier (France), 2 Arna, Université De Bordeaux, Inserm U1212, Umr Cnrs5320, 33076 Bordeaux - Bordeaux (France)

Les douleurs chroniques constituent aujourd'hui un véritable problème de santé publique, affectant plus de 30% de la population mondiale [1] [2]. De fait, l'identification des mécanismes impliqués dans le maintien de ces douleurs ainsi que le développement de nouvelles stratégies thérapeutiques, constituent des enjeux majeurs pour la recherche fondamentale et clinique. Nos travaux se sont récemment concentrés sur les membres de la famille FXYD, connus pour leur rôle de régulateur de la pompe Na,K-ATPase, et ont permis d'identifier le gène Fxyd2 comme une nouvelle cible thérapeutique pour soulager les douleurs chroniques. En effet, nous avons montré que Fxyd2 –exprimé dans les neurones nocicepteurs au sein des ganglions de la racine dorsale– est impliqué dans le maintien des douleurs chroniques aussi bien de type neuropathique [3] qu'inflammatoire [4]. Pour exploiter le potentiel thérapeutique de l'inhibition de Fxyd2, nous avons développé une stratégie basée sur l'utilisation d'un oligonucléotide antisens couplé à un lipide, le FXYD2-LASO-Gapmer. Cette molécule chimique permet d'inhiber spécifiquement l'expression de Fxyd2 dans les neurones sensoriels périphériques et de réduire l'hyperexcitabilité neuronale empêchant ainsi la transmission du signal douloureux au système nerveux central. Ce traitement, testé sur des modèles précliniques de douleurs neuropathique et inflammatoire, a conduit à une réduction remarquable de l'allodynie et hyperalgésie mécaniques sans effets secondaires notables [5]. Ainsi, l'administration de FXYD2-LASO-Gapmer représente une nouvelle approche thérapeutique potentielle pour soulager durablement les douleurs chroniques chez l'homme.

Bibliographie

[1] N. Soliman et al., 'Pharmacotherapy and non-invasive neuromodulation for neuropathic pain: a systematic review and meta-analysis', Lancet Neurol., vol. 24, no. 5, pp. 413–428, May 2025, doi: 10.1016/S1474-4422(25)00068-7.
[2] S. P. Cohen, L. Vase, and W. M. Hooten, 'Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances', The Lancet, vol. 397, no. 10289, pp. 2082–2097, May 2021, doi: 10.1016/S0140-6736(21)00393-7.
[3] S. Ventéo et al., 'Fxyd2 regulates Aδ- and C-fiber mechanosensitivity and is required for the maintenance of neuropathic pain', Sci. Rep., vol. 6, no. 1, p. 36407, Nov. 2016, doi: 10.1038/srep36407.
[4] F. Wang et al., 'FXYD2, a γ subunit of Na+,K+-ATPase, maintains persistent mechanical allodynia induced by inflammation', Cell Res., vol. 25, no. 3, pp. 318–334, Mar. 2015, doi: 10.1038/cr.2015.12.
[5] A. Derre et al., 'FXYD2 antisense oligonucleotide provides an efficient approach for long-lasting relief of chronic peripheral pain', JCI Insight, vol. 8, no. 9, p. e161246, doi: 10.1172/jci.insight.161246.

Sessions parallèles

Jeunes talents - Espoirs de la recherche

Développement d'une signature cérébrale prédisant la modulation de la douleur par les éléments du contexte

L. Malaguti Modernell 1, I. Faillenot 2, L. Garcia-Larrea 3, C. Fauchon 4
1 Universite Claude Bernard Lyon 1 - Bron (France), 2 Universite De Saint-Étienne - Saint Priest-En-Jarez (France), 3 Inserm - Bron (France), 4 Université Clermont Auvergne - Clermont-Ferrand (France)

L'expérience douloureuse s'origine de l'interaction des dimensions sensorielles, cognitives et affectives, de sort que l'état émotionnelle de quelqu'un, l'anticipation et la mémoire de la douleur modulent sa perception de stimuli nocifs et fassent elles-mêmes partie de l'expérience douloureuse en tant que telle. Ce travail a pour objectif d'identifier les corrélats neuraux de différentes tâches cognitives et émotionnelles pouvant impacter la perception de la douleur, ainsi que de vérifier l'existence d'un noyau dur de régions cérébrales qui puisse médier cet effet. Nous avons développé un pattern multivarié basé sur des données d'I.R.M. fonctionnelle prédisant la modulation contextuelle de la douleur chez le sujet sain et vérifie également l'existence des patterns d'activité cérébral spécifiques à la modulation cognitive ou émotionnelle de la douleur. Un pattern global de modulation de la douleur (PMD) présente une performance prédictive linéaire modeste, avec une bonne précision de discrimination entre l'augmentation de la douleur et l'absence de changement perceptif. Le pattern de modulation cognitive de la douleur (PMCD) a une performance prédictive linéaire similaire à celle du PMD, engageant des aires visuelles, sensorimotrices et limbiques, ainsi que des aires du réseau fronto-pariétal. Le pattern de modulation affective de la douleur (PMAD) a une meilleure performance prédictive que le PMD et le PMCD, engageant des aires sensorimotrices, limbiques et mnésiques, comme des aires participant à la conscience de soi. Nous avons pu identifier un réseau partiellement commun des régions cérébrales sous-tendant la modulation cognitive et affective de la douleur. Ces régions communes ont informé un modèle prédictif d'imagerie fonctionnelle prédisant la modulation de la douleur avec une précision modeste.

Sessions parallèles

One Health One Pain

L'animal douloureux connecté

L. Zilberstein 1
1 Capdouleur - Créteil (France)

L'intégration des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) révolutionne la gestion du patient animal douloureux, en particulier pour les animaux de compagnie présentant des douleurs chroniques. L'usage croissant de dispositifs connectés – bracelets, colliers, capteurs d'activité, capteurs physiologiques embarqués – permet une prise en charge innovante du suivi de la douleur, tout en réduisant l'asymétrie d'information entre propriétaire, vétérinaire et animal. Ce concept d'"animal connecté" introduit de nouveaux paradigmes de démocratie sanitaire en médecine vétérinaire, rendant le propriétaire un acteur central de l'évaluation et du suivi de la douleur animale.
Les données générées par ces dispositifs connectés incluent des paramètres comportementaux (activité motrice, interactions sociales, isolement, vocalisations, troubles du sommeil) et physiologiques (température corporelle, glycémie, fréquence cardiaque, qualité du sommeil), relayés de façon continue et souvent intégrés dans des applications mobiles dédiées. L'association de ces mesures objectives avec des outils cliniques validés, tels que les grilles d'Outcome spécifique à l'animal (ASOM®/CSOM) et la collecte structurée d'informations dans l'environnement quotidien, accroît la pertinence et la précision de l'évaluation de la douleur, tout en facilitant l'adaptation et la personnalisation des traitements.
Le suivi régulier et digitalisé, enrichi par les retours du propriétaire grâce à des plateformes collaboratives, optimise la détection précoce des modifications comportementales ou symptomatiques et favorise la prévenance des états douloureux. L'implication responsable du propriétaire, alliée à la formation continue du vétérinaire, assure la qualité de l'information recueillie et contribue à renforcer l'adhésion thérapeutique et la qualité de vie de l'animal. Avec l'arrivée de l'intelligence artificielle, la reconnaissance automatisée des expressions faciales de la douleur (Grimace Scale chez le chat), l'analyse de mouvements et la quantification de l'activité offrent de nouvelles perspectives vers une objectivation encore plus fine du ressenti douloureux, tout en standardisant l'interprétation entre praticiens.
Cependant, l'émergence de l'e-santé vétérinaire pose aussi des défis : interprétation contextuelle des données, respect de la vie privée, fiabilité des outils, évolution nécessaire des compétences vétérinaires et implication active du propriétaire. Ces transitions exigent une prise de conscience éthique et organisationnelle de tous les acteurs.
En conclusion, l'"animal douloureux connecté" incarne le futur de la prise en charge de la douleur chronique en médecine vétérinaire : un suivi participatif, objectivable et personnalisé, alliant dispositifs connectés, intelligence artificielle et expertise humaine, pour garantir un accompagnement optimal du patient animal, du propriétaire et du vétérinaire dans une vision collaborative et centrée sur l'amélioration tangible du bien-être animal.

Bibliographie
https://www.felinegrimacescale.com/
https://www.santevet.com/articles/les-veterinaires-et-la-prise-en-charge-de-la-douleur

https://www.depecheveterinaire.com/numanima-2024-des-avancees-en-intelligence-artificielle-et-sante-animale_679D53853B6CA96A.html
Clinical applicability of the Feline Grimace Scale: real-time versus image scoring and the influence of sedation and surgery.
Evangelista MC, Benito J, Monteiro BP, Watanabe R, Doodnaught GM, Pang DSJ, Steagall PV.PeerJ. 2020 Apr 14;8:e8967. doi: 10.7717/peerj.8967. eCollection 2020.PMID: 32322445
Translating e-pain research into patient care
McGuire, Brian E.a,*; Henderson, Ellen M.b; McGrath, Patrick J.c
PAIN 158(2):p 190-193, February 2017. | DOI: 10.1097/j.pain.0000000000000686
Engaging with EPIO, a digital pain self-management program: a qualitative study.
Bostrøm K, Varsi C, Eide H, Børøsund E, Kristjansdottir ÓB, Schreurs KMG, Waxenberg LB, Weiss KE, Morrison EJ, Nordang EF, Stubhaug A, Nes LS.BMC Health Serv Res. 2022 Apr 29;22(1):577. doi: 10.1186/s12913-022-07963-x.PMID: 35488295

Sessions parallèles

One Health One Pain

La consultation douleur en médecine vétérinaire des animaux de compagnie

T. Poitte 1
1 Capdouleur - Ste Marie De Ré (France)

La Consultation Douleur Vétérinaire (CDV) est une consultation spécialisée, dédiée à la prise en charge des douleurs chroniques et caractérisée par une méthodologie singulière : inspirée du modèle biopsychosocial d'Engel, nourrie par une expérience clinique d'une douzaine d'années, enrichie par des échanges interprofessionnels au sein du réseau CAPdouleur et avec les sociétés savantes de l'algologie humaine, la CDV construit avec le propriétaire une approche centrée sur l'animal douloureux.
Contrairement au modèle biomédical classique, qui se focalise essentiellement sur les causes biologiques de la maladie, cette méthodologie intègre les dimensions émotionnelles, comportementales et sociales de la douleur.
Ainsi, chaque animal douloureux est vu comme un individu unique, souffrant de maladies chroniques dont les endotypes et les phénotypes spécifiques nécessitent une stratégie thérapeutique multimodale, transdisciplinaire, personnalisée et inscrite dans un parcours de soins.
Cet animal douloureux n'étant jamais seul en scène, une attention particulière est portée à ce compagnonnage unique marqué par la contagion émotionnelle de la douleur entrainant le couple Homme-Animal dans la vulnérabilité et le chemin du pathologique (fardeau du propriétaire-aidant).
Un conducteur de CDV aide le praticien à respecter une chronologie précise :
1° Évaluation de la douleur (recueil du vécu douloureux, médecine narrative, grille digitale multidimensionnelle)
2° Examen clinique général approfondi (recherche de multimorbidité), orthopédique et neurologique
3° Diagnostic de l'affection causale et des mécanismes douloureux (inflammatoires, neuropathiques, nociplastiques, mixtes)
4° Définitions d'objectifs réalistes et partagés avec le propriétaire-aidant, portant sur la mobilité et la qualité de vie
5° Élaboration d'un projet thérapeutique multimodal, interdisciplinaire et personnalisé, reposant sur des moyens pharmacologiques, des méthodes complémentaires et des biothérapies
6° Construction d'une alliance thérapeutique fondée sur une collaboration active et structurée : accord sur la remise de documents (dont un soin particulier est lié à la rédaction et à la compréhension de l'ordonnance), transfert de compétences évaluatives et de soins, recherche d'une autonomisation du propriétaire-aidant.
7° Parcours de suivi : plan d'accompagnement, visites ou visio-consultations de suivi, aides digitales pour faciliter l'observance
Les vétérinaires praticiens sont invités au cours de cet exercice à dépasser leur zone de confort scientifique pour explorer davantage leurs compétences douces (humanités médicales) dans le but de cultiver une approche empathique s'adaptant à la diversité des propriétaires-aidant.
La consultation douleur a ainsi une triple ambition :
1° répondre à la complexité des nombreux défis que pose la prise en charge des douleurs chroniques chez nos animaux de compagnie
2° structurer le déroulé de la consultation autour de la douleur, fil rouge d'une méthodologie éprouvée et garant de la bonne tenue d'un raisonnement clinique.

3° organiser la prise en charge de ces douleurs chroniques en recherchant un maillage scientifique national de telle sorte que tout propriétaire d'animal de compagnie douloureux puissent bénéficier d'une approche spécialisée à moins de 100km de son domicile.

Bibliographie

Poitte Thierry et al. Douleurs chroniques : actualités et révolutions autour de la douleur arthrosique. La Dépêche vétérinaire technique. Novembre 2021 – DT n° 189
Poitte Thierry. Le savoir-faire opérationnel : organisation interne et référents douleur. Dossier Plan douleur. Le Point Vétérinaire / Octobre 2015 / N° 359
Poitte Thierry. Projets douleur en médecine vétérinaire. Douleur analg. (2019) 32:137-146

Sessions parallèles

One Health One Pain

La saga des anticorps monoclonaux anti-NGF dans la prise en charge des douleurs arthrosiques : des preuves de la médecine factuelle aux controverses des réseaux sociaux

T. Poitte1, L. Zilberstein2, S. Perrot3
1Capdouleur - Ste Marie De Ré (France), 2Capdouleur - Paris (France), 3Hôpital Cochin - Paris (France)

Les anticorps monoclonaux (ACM) bedinvetmab et frunévetmab ciblent le Nerve Growth Factor (NGF), neurotrophine particulièrement impliquée dans le cheminement de la douleur arthrosique. Utilisés en Europe depuis février 2021 pour la prise en charge des douleurs arthrosiques du chien (Librela ND) et depuis mai 2021 pour le chat (Solensia ND), ces ACM anti-NGF ont montré une efficacité antalgique remarquable et inédite, avec une forte innocuité liée à leurs qualités pharmacocinétiques et pharmacodynamiques.
Des observations cliniques de terrain menées notamment à la clinique vétérinaire de l'île de Ré sur une période de 3 ans et portant sur 206 chiens arthrosiques évalués avec la cotation CSOM (Client Specific Outcome Measures) ont confirmé les essais cliniques favorables menés dans le cadre de la médecine factuelle.
En rhumatologie humaine, la littérature et les études de pharmacovigilance ont confirmé que l'arthrose destructrice rapidement progressive (ADRP) bien décrite par Chalès et coll. (2021) était une complication spécifique, préoccupante et bien référencée. En conséquence, la FDA aux États-Unis et l'EMA en Europe ont refusé l'autorisation de mise sur le marché d'ACM anti-NGF (dont le tanezumab).
En médecine vétérinaire, un article récent écrit par un collectif de chirurgiens orthopédistes (Farrell et al. Mai 2025) a mis en cause le Librela pour la survenue d'effets secondaires musculosquelettiques graves chez le chien, comparés aux autres traitements de l'arthrose, ainsi que la pharmacovigilance du laboratoire Zoetis.
Cette controverse a eu d'importantes conséquences sur les réseaux sociaux, suffisantes pour ébranler la confiance des propriétaires (et de certains vétérinaires) envers cette biothérapie.
La table ronde réunit le Professeur Serge Perrot et les Drs vétérinaires Luca Zilberstein et Thierry Poitte pour débattre de ce sujet et de l'emballement médiatique suscité.

Sessions parallèles

Structures douleur chronique

Actualités : groupes de travail DGOS/SFETD/SDC

A. Vitoux 1
1 Dgos - Paris (France)

Depuis des années la SFETD et la DGOS travaillent en partenariat afin d'améliorer la prise en charge des patients souffrant de douleurs chroniques, notamment ceux pris en charge dans les SDC.
L'objectif de cette présentation est de faire le point sur ce partenariat fort, et de brosser quelques perspectives pour la suite.
Je commencerai par les travaux sur le rapport Piramig, que j'avais évoqué devant vous l'année dernière, pour vous présenter l'aboutissement des travaux menés au 1er trimestre 2025
J'évoquerai ensuite le protocole de coopération Douleur, qui vous avait également été présenté l'année dernière, et toujours sur la formation, je ferai un point sur la formation des assistants spécialistes douleur finançée par la DGOS.
Et je terminerai par les travaux qui se mettent en place dans le contexte de la stratégie décennale sur les SPA (soins palliatifs soins d'accompagnement)
Enfin j'essaierai de vous donner la vision de la DGOS sur la relabellisation des structures douleur chronique, qui doit intervenir en 2028, donc pour laquelle les travaux débuteront fin 2026 afin que l'instruction portant le nouveau CDC soit publiée à l'été 2027. Les perspectives d'amélioration et d'ajustement en vue de la prochaine labellisation seront abordées.
Cette présentation a donc pour but d'éclairer les participants sur les objectifs, les apports et les limites de ces travaux collaboratifs. Enfin, cela sera le lieu d'un échange de questions/réponses autour de ces travaux.

Sessions parallèles

Douleurs, douleurs complexes ou complexité ?

Une histoire de chronicité ou une histoire de complexité ?

L. Oderda1
1Hôpital Trousseau - Paris (France)

Il s'agit ici d'interroger la chronicité et la complexité dans la clinique de la douleur pédiatrique. Depuis plusieurs années, les demandes de prises en charge en CETD pédiatriques concernent des douleurs chroniques primaires, dont les localisations peuvent être multiples pour chaque enfant, et qui ne sont pas soulagées par des traitements médicamenteux. Elles durent depuis plus de trois mois et peuvent impacter des étapes essentielles du développement des enfants telles que les apprentissages, la sociabilisation et l'autonomisation. Les retentissements de la douleur chronique dans l'enfance peuvent en cela s'exercer à long terme sur la vie des patients, rendant leurs situations médicales, sociales et familiales complexes.
Pour autant est-ce que la chronicité de la douleur précède la complexité ? ou est-ce plutot l'inverse ? A moins que chronicité et complexité soient inextricables et qu'il sagisse plutôt de de se demander : Pour qui la douleur est-elle complexe ? Et quel traitement réserver à cette complexité ?

Bibliographie

Les douleurs chroniques en pédiatrie : quelles spécificités ? (2020), Douleur et analgésie, (n°33).
Barfety-Servignat V. (2020), Pourquoi la clinique de la douelur ets-elle une clinique de la complexité ?, Annales médciao-psychologiques, 178, p1008-1012.
Matehlin-Vanier C.(2007), Le symptôme de l'enfant, JFP, n°30, p49-52.
Morin E. (2014) , Introduction à la pensée complexe, Essais Points.
Pagani V. et coll. (2017), La complexité : concept et enjeux pour les interventions de santé publique, Santé Publique, vol 29, N°1, janvier-février, p31-38.

Sessions parallèles

Douleurs, douleurs complexes ou complexité ?

Les thérapies complémentaires, symptôme de la complexité

F. Miller 1
1 Chru - Brest (France)

Parfois, souvent même, à bout de course, désemparés, et impuissants face à la complexité de la situation clinique des patients présentant un syndrome douloureux chronique, mais surtout face à la souffrance persistante de ces derniers, leur histoire et leur détresse, nous sommes tentés de leur proposer, peut-être même de leur offrir, comme une sorte de présent en guise de dédommagement, une thérapie, un traitement, différents, moins conventionnels, plus originaux ou novateurs, ou simplement complémentaires… Il arrive régulièrement de penser à ces thérapies comme une liste de solutions de dernier recours, voire de dernière « chance ». Comme si proposer quelque chose malgré tout permettait de proposer quelque chose surtout. Quel serait donc le risque d'expliquer, j'oserais dire d'avouer, que nous sommes nous-mêmes, en tant que professionnels de santé, également dépassés (tout en sachant que cela ne signifie aucunement que la situation ne pourra jamais s'améliorer, et la qualité de vie demeurer mauvaise), et sans solution concrète à donner ? Dans ce contexte, quel est l'intérêt de proposer une thérapie complémentaire ?
Par ailleurs, les thérapies dites complémentaires étant considérées comme « non invasives », sont souvent présentées comme « ne pouvant pas faire de mal », mais sont-elles pour autant si indolores et inoffensives ? Quels peuvent-être les risques ? Dans ce sens, en quoi peuvent-elles représenter un symptôme de cette complexité clinique ? D'ailleurs, comment une solution si « facile » permettrait de dépasser la difficulté ? Dès lors, comment les penser, les envisager et les proposer ?
Lors de cette présentation, nous questionnerons ces pratiques courantes, et même plus si surprenantes. A son issue, les échanges pluri et interdisciplinaires permettront sans nul doute de nourrir la réflexion.

Bibliographie

Barfety-Servignat V., Conradi S., Masselin-Dubois A. (2020). Le psychologue en clinique de la douleur. Quelles expertises et quels enjeux éthiques ? Repères pour la pratique clinique. Paris, In Press.
Barfety-Servignat V. (2020). « Pourquoi la clinique de la douleur est-elle une clinique de la complexité ? » Ann Med Psychol.
Barruel F., Bioy A. (2013). Du soin à la personne. Clinique de l'incertitude, Paris, Dunod.
Bioy A., Lignier B. (2020). Clinique et psychopathologie de la douleur, Paris, Dunod.

Sessions parallèles

Douleurs, douleurs complexes ou complexité ?

Et si la complexité était à traiter avant la douleur ?

V. Barfety-Servignat (Paris)

Traiter la douleur sur le seul plan médical, psychologique, kinesthésique ou social constitue toujours une impasse, puisque cela réduit le sujet et le corps à un découpage disciplinaire artificiel, qui suit une logique d'organisation des disciplines et des soins et non la logique du vécu du malade. Dans cette perspective, la complexité doit être prise en compte avant la douleur car celle-ci ne peut être comprise ni soulagée isolément. La douleur n'est pas un simple symptôme à supprimer, mais un signal d'un système complexe d'un vécu douloureux qui mêle corps, psychisme, relation et contexte. Si l'on ne considère pas cette complexité dès le départ, toute intervention risque de rester superficielle ou inefficace. Traiter d'abord la complexité permet de situer la douleur dans une circularité, de repérer les processus psychopathologiques et les impasses possibles. Cela ouvre un espace où le sujet peut être entendu dans sa globalité, et non réduit à un objet de soin ciblé. La douleur devient alors un espace de co-pensée du soin, où chacun contribue à accueillir ce qui échappe à la maîtrise et au savoir clos. Ainsi, reconnaître la complexité, c'est accepter que le soin du corps-douleur soit nécessairement pluriel, non pas juxtaposé mais tissé, afin d'entendre le sujet dans toute la densité de son expérience incarnée. En accueillant la complexité, on reconnaît l'incertitude et les variations singulières de l'expérience, offrant un cadre clinique plus sûr et plus respectueux du sujet. Ainsi, le soin de la douleur devient possible et pertinent uniquement après avoir pris en compte la complexité qui la traverse.

Sessions parallèles

Douleurs du cancer : quand les «box» transforment la prise en charge

Un cas clinique fil conducteur
Présentation de la box Télémédecine
Présentation de la Neuropathic Pain Box K
Présentation de la BOIT
Présentation de la Métabox

S. Jubier Hamon 1, F. Tiberghien 2, A. Lemaire 3, H. Alipour 4, A. Boden 5, G. Oudot 6
1 Dr - Anger (France), 2 Dr - Haute Savoie Nord 74 (France), 3 Dr - Valenciennes (France), 4 Dr - Avignon (France), 5 Dr - Toulouse (France), 6 Dr - Reims (France)

Avec les progrès de la médecine, les patients atteints de cancer ont vu leur espérance de vie progresser, les douleurs deviennent monnaie courante et de plus en plus complexes à comprendre et traiter. Plus de la moitié des personnes traitées pour un cancer ressentent des douleurs plus ou moins intenses au cours de leur maladie. Il peut s'agir de douleurs « séquellaires» , survenant ou persistant même après rémission ou guérison, ou de douleurs survenant pendant la maladie qui peuvent persister des mois ou années fonction de l'évolution carcinologique.

Afin de mieux la traiter, les professionnels spécialisés dans ce domaine se réunissent en commission et plusieurs groupes de travail se sont mis en place au cours des dernières années. Ces groupes ont œuvrés à la création d'outils pour faciliter la prise en charge de cette douleur et améliorer la qualité de vie de nos patients concernés.

A travers un cas clinique évolutif (Dr Florence Tiberghien, Dr Homauon Alipour, Dr Antoine Boden), nous vous proposons de découvrir l'ensemble de ces outils : la Neuropathic Painbox K (Dr Sabrina Jubier- Hamon), puis la TeledolBOX (Dr Antoine Lemaire), suivie de la METABOX (Dr Grégoire Oudot) et enfin la B.O.I.T. (Dr Sabrina Jubier- Hamon).

Bibliographie
https://www.sfetd-douleur.org/douleurs-cancer/

Sessions parallèles

Session commune SFETD/Convergence PP : Névralgie pudendale ? en êtes-vous sûrs ?

Présentations cliniques des douleurs périnéales chroniques en rapport avec une névralgie pudendale

C. Leveque 1
1 Chirurgien - Aix En Provence (France)

La névralgie pudendale constitue une cause fréquente et souvent méconnue de douleurs pelvi-périnéales chroniques. Elle se définit par une douleur neuropathique dans le territoire des branches terminales du nerf pudendal, d'évolution invalidante et fréquemment sous-diagnostiquée.

Le diagnostic repose avant tout sur une démarche clinique rigoureuse. L'interrogatoire est une étape essentielle : il doit préciser la chronologie d'apparition des symptômes, leurs circonstances déclenchantes, l'évolution dans le temps et le contexte psychosocial du patient. Les questions explorent les antécédents médicaux, obstétricaux ou traumatiques, la qualité du sommeil, les positions antalgiques et aggravantes, ainsi que l'impact sur la vie personnelle et sexuelle. L'écoute attentive et la prise en compte des compétences psychosociales (résilience, soutien social, antécédents traumatiques) permettent de mieux comprendre les facteurs de vulnérabilité et de chronicisation.

La sémiologie clinique inclut : une douleur neuropathique (DN4 positif), souvent décrite comme brûlure, décharge ou paresthésie, une sensation de corps étranger rectal ou vaginal (« sympathalgie »), une aggravation au cours de la journée et en position assise, une prédominance unilatérale, et une douleur exquise à la pression de l'épine sciatique. La douleur peut être déclenchée par la défécation et s'accompagner de symptômes urinaires (urgenturie, sensation de vessie pleine). Le syndrome myofascial des muscles pelviens (obturateur interne, piriforme, releveur de l'anus) est fréquemment associé, aggravant la symptomatologie . (1)

Les critères de Nantes (Level V) structurent le diagnostic :
1. Douleur dans le territoire sensitif du nerf pudendal
2. Douleur majorée en position assise
3. Absence de déficit sensitif objectif
4. Absence de réveil nocturne
+ Bloc anesthésique pudendal positif (soulagement ≥ 50 %)

L'examen clinique doit être conduit avec prudence et toujours après accord de la patiente. Il explore les zones d'hypersensibilité vulvaires et périnéales, recherche un signe de Tinel, évalue la statique pelvienne et identifie d'éventuels nodules d'endométriose. L'examen musculaire recherche des zones gâchette sur l'obturateur interne, le piriforme ou les releveurs de l'anus.

Les examens complémentaires (IRM pelvienne, échographie) servent surtout à éliminer des diagnostics différentiels. L'EMG n'est pas recommandé en systématique.
Le bloc test permet de faire le diagnostic mais n'est pas thérapeutique

Trois grands mécanismes physiopathologiques se distinguent : les formes canalaires (compression), les formes lésionnelles (traumatisme, étirement, chirurgie) et les formes nociplastiques (hypersensibilisation centrale).
En fonction de l'étiologie de la douleur, on retrouve une sémiologie qui peut varier :

La prise en charge est multidimensionnelle et progressive : traitement de fond, rééducation pelvi-périnéale, traitement des contractures musculaires, éducation thérapeutique, approches cognitivo-comportementales et restauration des compétences psychosociales. Le bloc test reste l'outil diagnostique clé, mais n'a pas de valeur thérapeutique durable.

La névralgie pudendale ne relève pas toujours de la chirurgie et l'indication reste des critères de Nantes positif et un bloc test positif. Une phase de réhabilitation pré opératoire pluridisicplinaire intégrative est majeur avant toute chirurgie et surtout chez les patientes hypersensibiliser
Seule une approche intégrative, pluridisciplinaire et centrée sur la qualité de vie permet d'améliorer durablement le pronostic.

Bibliographie

1. Labat JJ, Riant T, Robert R, Amarenco G, Lefaucheur JP, Rigaud J. Diagnostic criteria for pudendal neuralgia by pudendal nerve entrapment (Nantes criteria). Neurourol Urodyn. 2008;27(4):306-10.
2. Robert R, Prat-Pradal D, Labat JJ, et al. Anatomic basis of chronic perineal pain: role of the pudendal nerve. Surg Radiol Anat. 1998;20(2):93-8.
3. Baranowski AP, et al. Pelvic pain: a pathway for care developed for both men and women by the British Pain Society. Br J Anaesth. 2014;112(1):142-50.
4. Khoder W, Hale D. Pudendal neuralgia. Obstet Gynecol Clin North Am. 2014;41(3):443-52. doi:10.1016/j.ogc.2014.04.002.
5. Bautrant E. Pudendal neuralgias. Rev Prat. 2025;75(4):392-396. [Article in French]
6. Levesque A, Bautrant E, Quistrebert V, Valancogne G, Riant T, Beer Gabel M, Leroi A-M, Jottard K, Bruyninx L, Amarenco G, Quintas L, Picard P, Vancaillie T, Leveque C, Mohy F, Rioult B, Ploteau S, Labat J-J, Guinet-Lacoste A, Quinio B, Cosson M, Haddad R, Deffieux X, Perrouin-Verbe M-A, Garreau C, Robert R. Recommendations on the management of pudendal nerve entrapment syndrome: A formalised expert consensus.

Sessions parallèles

Session commune SFETD/Convergence PP : Névralgie pudendale ? en êtes-vous sûrs ?

Les traitements émergents

T.H. Riant 1
1 Hopital Du Confluent - Nantes (France)

traitements émergents des névralgies périnéales

Parler des traitements émergents est un exercice peu aisé, comparable à une aventure dans un terrain boueux : le chemin peut sembler prometteur, mais le fait de le défricher expose au risque de l'erreur, même si cela permet d'explorer des voies nouvelles.

Concernant les névralgies périnéales, ces dernières années ont vu émerger de nombreux traitements et techniques innovantes. Cette abondance est en soi un signe de leur imperfection. Néanmoins, proposés dans le cadre d'une stratégie thérapeutique raisonnée, ces traitements peuvent sans doute contribuer au bien-être du patient.

Nous allons focaliser notre propos sur quatre axes, en soulignant une fois encore la faiblesse des preuves selon l'EBM (Evidence-Based Medicine), mais aussi l'absence de preuves solides pour certains traitements habituellement utilisés.

Concernant les médicaments, nous nous arrêterons sur les traitements topiques dont les préparations magistrales, qui présentent à bien des égards un grand intérêt : faible taux d'effets secondaires, action pharmacologique ciblée, et effet psychologique positif lié à l'autonomisation nécessaire du patient.

Nous nous intéresserons également à un traitement plus récent de la douleur neuropathique : la toxine botulinique. Si l'efficacité de son action musculaire (piriforme, obturateur interne, levator ani) reste discutable dans ce contexte, il existe a priori une place pour son usage au niveau des organes (vessie par exemple) et en sous-cutané.

Concernant les techniques invasives, on soulignera l'importance croissante de la radiofréquence pulsée et de la cryothérapie, tout en insistant sur l'absence de données fiables concernant leur mode d'action, et donc sur l'incertitude quant aux meilleures méthodes à utiliser (durée, protocole, anesthésiques locaux…).

En ce qui concerne la chirurgie — qui demeure à ce jour le seul traitement validé des névralgies périnéales —, nous insisterons d'une part sur l'évolution du screening permettant de poser l'indication opératoire, ou plutôt de définir le moment opportun pour intervenir. Il est alors crucial de traiter ou d'initier la prise en charge des hypersensibilisations associées, de sevrer les morphiniques, de créer un espace de sécurité tenant compte de la colère et du sentiment d'injustice, et d'obtenir une adhésion non contrainte à des objectifs réalistes. D'autre part, nous évoquerons les avantages et les limites des nouvelles techniques coelioscopiques.

Enfin, nous aborderons les techniques de neuromodulation, notamment la stimulation vagale et la rTMS (stimulation magnétique transcrânienne répétitive), mais surtout la stimulation médullaire, voire radiculaire. Nous ne ferons que citer la stimulation périphérique implantée qui, malgré des arguments solides en sa faveur, reste — comme la rTMS et la radiofréquence pulsée — peu ou pas accessible en France .

Nous conclurons par un plaidoyer en faveur d'une reconnaissance juste et équitable des soins prodigués, grâce à une adaptation régulière de la nomenclature. En effet, les avancées thérapeutiques et les économies très probables qu'elles génèrent ne pourront être pérennes sans une adaptation concomittante des modes de financement.

Sessions parallèles

Session commune SFETD/Convergence PP : Névralgie pudendale ? en êtes-vous sûrs ?

Place de la neuromodulation dans la prise en charge de la névralgie pudendale

M. Duraffourg 1
1 Dr - Lyon (France)

La névralgie pudendale est une douleur neuropathique chronique, souvent invalidante et résistante aux approches conventionnelles. La neuromodulation constitue une option thérapeutique dans les formes réfractaires chez des patients sélectionnés. Elle peut notamment être proposée en cas d'échec d'une chirurgie de libération, où elle représente une alternative intéressante pour des patients restant très symptomatiques malgré une prise en charge chirurgicale optimale (1).
Différentes cibles neurologiques ont été explorées. La stimulation des racines sacrées vise à moduler l'intégration des afférences pelviennes au niveau du plexus sacré a montré une réduction significative des douleurs ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie, avec une diminution du score EVA de 7 à 2 en moyenne à 6–12 mois (2). La stimulation directe du nerf pudendal permet un ciblage périphérique plus précis et peut être associée à une libération chirurgicale comme dans la technique ENTRAMI, avec plus de 75 % de patients rapportant une réduction de la douleur supérieure à 50 % (3). Enfin, la stimulation du cône terminal constitue une approche plus centrale, agissant probablement par modulation des circuits intégrateurs de la douleur pelvienne au niveau médullaire. Dans une étude prospective de 27 patients, 74 % étaient répondeurs à long terme avec une réduction moyenne de la douleur de 55 % et un triplement du temps assis toléré (4). L'essai multicentrique StimCone (NCT02564172) devrait mieux définir la place de cette cible dans la stratégie thérapeutique (5).
Si les résultats sont prometteurs, les séries restent de taille modeste et les protocoles hétérogènes. Néanmoins, la neuromodulation apparaît aujourd'hui comme une alternative dans la névralgie pudendale réfractaire, notamment après échec chirurgical, et constitue une modalité à intégrer dans une prise en charge multimodale et individualisée.

Bibliographie
1 Hammoudi K et al. Pudendal neuromodulation is effective even after decompression surgery. Neurourol Urodyn. 2022
2 Spinelli M et al. Sacral Nerve Stimulation in Patients With Refractory Pudendal Neuralgia. Pain Physician. 2022.
3 Robert R et al. ENTRAMI technique combining pudendal nerve release and temporary pudendal neuromodulation. Pain Physician. 2020.
4 Buffenoir K et al. Spinal cord stimulation of the conus medullaris for refractory pudendal neuralgia: a prospective study of 27 consecutive cases. Neurourol Urodyn. 2013.
5 ClinicalTrials.gov. Stimulation of the Conus Medullaris for Pudendal Neuralgia: StimCone Study. NCT02564172.

Sessions parallèles

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

Les découvertes de l'année

R. Dallel 1
1 Clermont-Ferrand - Clermont-Ferrand (France)

Les agonistes des récepteurs opioïdes delta soulagent davantage les migraines chez les femelles que chez les mâles.

Des études précliniques indiquent que les récepteurs opioïdes delta (DOP) pourraient constituer une cible thérapeutique pertinente dans la prise en charge de la migraine. Afin d'évaluer leur implication, nous avons mené une étude dans un modèle animal de migraine, combinant l'analyse de la distribution de l'ARNm des DOP au sein du ganglion trigéminal, l'évaluation de l'effet d'un agoniste sélectif (SNC80) sur la sensibilité mécanique faciale, ainsi que l'examen des réponses neuronales dans le noyau caudal du trijumeau. Nos résultats montrent que, chez les animaux naïfs, les DOP sont principalement exprimés par les neurones myélinisés de grand diamètre et par une sous-population de neurones peptidergiques, sans différence notable entre les sexes. En contexte aigu, le SNC80 atténue significativement les réponses nociceptives et supprime l'hypersensibilité mécanique induite par un donneur de monoxyde d'azote (isosorbide dinitrate), de façon dose-dépendante et indépendamment du sexe, en agissant à la fois sur les récepteurs DOP périphériques et centraux. En revanche, dans un modèle chronique, l'expression des DOP s'avère significativement augmentée chez les femelles uniquement. De plus, le SNC80 inverse l'hypersensibilité mécanique, mais selon des mécanismes distincts : principalement par l'intermédiaire des DOP périphériques chez les femelles, et des DOP centraux chez les mâles. Ces observations suggèrent une efficacité antimigraineuse plus prononcée des agonistes DOP chez les femelles, soulignant ainsi leur potentiel comme approche thérapeutique innovante, notamment dans une perspective de médecine personnalisée selon le sexe.

Bibliographie

Dussol M, da Silva Borges G, Beaulieu C, Ghorbel H, Descheemaeker A, Herault K, Voisin D, Luccarini P, Gendron L, Dallel R. Contribution of peripheral and central delta opioid receptors in the relief of migraine-like headache in female and male rats. Br J Pharmacol. 2025 Jun 2. doi: 10.1111/bph.70098

Sessions parallèles

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

Kir4.1 : un canal astrocytaire essentiel dans la douleur chronique

S. Mountadem 1
1 Inserm/neurocentre Magendie U1215 - Bordeaux (France)

La douleur chronique est un problème clinique majeur, maintenue par une sensibilisation centrale, qui se manifeste par une hypersensibilité douloureuse. Bien qu'il soit établi que les astrocytes réactifs jouent un rôle dans la chronicisation de la douleur, les conséquences d'une perturbation de leur capacité à maintenir l'homéostasie neuronale restaient jusqu'ici méconnues.
Dans notre dernière étude [1], nous montrons que l'inflammation persistante perturbe l'homéostasie du potassium dans le complexe trigemino-cervical en raison d'une dérégulation drastique de l'expression du canal potassique astrocytaire Kir4.1.
À l'aide d'outils génétiques sélectifs, nous établissons que cette altération, probablement déclenchée par la libération d'IL-1b durant les processus inflammatoires, est nécessaire et suffisante pour induire l'hypersensibilité douloureuse via une élévation des niveaux de potassium extracellulaire. Cette cascade pathologique peut être prévenue soit par la restauration sélective de Kir4.1 dans les astrocytes, soit par l'administration systémique de 5-azacytidine, un modulateur de la méthylation de l'ADN.
Notre travail révèle ainsi un mécanisme central par lequel le dysfonctionnement astrocytaire entretient la douleur inflammatoire chronique, et met en lumière le potentiel thérapeutique du ciblage du Kir4.1 astrocytaire dans le traitement de cette pathologie.

Bibliographie
[1] Mountadem S, Herault K, Peirs C, da Silva Borges G, Voisin DL, Antri M, Dallel R. Astrocytic Kir4.1 ion channel deficit drives persistent inflammatory facial pain in males. Brain. 2025 Aug 1;148(8):2951-2964.

Sessions parallèles

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

Au-delà de l'EVA : le vécu douloureux comme prédicteur de chronicisation après chirurgie

Axel Maurice-Szamburski

La prédiction de la douleur chronique post-chirurgicale (CPSP) évolue progressivement des simples scores d'intensité vers une évaluation multidimensionnelle de l'expérience douloureuse du patient. L'expérience patient prédit mieux la CPSP que la seule NRS. Un mauvais vécu à J1–J2 signale un risque élevé, indépendamment de l'intensité [1]. L'anxiété, le catastrophisme, la dépression et des attentes négatives majorent douleur aiguë et CPSP. Un dépistage simple (APAIS, PCS, HADS/STAI) en consultation permet de stratifier le risque et de proposer un counseling ciblé pour recadrer les attentes et restaurer le sentiment de contrôle [2].
La dynamique des premiers jours postopératoires compte : une trajectoire élevée/persistante prédit un risque plus élevé de CPSP alors qu'une décroissance rapide est rassurante. Suivre quotidiennement la douleur au repos et à l'effort ainsi que le vécu du patient vis-à-vis de son soulagement détecte tôt les trajectoires défavorables et peut motiver d'intensifier la prise en charge. Le quantative sensory testing (QST), en particulier la conditioned pain modulation (CPM), identifie les patients à inhibition endogène déficiente, plus exposés après des chirurgies algogènes comme les arthroplasties, et peut guider une approche multimodale intégrant l'anesthésie locorégionale de façon plus proactive chez les sujets à haut risque [3].
En combinant démographie, facteurs chirurgicaux, douleur de base, psychologie ainsi que douleur et expérience précoces, des scores atteignent des AUC ~0,70–0,75 et permettent de proposer des parcours de douleur transitionelle pour les patients identifiés à risque.
Cette évolution consacre une stratégie centrée patient et mécanistique : mesurer comment la douleur est vécue, pas seulement combien elle fait mal, puis intervenir avant que la trajectoire ne se fige.

1. From pain level to pain experience: redefining acute pain assessment to enhance understanding of chronic postsurgical pain
A Maurice-Szamburski, S Bringuier, P Auquier, X Capdevila
British Journal of Anaesthesia 133 (5), 1021-1027
2. Validation of the French version of the Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS)
A Maurice-Szamburski, A Loundou, X Capdevila, N Bruder, P Auquier
Health and quality of life outcomes 11 (1), 166
3. Comparison of continuous with single-injection regional analgesia on patient experience after ambulatory orthopaedic surgery: a randomised multicentre trial
A Maurice-Szamburski, P Grillo, P Cuvillon, T Gazeau, L Delaunay, ...
British journal of anaesthesia 129 (3), 435-444

Sessions parallèles

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

Le microbiote comme biomarqueur potentiel des douleurs pelviennes chroniques

C. Cardaillac1, M. Neunlist2, S. Ploteau3
1Chu De Nantes, Laboratoire Inserm U1235 - Nantes (France), 2Laboratoire Inserm U1235 - Nantes (France), 3Chu De Nantes - Nantes (France)

Introduction
Un sous-groupe de femmes présentant des douleurs pelviennes chroniques (DPC) présente des symptômes multi-organes liés à une sensibilisation périphérique ou centrale. Les organes en contact avec le milieu extérieur — intestin, vessie et vagin — abritent chacun un microbiote spécifique jouant un rôle clé dans la régulation de leurs fonctions. Des altérations de composition ou de fonction de ces microbiotes peuvent contribuer à la douleur viscérale, notamment via des mécanismes neuroinflammatoires et une excitabilité accrue des neurones nociceptifs. Si le microbiote intestinal a été largement étudié, les microbiotes vaginal et urinaire pourraient également être impliqués dans la sensibilisation douloureuse, comme le suggèrent les modifications observées dans la vulvodynie et le syndrome douloureux vésical. Par ailleurs, le microbiote d'un organe pourrait potentiellement contribuer aux mécanismes de sensibilisation croisée inter-organes. Dans ce contexte, les objectifs de notre travail étaient : (1) d'identifier, chez des femmes souffrant de DPC, les signatures microbiennes intestinales, vaginales et urinaires associées à l'hypersensibilité pelvienne et (2) d'identifier les signatures bactériennes associées aux caractéristiques cliniques et à la sensibilité des organes pelviens.
Méthodes
Vingt-huit femmes préménopausées atteintes de DPC ont été incluses et réparties selon leur score de sensibilisation pelvienne (Convergences PP) en deux groupes : sensibilisées (S-DPC, n = 14) et non sensibilisées (NS-DPC, n = 14). La sensibilité viscérale et somatique a été évaluée par barostat rectal et tests de la sensibilité vésical, musculaire et vulvaire. Les symptômes pelviens, la qualité de vie et l'état psychologique ont également été mesurés. Les microbiotes intestinal, vaginal et urinaire ont été caractérisés par séquençage du gène 16S rRNA. Des analyses différentielles et de biologie des systèmes (WGCNA) ont permis d'identifier des modules bactériens associés à la sensibilisation et aux paramètres cliniques.
Résultats
Les femmes S-DPC présentaient une diminution significative des seuils douloureux vulvaires, rectaux, vésicaux et musculaires, ainsi qu'une douleur accrue et prolongée après stimulation. Les microbiotes présentaient des altérations marquées :
Microbiote intestinal : variations significatives de 13 ASV bactériens, incluant Akkermansia, Desulfovibrio, Faecalibacterium et CAG-352, corrélées à l'intensité douloureuse rectale. L'ASV Blautia (plus abondant chez les NS-DPC) était inversement associé aux marqueurs de sensibilisation intestinale.
Microbiote vaginal : augmentation de Streptococcus et Prevotella chez les femmes S-DPC, associée à la dysménorrhée ; à l'inverse, Lactobacillus jensenii était lié à une moindre douleur menstruelle et à une meilleure capacité vésicale.
Microbiote urinaire : enrichissement en Clostridium sensu stricto 1 chez les femmes S-DPC.

Les analyses de réseau ont identifié des modules bactériens vaginaux et urinaires dominés par Peptoniphilus, fortement corrélés à la douleur post-stimulation rectale, musculaire et vésicale, ainsi qu'un module intestinal (Christensenellaceae_R-7) associé à l'anxiété et à la sensibilité rectale.
Conclusion
Ces résultats révèlent des altérations spécifiques des microbiotes intestinaux, vaginaux et urinaires chez les femmes présentant une sensibilisation pelvienne. Ils suggèrent que le microbiote pourrait constituer un biomarqueur de la sensibilisation viscérale et une cible thérapeutique prometteuse pour les douleurs pelviennes chroniques.

Sessions parallèles

Evaluation de la condition douloureuse : une affaire complexe au coeur de l'exercice interdisciplinaire

Enjeux et limites de l'évaluation de la douleur

A. Masselin-Dubois 1
1 Laboratoire Psydrepi Ea 7458 - Dijon (France)

Si l'évaluation de la douloureur s'avère être la première étape de la prise en charge, elle n'en reste pas moins l'une des plus complexe. Elle suppose pour le professionnel d'objectiver l'état douloureux tout en tenant compte de son caractère fluctuant et singulier. Ainsi, elle suppose d'appréhender la douleur chronique comme un phénomène biopsychosocial, mobilisant tant des caractéristiques sensori-motrices, neurologiques que psychosociales. Les structures douleur chroniques s'organisent dans la pluri professionnalité et évaluent la douleur en croisant les expertises de chaque discipline. Toutefois, les mesures d'évaluation s'appuient bien souvent sur des échelles ou questionnaires validés indépendamment de l'examen clinique ou confiné à un champ disciplinaire unique. La plupart des revues de la littérature scientifique (revues systématiques, méta analyses) qui guident les recommandations de bonnes pratiques, s'appuient en effet sur des critères de jugement portant sur des scores d'échelles numériques ou des indices composites ne prenant pas en compte l'ensemble de l'expérience douloureuse. Ces limites soulignent la difficulté que rencontrent des professionnels à appréhender la douleur et à proposer des prises en charge personnalisées. Dans cette communication, nous discuterons de l'évaluation pluridisciplinaire de la douleur chronique. Nous présenterons plus particulièrement l'examen psychologique et ses outils cliniques nécessaires à la compréhension du vécu douloureux. Nous verrons en quoi la compréhension du fonctionnement psychologique apporte des éléments de compréhension du vécu et de la perception douloureuse. Enfin, nous aborderons comment partager ces informations à l'équipe pluridisciplinaire et contribuer ainsi à la construction du projet de prise en charge du patient douloureux chronique.

Bibliographie
Guilemont, C. (2025). L'évaluation et la prise en charge psychologique de la douleur chronique. In Masselin-Dubois, A. Psychothérapies en clinique de la douleur. Approche pluriprofessionnelle et dispositifs psychothérapeutiques. Editions Doin.

Sessions parallèles

Evaluation de la condition douloureuse : une affaire complexe au coeur de l'exercice interdisciplinaire

L'innovation technologique et l'intelligence artificielle au service de l'évaluation de la douleur

M. Billot 1
1 Chu De Poitiers - Poitiers (France)

De par sa nature multidimensionnelle, l'évaluation de la douleur et de l'efficacité d'une thérapie ne peuvent raisonnablement se réduire à l'unique évaluation de l'intensité de la douleur. La littérature scientifique est univoque et met en exergue la nécessité de mettre en place des évaluations multidimensionnelles et objectives de la douleur. L'utilisation de l'innovation technologique et de l'intelligence artificielle offre de nouvelles opportunités pour mieux évaluer les patients douloureux chroniques, leur proposer des thérapies adaptées et en mesurer l'efficacité. Les nouveaux outils numériques permettent désormais de quantifier la surface douloureuse en fonction de l'intensité de la douleur ressentie, de déterminer des sous-catégories de patients, d'évaluer le patient à partir d'un score multidimensionnel et de déterminer objectivement l'efficacité d'un processus de centralisation de la douleur. Ces outils numériques, aujourd'hui utilisés dans des centres d'excellence, pourraient être mis à disposition pour l'ensemble des praticiens et des patients dans un futur proche. L'objectif de cette présentation est de faire l'état de l'art des avancées technologiques validées scientifiquement dans l'évaluation des patients douloureux afin de mesurer l'efficacité d'une thérapie.

Sessions parallèles

Evaluation de la condition douloureuse : une affaire complexe au coeur de l'exercice interdisciplinaire

De l'intérêt de l'analyse biomécanique du mouvement en clinique de la douleur

F.J.F. Viseux 1
1 Centre Hospitalier D'hazebrouck, Service De Médecine - Hazebrouck (France)

En complément de l'examen clinique, la démarche d'évaluation du mouvement humain fournit des renseignements plus approfondis pour comprendre les désordres de la motricité, et en particulier de la marche. Cette analyse contribue à l'élaboration d'un « diagnostic fonctionnel » afin de mieux orienter les choix thérapeutiques, puis d'en contrôler l'efficacité. L'analyse biomécanique permet également de protocoliser les procédures de rééducation, puis d'assurer le suivi longitudinal des patients en cours de traitement. Elle permet de modifier ou de préciser un diagnostic obtenu par l'évaluation clinique conventionnelle, puis d'ajuster des décisions thérapeutiques, en définissant mieux les indications thérapeutiques médicamenteuses, orthétiques ou chirurgicales. L'objectif de cette présentation est de montrer que l'analyse biomécanique de la motricité, couplée à l'examen clinique, fournit des renseignements plus approfondis que les évaluations classiques pour comprendre les désordres complexes de la motricité. De ce point de vue, cela représente une voie d'optimisation de la prise en charge en clinique de la douleur et en réhabilitation, en établissant un diagnostic fonctionnel afin de mieux orienter les choix thérapeutiques.

Sessions parallèles

Evaluation de la condition douloureuse : une affaire complexe au coeur de l'exercice interdisciplinaire

Évaluation analytique ou globale en kinésithérapie ? L'exemple pour l'épaule douloureuse chronique

P. Riou 1
1 - Paris (France)

L'évaluation en kinésithérapie consiste en un recueil d'informations utiles au kinésithérapeute pour établir un plan et un suivi de traitement cohérent avec la problématique du patient, sur le patient et sa pathologie.
Elle s'articule autour de l'interrogatoire, de l'examen physique, de tests et manœuvres fonctionnels.
L'enjeu est de recueillir des informations réellement servant aussi de communication interprofessionnelle pour une bonne conduite du traitement et une prévention des récidives.
Concernant l'épaule douloureuse chronique non traumatique, il existe de nombreux tests et manœuvres spécifiques tendineux décrits pour vérifier l'intégrité des tendons de la coiffe des rotateurs ou l'existence de ce qui est dénommé un conflit sous acromial.
En kinésithérapie, ces tests dits tendineux semblent perdre de leur intérêt faits isolément tant leur spécificité est décrite comme faible et partant du postulat réducteur que l'origine des symptômes était liée à une structure anatomique précise. (1)
D'autres auteurs ont une orientation plus fonctionnelle avec la recherche des paramètres améliorant les symptômes décrits ou observés. Jeremy Lewis a modélisé le Shoulder Symptom Modification Procedure (SSMP) recherchant et testant des facteurs susceptibles de contribuer à la symptomatologie. (2), (3)
Cette approche permet d'offrir un socle pour la rééducation avec une mise en lumière des déficits modifiables. De plus, cela permet souvent un retour positif immédiat au patient.
Il peut être pertinent d'intégrer la notion de chaine cinétique pour une vision globale du patient, d'appréhender l'épaule comme point de sortie d'une action plus globale.
Selon les auteurs, lors d'un lancer, la force recueillie par les membres inférieurs et le bassin est d'environ de 50%, celle du tronc de 20 %. L'épaule fournit qu'une partie minoritaire mais sert de guide de mouvement et de maillon de transmission de force. (4)
Le corps est d'abord stabilisé pour permettre une action efficiente avec une transmission de force optimale. (5), (6)
L'épaule est un maillon d'une chaîne plus large faisant le lien de transmission entre l'axe central et la main, le BDK peut avoir une vision globale du corps à la recherche d'une zone déficitaire à distance de l'épaule. (7)
Des auteurs ont fait le lien entre une comorbidité entre des douleurs d'épaule et des antécédents au genou ou à la région lombaire chez les sportifs overhead. D'autres auteurs ont mis en évidence l'efficacité d'un programme de prévention de régions éloignées de l'épaule, lorsqu'un bilan mettant en avant des déficits, et une diminution significative des blessures d'épaule. (8), (9), (10), (11), (12)
Il y a donc un vif intérêt pour le kinésithérapeute à s'intéresser à une vision globale du patient et à bilanter au-delà du complexe scapulaire.

Bibliographie

(1) Salamh P, Lewis J. It Is Time to Put Special Tests for Rotator Cuff-Related Shoulder Pain out to Pasture. J Orthop Sports Phys Ther. 2020 May;50(5):222-225. doi: 10.2519/jospt.2020.0606. Epub 2020 Apr 9. PMID: 32272031.
(2) Meakins A, May S, Littlewood C. Reliability of the Shoulder Symptom Modification Procedure and association of within-session and between-session changes with functional outcomes. BMJ Open Sport Exerc Med. 2018 Apr 10;4(1):e000342. doi: 10.1136/bmjsem-2018-000342. PMID: 29682312; PMCID: PMC5905747.
(3) Lewis JS. Rotator cuff tendinopathy/subacromial impingement syndrome: is it time for a new method of assessment? British Journal of Sports Medicine 2009;43:259-264.
(4) Makino M, Nakayama K, Ando Y, Tauchi K. Kinematic Contribution to Javelin Velocity at Different Run-Up Velocities in Male Athletes. J Hum Kinet. 2023 Jul 6;89:43-52. doi: 10.5114/jhk/168143. PMID: 38053957; PMCID: PMC10694720.
(5) Tanaka Y, Ishida T, Ino T, Suzumori Y, Samukawa M, Kasahara S, Tohyama H. The effects of relative trunk rotation velocity on ball speed and elbow and shoulder joint torques during baseball pitching. Sports Biomech. 2024 Dec;23(12):3551-3563. doi: 10.1080/14763141.2022.2129431. Epub 2022 Oct 12. PMID: 36223307.
(6) Félix Lefebvre. Analyse cinématique de l'épaule et du membre supérieur par capture de mouvement avec et sans marqueurs. Biomécanique [physics.med-ph]. Université Claude Bernard - Lyon I, 2024
(7) Mayes M, Salesky M, Lansdown DA. Throwing Injury Prevention Strategies with a Whole Kinetic Chain-Focused Approach. Curr Rev Musculoskelet Med. 2022 Apr;15(2):53-64. doi: 10.1007/s12178-022-09744-9. Epub 2022 Apr 7. PMID: 35389192; PMCID: PMC9076771.
(8)Diffendaffer AZ, Bagwell MS, Fleisig GS, Yanagita Y, Stewart M, Cain EL Jr, Dugas JR, Wilk KE. The Clinician's Guide to Baseball Pitching Biomechanics. Sports Health. 2023 Mar-Apr;15(2):274-281. doi: 10.1177/19417381221078537. Epub 2022 Apr 23. PMID: 35465789; PMCID: PMC9950989.
(9) Radwan A, Francis J, Green A, Kahl E, Maciurzynski D, Quartulli A, Schultheiss J, Strang R, Weiss B. Is there a relation between shoulder dysfunction and core instability? Int J Sports Phys Ther. 2014 Feb;9(1):8-13. PMID: 24567850; PMCID: PMC3924603.
(10) Chu SK, Jayabalan P, Kibler WB, Press J. The Kinetic Chain Revisited: New Concepts on Throwing Mechanics and Injury. PM R. 2016 Mar;8(3 Suppl):S69-77. doi: 10.1016/j.pmrj.2015.11.015. PMID: 26972269.
(11) Moiroux--Sahraoui, A.; Mazeas, J.; Delgado, N.; Le Moteux, C.; Acco, M.; Douryang, M.; Bjerregaard, A.; Forelli, F. Prevention of Overhead Shoulder Injuries in Throwing Athletes: A Systematic Review. Diagnostics 2024, 14, 2415.
(12) Takayama H, Nakamura M, Kataura S, Kazekami S, Takane R, Mitomi Y, Nakagawa S. Changes in Shoulder and Lumbar Injury Incidence in Swimmers After Physical Examination and Exercise Programs. Int J Sports Phys Ther. 2024 Dec 1;19(12):1551-1559. doi: 10.26603/001c.126189. PMID: 39628778; PMCID: PMC11611470.

Sessions parallèles

FORMATION DOULEUR : qu'attend t-on comme socle minimum de connaissance ?

Intérêts et conception d'une plateforme de formation initiale

C. Thuillier 1
1 Réussis Ton Ifsi - Paris (France)

Apports et enjeux d'une plateforme numérique dans la formation initiale en soins infirmiers

La douleur reste un enjeu central de la qualité des soins, mais elle demeure insuffisamment enseignée dans la formation initiale des étudiant(e)s infirmier(e)s. Dans les maquettes actuelles, elle n'apparaît pas comme un module autonome, et son apprentissage est largement dilué au sein de différents cours. Dans les faits, les IFSI attendent souvent que le terrain transmette ces savoirs, tandis que le terrain estime que c'est à l'IFSI de le faire. Cette situation crée des « trous d'apprentissage » qui se traduisent par des lacunes persistantes dans l'évaluation et la prise en charge de la douleur. Les études récentes confirment cette réalité : les connaissances des infirmiers en urgence sur la douleur restent faibles [1], et les représentations personnelles peuvent freiner la qualité des pratiques [2].

Dans ce contexte, les plateformes numériques de formation représentent une opportunité innovante. Basées sur les neurosciences cognitives, elles permettent d'ancrer durablement les connaissances grâce à des formats interactifs (modules synthétiques, quiz, cas cliniques, répétition espacée). Elles favorisent également l'égalité d'accès aux savoirs, en proposant à chaque étudiant un socle commun validé scientifiquement, indépendamment de la variabilité des terrains de stage. Plusieurs travaux ont montré l'efficacité de ces dispositifs : une intervention de 12 heures a significativement amélioré les connaissances et attitudes des infirmiers envers la douleur [3], et des programmes en ligne ont démontré leur capacité à renforcer la prise en charge après chirurgie [4].

L'intérêt pour une société savante de collaborer avec une plateforme numérique est double. Sur le plan scientifique, cela garantit que les contenus diffusés soient alignés avec les recommandations les plus récentes, tout en offrant la possibilité de mesurer les acquis grâce aux données d'usage. Sur le plan institutionnel, une telle collaboration accroît la visibilité et le rayonnement de la société savante auprès d'une large communauté d'étudiants et de professionnels, en diffusant massivement les bonnes pratiques validées. À titre d'exemple, un partenariat récent avec une société savante a permis de diffuser à grande échelle des contenus validés, atteignant plusieurs milliers d'apprenants en quelques semaines.

Ainsi, une plateforme comme Réussis ton IFSI ne constitue pas seulement un outil d'appui pédagogique, mais bien un relais stratégique : elle contribue à structurer un socle minimal commun en douleur, à réduire les inégalités d'apprentissage et à renforcer la diffusion des recommandations scientifiques, dans l'intérêt conjoint des étudiants, des formateurs, et des sociétés savantes.

Bibliographie

[1] Al Qadire M., Al Khalaileh M., et al. (2023). Knowledge and attitudes of emergency nurses regarding pain management. BMC Emergency Medicine, 23:65.
[2] Bérard E., Vial C., et al. (2021). Représentations infirmières de la douleur : étude qualitative. Douleurs, 22(5), 235-242.
[3] Liu Y., Li H., et al. (2022). Effect of an educational intervention on nurses' knowledge and attitudes toward pain. BMC Nursing, 21:156.
[4] Yau Y.H., et al. (2024). Online education program improves nurses' pain management after knee arthroplasty. Journal of PeriAnesthesia Nursing, 39(1), 17-24.

Sessions parallèles

FORMATION DOULEUR : qu'attend t-on comme socle minimum de connaissance ?

Enquête de la Commission Professionnelle Infirmière

C. Berlemont 1
1 Ifsi - Soissons (France)

Enquête sur l'Enseignement de la Douleur en IFSI

La question de la formation des infirmiers à la prise en soin de la douleur est depuis longtemps au cœur des réflexions de la SFETD, et spécifiquement au sein de sa commission professionnelle infirmière (CPI). Après la mise en place du référentiel infirmier de 2009, la CPI avait exprimé des inquiétudes quant à l'insuffisance du programme initial, soulignant que la compréhension de la douleur, phénomène complexe, devait être intégrée tout au long du parcours de formation pour favoriser un apprentissage progressif des étudiants infirmiers.

Réforme de 2009 et douleur

L'intégration du référentiel de 2009 dans le système LMD, conformément aux accords de Bologne, a transformé l'enseignement initial infirmier sans prendre en compte la transversalité nécessaire à l'enseignement de la douleur, ni l'importance du raisonnement clinique dans la qualité des soins apportés aux patients douloureux. La formation s'articule autour de dix compétences clés. Ces savoirs théoriques sont dispensés via des unités d'enseignement communes aux universités, réparties en cours magistraux (CM), travaux dirigés (TD) et temps personnel guidé. Chaque unité précise ses objectifs, les contenus, les volumes horaires et modalités d'évaluation, qui peuvent donc varier selon les IFSI.

Vers un nouveau référentiel en 2026

À l'approche de la publication d'un nouveau référentiel, ce dernier s'articulera autour de cinq grands domaines :Sciences infirmières et réflexion clinique, Pratique clinique, qualité et gestion des risques, Prévention et promotion de la santé, Communication, travail en équipe et leadership et Démarche scientifique et initiation à la recherche.

Chaque domaine définira les compétences attendues et leur progression sur les trois années de formation, en tenant compte de la complexité des situations de soins.

Une enquête révélatrice

Dans ce contexte, la CPI a mené une enquête auprès des formateurs en IFSI sur l'enseignement de la douleur (avec le programme de 2009) Les résultats dressent un constat mitigé. A côté de ce constat, les analyses de situations, des TD ou des tables rondes, offrent une approche plus concrète tout comme les nouvelles méthodes pédagogiques de plus en plus présentes au sein de IFSI.

L'enquête met donc en lumière des éléments exposés dans cette présentation plus de 15 ans après la mise en place du programme 2009. L'objectif restant de mieux préparer les futurs infirmiers aux réalités du terrain et de réduire l'écart entre les savoirs théoriques et les pratiques professionnelles.

Sessions parallèles

FORMATION DOULEUR : qu'attend t-on comme socle minimum de connaissance ?

Propositions pédagogiques clés en mains

P. Wanquet-Thibault 1
1 Cadre De Santé Formatrice Consultante - Issy Les Moulineaux (France)

Formation douleur : quel socle commun pour les infirmiers ?
Pascale Wanquet-Thibault, cadre supérieur de santé, formatrice-consultante
La formation initiale des professionnels de santé, médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, etc. est fondamentale pour le système de santé et la qualité des soins dispensés aux patients, tous secteurs confondus. Dans le cadre des plans et programmes douleur, développés de 1998 à 2005, la formation initiale faisait systématiquement l'objet de l'attention des pouvoirs publics.
Les infirmières et infirmiers diplômés d'Etat sont confrontés quotidiennement à la plainte douloureuse, à la prévention de la douleur, à la mise en œuvre des moyens de soulagement médicamenteux et non médicamenteux. Cette prise en soin relève d'un raisonnement clinique rigoureux allant de l'identification de la douleur à son soulagement, en passant par une évaluation adaptée permettant la mise en place d'un traitement multimodal.
Dans ce contexte, les spécialistes de la douleur, en particulier les infirmiers ressource douleur (IRD) sont intervenus dans les Instituts de formation en soins infirmiers (Ifsi), plus particulièrement jusqu'à la réforme du programme de formation de 2009.
Depuis cette date, comme le met en évidence l'enquête menée auprès des IRD et des formateurs en Ifsi, l'enseignement de la douleur est assuré par différents professionnels de santé, sans expertise douleur exigée, au sein de différents modules (soins palliatifs, traumatologie). Par ailleurs, il existe une grande diversité de modalités d'enseignement sur l'ensemble des Ifsi du territoire français. Cette dispersion et cette hétérogénéité rendent l'intégration de l'enseignement difficile pour les étudiants auxquels il est souvent reproché de ne pas « faire les liens ». Ces difficultés d'assimilation des connaissances et du raisonnement clinique se ressentent désormais fréquemment dans la dispensation des soins aux malades, mais aussi à travers le stress que génèrent pour certains jeunes professionnels les difficultés à faire face à un patient se plaignant de douleurs.
La proposition de la Commission professionnelle infirmière (CPI) est de mettre à disposition, via le site de la SFETD, un « programme douleur clé en mains » à disposition des formateurs, comme des étudiants. Ce programme doit répondre aux besoins d'un professionnel débutant au regard des exigences prévues dans les textes officiels régissant l'exercice infirmier. Il pourrait aussi être relayé par les plateformes de formation, supports dont se servent de plus en plus d'étudiants pour parfaire leurs apprentissages.
Pour élaborer ce programme, la CPI peut s'appuyer sur des données déjà existantes : outils d'évaluation, situations douleur prototypiques permettant d'acquérir le raisonnement clinique douleur, données sur les douleurs liées aux soins, etc.
L'élaboration de ce programme est envisagée dans le cadre d'un groupe de travail mis en place par la CPI en collaboration avec des formateurs d'Ifsi et des responsables de plateformes de formation.

Sessions parallèles

Soins primaires et douleur : Regards croisés sur des Itinéraires de patients entre Soins Primaires et Structures Douleurs : Exemple en Nouvelle Aquitaine ?

R. Kempler1, R. Brandalise 1
1 Msp Prayssas - Prayssas (France)

Du CETD aux Soins primaires Parcours de soins et de vie d'une patiente infirmière partenaire/experte.

La prise en charge de la douleur chronique est France repose quasi exclusivement sur les structures douleur hospitalières. Pourtant, selon une enquête de la SFETD en 2021, seulement 1,4% des patients douloureux chroniques consultent en SDC (1). De l'autre côté, 1 consultation sur 5 chez les médecins généralistes ont pour motif une douleur chronique (2) (3).
En 2023, la Haute Autorité de Santé (HAS), a proposé une nouvelle organisation avec 3 niveaux de prise en charge : Soins primaires, Consultations et Centres, qui s'articule avec les uns avec les autres, selon les besoins des patients et le niveau d'expertise requis. (4)
L'HAS attend des soins primaires une première évaluation du patient douloureux chronique réalisée par le médecin traitant.
Pour les patients en situation de complexité ou les douleurs rebelles, le médecin traitant organise avec l'équipe de soins primaires et au besoin un (des) spécialiste(s) de second recours, une prise en charge coordonnée en ville.
Il existe deux structures de soins primaires, sur lesquelles s'appuyer :
La maison de santé de santé pluriprofessionnelle (MSP), constituée entre des professionnels de santé, qui assurent des activités de soins sans hébergement
la communauté professionnelle de territoire de santé (CPTS), composée de professionnels de santé et d'acteurs médico-sociaux et sociaux, qui vise à améliorer la coordination entre des acteurs médico-sociaux d'un territoire, sans être effectrice de soins.

Consciente de la future importance des soins primaires dans la prise en charge de la douleur la SFETD à valider la création en janvier 2025 d'une nouvelle commission douleur et soins primaires (COPRIM) (5) dont les premiers objectifs sont de recenser les actions coordonnées en MSP ou CPTS, de renforcer les interactions entre SDC et structure de soins primaires, acculturer les professionnels du soins primaires à la prise en charge de la douleur, valoriser et développer les structures de soins primaires sensibilisées à la douleur, développer l'enseignement de la douleur dans les formations initiales et continue des soins primaires de toutes les filières de Santé.et favoriser la Recherche sur la thématique de la douleur en soins primaires.

Bibliographie

1. Menaces sur la prise en charge des patients souffrant de douleur chronique en France. SFETD. Enquête 2021. Newsletter SFETD Avril 2023 [Internet]. [cité 28 sept 2023]. Disponible sur: https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2023/04/SFETD-2023.03.08-One-pager-SDC-VDEF.pdf
2. Tajfel P, Gerche S, Huas D. La douleur en médecine générale. Douleur Analgésie. 1 mars 2002;15(1):71-9.
3. Barriet A, Bocel M. Prévalence et caractéristiques de la douleur chronique en médecine générale en Aquitaine. Étude quantitative transversale descriptive menée par observation des

médecins maîtres de stage en situation réelle de soins par les internes de phase socle en 2023 [Internet] [Master's Thesis]. 2024. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04703023
4. HAS/CNGE/SFETD LP. Parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique. 11 janv 2023;
5. https://www.sfetd-douleur.org/commission-douleur-et-soins-primaires-coprim/ [Internet]. Disponible sur: https://www.sfetd-douleur.org/commission-douleur-et-soins-primaires-coprim/

Sessions parallèles

Soins primaires et douleur : Regards croisés sur des Itinéraires de patients entre Soins Primaires et Structures Douleurs : Exemple en Nouvelle Aquitaine ?

H. Bousquet 1
1 Praticien Hospitalier. Unité Consultations Douleurs Chroniques. Centre Hospitalier Agen-Nérac 47000 - Agen (France)

Les consultations douleurs de niveau 2: quelle(s) articulation(s) entre soins primaires et structures de niveau 3?

Au travers de l'exemple d'une consultation de niveau 2 en Lot et Garonne, au sein de la Nouvelle Aquitaine, comment peut s'articuler « ce niveau intermédiaire » entre médecine de premier recours et structure de niveau 3 (CHU de Bordeaux) ?

Le niveau 2 a pour mission de proposer une évaluation multi dimensionnelle et d'intégrer une approche pluri professionnelle. Le role des consultations de niveau 2 voulu par l'ARS repose sur une optimisation du contrôle des douleurs , de réduire la iatrogénie en passant par un réajustement thérapeutique éventuel, voire une proposition clinique interventonnelle ciblée; tout en restant en coopération entre les niveau 1 et 3. [1; 2]

Mais sur le terrain, la mise en œuvre des recommandations se heurte à des freins de démographie médico soignante, financiers, de conjoncture au sein des établissements de santé publics.L'offre de soin est disparate et dépendante des options de la structure au sein de laquelle la consultation de niveau 2 s'intègre (techniques médicamenteuses, et non médicamenteuse, accès à un plateau d'HDJ...)

De plus le souhait de maillage territorial pour faciliter un accès géographique aux soins, se fait à moyen constant dégradant la filière de prise en charge du douloureux chronique.

Comment faire coïncider volonté d'accès aux soins sans une volonté d'en offrir les moyens?

Le constat pessimiste est celui d'un fossé de plus en plus grand entre le patient requérant et les possibilités d'offre.

Quelles solutions d'articulations entre les trois niveaux est la plus compatible avec les limites de chacun? Quel parcours proposer au patient sans qu'il ne perde confiance (exemple d'un patient ayant eu un avis en structure niveau 3 et ré-adressé vers le niveau 2) ; probablement qu'un travail de communication et d'explication auprès du patient serait à parfaire.

Quels freins pour quelles perspectives d'avenir ?

Bibliographie

1) Haute Autorité de santé (HAS). Parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique . Décembre 2024

2) Ministère des solidarité et de la santé- fiche sur les structures spécialisées douleurs chroniques (SDC). Actualisation 2024

Sessions parallèles

Soins primaires et douleur : Regards croisés sur des Itinéraires de patients entre Soins Primaires et Structures Douleurs : Exemple en Nouvelle Aquitaine ?

A.P. Philippe 1
1 Chu Bordeaux - Bordeaux (France)

Expérience d'une structure de niveau 2/3 . Exemple du CETD du CHU de Bordeaux
L'intervention a pour objectif de présenter l'expérience du CETD du CHU de Bordeaux en tant que centre de niveau 2/3 dans le parcours de soins du patient douloureux chronique.
Le centre se positionne comme structure de niveau 2 pour les patients du bassin de santé et structure de niveau 3 pour la région Nouvelle Aquitaine selon les recommandations de la HAS
Nous observons des difficultés pour respecter cette notion de « parcours » et ce, à tous les niveaux, ce qui induit en particulier des délais rallongés
Ces difficultés sont en partie liées à la méconnaissance de ces parcours par les structures d'amont, aux difficultés à trouver des professionnels de santé libéraux pouvant accompagner régulièrement nos patients (en particulier sur le plan psychique), aux représentations des patients qui préfèrent rester parfois en structure de niveau trois, d'autant qu'ils ont attendu longtemps avant d'avoir un premier rendez-vous, aux difficultés à énoncer dès la première consultation les modalités de prise en charge dans notre service et en particulier la notion de centre « expert »
Dans ce contexte, nous pensons qu'une meilleure connaissance des structures régionales et de leur spécificité (communication) est indispensable auprès de nos collègues libéraux. Cela permettrait une orientation et un pilotage plus ajustés. Nous avons un rôle à jouer quant à nos échanges avec la médecine libérale en ayant aussi un rôle de compagnonnage afin d'optimiser le suivi des patients au cœur de leur lieu de vie. Enfin, il est important de pouvoir lutter contre les représentations des patients, les informer en amont (rôle des secrétariats) des délais du parcours de soins, du rôle pivot du médecin traitant ou de la structure de secteur enfin, de façon plus large, une réflexion autour des limites de nos suivis est à envisager.

Bibliographie
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-02/guide._parcours_de_sante_dune_personne_presentant_une_douleur_chronique.pdf

Sessions parallèles

Soins primaires et douleur : Regards croisés sur des Itinéraires de patients entre Soins Primaires et Structures Douleurs : Exemple en Nouvelle Aquitaine ?

J. Fillol1
1Hervé Bousquet, Raphaël Klemper, Anne Philippe, Romain Brandalise - Lusignan-Petit (France)

Parcours de soins et de vie d'une patiente infirmière partenaire/experte

Bonjour à toutes et à tous,

Je m'appelle Jessica, infirmière depuis dix ans et patiente depuis 2020, après une chirurgie de la moelle épinière qui m'a laissée avec des douleurs chroniques. En tant que soignante, j'ai déjà accompagné des patients souffrant de douleurs persistantes, mais je n'avais jamais expérimenté une douleur constante moi-même. Aujourd'hui, je souhaite partager mon parcours vécu de l'intérieur, avec mes ressentis et mon regard de professionnelle devenue patiente. Je raconterai mon chemin à travers trois niveaux de soins : les centres de la douleur (niveau 3), les consultations locales (niveau 2) et les soins de proximité (niveau 1). Chacun a influencé mon histoire, parfois en m'aidant, parfois en me confrontant à des difficultés, révélant les forces et limites du système de prise en charge de la douleur chronique.

Au niveau 3, le Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur (CETD) représente souvent l'espoir d'une solution. Lorsque j'y suis arrivée, souffrant depuis quelques mois, j'ai découvert que le premier rendez-vous serait dans six mois. Cette attente a accentué mon sentiment d'abandon et ma détresse psychologique. Une fois reçue, l'écoute et la considération de l'équipe ont été précieuses, mais j'ai vite compris les limites : surcharge, manque de personnel et ressources insuffisantes.

Au niveau 2, j'ai été réorientée vers une consultation douleur locale. Bien accueillie par des professionnels compétents et bienveillants, j'ai ressenti une rupture dans mon parcours, devant tout réexpliquer et repartir de zéro. Ce niveau, essentiel pour rapprocher l'expertise du terrain, reste parfois flou pour le patient, mais la proximité géographique a constitué un réel soulagement, réduisant les déplacements de trois heures à quinze minutes.

Face à l'attente, ce sont les soins primaires (niveau 1) qui m'ont permis de tenir. Mon médecin traitant, mon kinésithérapeute et une psychologue libérale ont été des piliers essentiels, même s'ils n'étaient pas spécialistes de la douleur. J'ai construit ce trio moi-même. Ces professionnels m'ont aidée à renouer avec mon corps, reconstruire mon identité et retrouver un sens à ma vie.

En conclusion, mon parcours n'est pas exceptionnel, mais révélateur des forces et des limites du système. Aujourd'hui je me suis spécialisée dans la douleur, j'ai appris à mieux vivre avec mes douleurs. Ce qui soulage réellement ne réside pas seulement dans la compétence médicale, mais dans la qualité de la relation et la cohérence du parcours. La prise en charge de la douleur chronique exige un travail collaboratif entre tous les niveaux de soins, afin de mieux relier les structures existantes et éviter l'isolement du patient.

Sessions parallèles

Recherche translationnelle

Biomarqueurs pharmacodynamiques de la nociception : une approche translationnelle pour optimiser le développement de nouveaux traitements contre la douleur chronique

A. Mouraux 1
1 Uclouvain - Bruxelles (Belgium)

Les biomarqueurs pharmacodynamiques permettent de mesurer de manière objective les effets physiologiques d'un composé pharmacologique. Dans plusieurs domaines, ils jouent un rôle clé dans le développement de nouveaux médicaments, en apportant la preuve qu'une molécule candidate atteint bien le mécanisme physiologique ciblé. Ils orientent ainsi des décisions stratégiques telles que la poursuite du développement clinique et la sélection des doses à évaluer dans les essais. Lorsqu'ils peuvent être appliqués à la fois dans des modèles précliniques et dans des études précoces chez l'humain, ces biomarqueurs offrent également un outil pour apprécier la transposabilité des observations issues des modèles expérimentaux.
Dans le domaine de la douleur chronique, disposer de biomarqueurs pharmacodynamiques sensibles aux effets pharmacologiques sur le système nociceptif, de la périphérie jusqu'au cortex, pourrait contribuer à identifier les molécules les plus prometteuses et réduire l'attrition des essais cliniques. Les méthodes développées pour l'étude du système nociceptif humain fournissent aujourd'hui un éventail d'outils électrophysiologiques, psychophysiques et de neuroimagerie permettant son évaluation fonctionnelle. Par ailleurs, différents modèles expérimentaux permettent d'examiner, chez le volontaire sain, certains mécanismes impliqués dans la chronification de la douleur, tels que la sensibilisation périphérique et centrale. Enfin, certains marqueurs neurophysiologiques peuvent également être utilisés pour évaluer les effets indésirables, notamment sur la vigilance et la cognition.
Cet exposé passera en revue les mesures fonctionnelles du système nociceptif susceptibles de servir de biomarqueurs pharmacodynamiques pour guider le développement de nouveaux traitements de la douleur chronique, et présentera les résultats préliminaires de quatre études cliniques visant à les évaluer (études Biopain du projet IMI-PAINCARE).

Sessions parallèles

Recherche translationnelle

Prix de recherche Gisèle Guilbaud : Au-delà de la nociception : vers une compréhension des réseaux de la perception subjective de la douleur et de leur modulation

Juliette GELEBART 1, Caroline PERCHET 1, Luis GARCIA-LARREA 1,2, Maud FROT 1
1. Central Integration of Pain (NeuropainLab)-Lyon Neuroscience Research Center, INSERMU1028, CNRS, UMR5292, Université Claude Bernard, 69677 Bron cedex, France.
2. Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur, Hospices Civils de Lyon, 69677 Bron cedex, France

L'activation des voies nerveuses véhiculant les informations de douleur (voie spinothalamique) n'entraîne pas toujours une perception subjective douloureuse. Des stimuli nociceptifs consécutifs délivrés à intensité constante près du seuil de douleur, donnent en effet lieu à des perceptions très variables, allant d'une douleur vive à une perception indolore (1,2). L'objectif de cette étude est de caractériser les mécanismes cérébraux sous-jacents à cette variabilité de ressenti, et en particulier la connectivité fonctionnelle des régions impliquées, afin de mieux comprendre les phénomènes neurophysiologiques sous-tendant le passage de la nociception à la douleur.
Trente patients épileptiques possédant des électrodesimplantées ont reçu une série de 15 à 20 stimuli
laser sur la main à intensité constante, fixée au seuil nociceptif. Après chaque stimulation, les patients
évaluaient leur ressenti sur une échelle visuelle analogue (EVA) allant de 0 (aucune sensation) à 10 (douleur intolérable) avec le seuil nociceptif fixé à 4. L'iEEG a été analysé dans 10 régions d'intérêt de la matrice douleur et selon la perception subjective des patients (douloureuse : EVA ≥ 4 ; non douloureuse : EVA < 4) pendant la seconde post-stimulation en étudiant les potentiels évoqués laser (PEL) et de -200ms avant la stimulation à une seconde post-stimulation en effectuant des mesures de synchronisation de phase traduisant la connectivité fonctionnelle entre ces régions.
Les PELs de certaines régions – notamment l'insula postérieure, l'opercule pariétal et le cortex cingulaire moyen – étaient identiques quelle que soit la perception, suggérant qu'elles jouent un rôle dans la nociception mais non dans la perception subjective. En revanche, l'insula antérieure, l'amygdale et, dans une moindre mesure, le cortex orbitofrontal (OFC) présentaient des différences d'amplitude entre les essais douloureux et non douloureux, apparaissant uniquement dans la phase tardive (300–600 ms) après la stimulation. Ces régions pourraient donc être cruciales pour le codage de la perception de la douleur et la construction de l'expérience douloureuse consciente (3). De plus, les analyses de connectivité ont révélé des changements dynamiques entre ces régions au cours de la seconde suivant la stimulation, indiquant que la perception douloureuse dépend non seulement de l'activation locale mais aussi de l'état de connectivité du réseau.
Dissocier le réseau cérébral en lien avec l'intégration du message nociceptif de celui nécessaire à la perception douloureuse présente de nombreux intérêts cliniques. Par exemple, pour les patients douloureux chroniques, en définissant de nouvelles cibles de stimulations magnétiques ou électriques
transcrâniennes afin de moduler la perception douloureuse, mais également pour les patients en état
de conscience altérée en participant à l'élaboration d'un schéma cérébral particulier qui pourrait signer

une perception douloureuse.

1- Schulz E, Tiemann L, Schuster T, Gross J, Ploner M (2011) Neurophysiological coding of traits and states in the
perception of pain. Cereb Cortex. 21(10):2408-2414.
2- Pomares FB, Faillenot I, Barral FG, Peyron R (2013) The ‘where’ and the ‘when’ of the BOLD response to pain
in the insular cortex. Discussion on amplitudes and latencies. Neuroimage. 64: 466-475.
3-Bastuji H, Frot M, Perchet C, Magnin M, Garcia-Larrea L (2016). Pain networks from the inside: spatiotemporal
analysis of brain responses leading from nociception to conscious perception.Human Brain Mapping. 37:4301–
4315

Sessions parallèles

Recherche translationnelle

Prix "Starter" en recherche translationnelle SFETD-Institut Analgesia : Influence du sexe et du cycle hormonal sur les effets thérapeutiques de la neurostimulation corticale dans un contexte de migraine

M. Antri 1
1 Neuro-Dol-Inserm U1107 - Clermont-Ferrand (France)

Les femmes sont environ trois fois plus susceptibles de souffrir de migraines que les hommes, une prévalence où les fluctuations hormonales sont des facteurs déclencheurs majeurs. Bien que la recherche préclinique ait longtemps présenté un biais de genre (la majorité des études animales ayant été réalisées sur des mâles), la dernière décennie a marqué un tournant en mettant en évidence des différences intersexes importantes dans la douleur et, plus spécifiquement, dans la physiopathologie de la migraine. Récemment, nos travaux ont confirmé cette tendance en démontrant une corrélation directe entre le cycle hormonal de la femelle rat et i) l'intensité de la douleur céphalique induite, et ii) l'activation des neurones du Complexe Trigémino-Cervical (CTC), principale région d'intégration des messages douloureux crânio-faciaux (1). Ces résultats soulignent l'impératif d'intégrer non seulement le sexe, mais aussi le cycle hormonal, dans l'étude des mécanismes neurobiologiques de la migraine et dans la mise en place de nouveaux traitements.
Parmi les thérapeutiques potentielles, la stimulation transcrânienne à courant direct (tDCS) du cortex moteur est un traitement non pharmacologique qui suscite un intérêt croissant. Cette approche non invasive a déjà prouvé son efficacité contre d'autres pathologies neurologiques et douleurs neuropathiques. Néanmoins, peu d'études ont exploré l'efficacité de la tDCS dans la migraine, ni étudié les effets thérapeutiques selon le cycle hormonal.
Dans ce contexte, nous avons développé un modèle de neurostimulation chez l'animal. Notre objectif était d'évaluer l'effet d'une session unique de tDCS sur les réponses des neurones du CTC suite à différents types de stimulation de la face, en comparant les rats mâles, femelles intactes et femelles ovariectomisées. Nos résultats en condition physiologique révèlent des effets différentiels marqués qui dépendent du type de stimulus. Pour une stimulation nociceptive mécanique, la tDCS provoque une diminution transitoire de l'activité des neurones chez les mâles et les femelles ovariectomisées, mais reste sans effet chez les femelles intactes, tandis que pour une stimulation nociceptive électrique, la tDCS induit une diminution significative de l'activité des neurones, avec un effet plus faible chez les femelles ovariectomisées. Ces données sont par ailleurs concomitantes avec une modulation de l'expression de la Parvalbumine dans les neurones du cortex moteur et du CTC, ce qui suggère un mécanisme cellulaire sous-jacent potentiel qui pourrait expliquer ces effets.
Nos résultats montrent donc qu'une session de tDCS module de manière sélective le traitement sensoriel. Cette modulation dépend du sexe et/ou du statut hormonal, ainsi que du type de fibres stimulées. La suite de ce projet consistera à étudier l'effet sexe et hormono-dépendant de la tDCS dans notre modèle de migraine et décrypter les mécanismes sous-jacents à son action thérapeutique.

Bibliographie
(1) Barnet M, Descheemaeker A, Favier L, Moisset X, Schopp J, Dallel R, Artola A, Monconduit L, Antri M. Estrous cycle regulates cephalic mechanical sensitivity and sensitization of the trigemino-cervical complex in a female rat model of chronic migraine. Pain. 2025.166(6):e83-e96.

Sessions parallèles

Recherche translationnelle

Prix de recherche SFETD-Fondation APICIL : Effet de la neuromodulation précoce couplée à la rééducation sur la fonction motrice du membre supérieur et la douleur post-AVC

S. Corvin 1, X. Moisset 1, C. Fauchon 1
1 Université Clermont Auvergne - Clermont-Ferrand (France)

La douleur chronique est une complication majeure post-AVC. Ces douleurs peuvent être nociceptives ou neuropathiques, principalement centrales liées aux lésions induites par l'AVC (1). Environ 10% des patients post-AVC développent des douleurs neuropathiques centrales chroniques, et ce pourcentage monte jusqu'à 50% lorsque la lésion est située dans le bulbe rachidien, le thalamus ou les régions operculo-insulaires (2). Les techniques de stimulation cérébrale non invasives du cortex moteur (M1) sont utilisées de manière précoce pour améliorer la récupération motrice (3), ainsi que pour leur effet antalgique sur des douleurs persistantes (4, 5). Néanmoins, leur effet potentiel dans la prévention d'installation d'une douleur chronique n'est pas connu. De plus, une meilleure compréhension des mécanismes cérébraux sous-jacents est nécessaire pour améliorer l'efficacité thérapeutique.
Les objectifs de ce projet sont d'étudier précocement post-AVC : les effets de la neuromodulation de M1 précoce couplée à la rééducation sur 1) la prévention du développement de douleurs neuropathiques, 2) les fonctions sensorielles et motrices, l'anxiété, la dépression et la qualité de vie, et 3) à l'aide de l'IRMf, d'isoler des marqueurs cérébraux prédicteurs du développement de douleur et de la réponse à la neuromodulation.
Il s'agit d'une étude clinique prospective visant à évaluer l'efficacité de la stimulation par tDCS associée à une rééducation conventionnelle sur le développement de douleurs neuropathiques post-AVC. Le protocole expérimental est en double aveugle, randomisé et contrôlé, impliquant 2 groupes parallèles avec des patients répartis selon un plan de Fleming (40 patients dans le groupe actif, 20 patients dans le groupe témoin). L'étude s'adresse à des patients en phase subaiguë après un AVC. Après leur recrutement, ils recevront 10 séances de stimulation par tDCS (2 mA, 20 minutes). Pour le groupe témoin, la stimulation s'arrêtera après la rampe d'établissement du courant. Le critère d'évaluation principal est l'apparition (oui/non) d'une douleur neuropathique probable ou certaine selon les critères de l'IASP (6), après évaluation clinique et instrumentale, 6 mois après l'AVC. Les patients passeront un examen IRM (anatomique, fonctionnel au repos et tractographie) avant et après les 10 séances de stimulation, et à 6 mois post-AVC.
Les résultats fourniront des informations cruciales pour comprendre les altérations des réseaux cérébraux sous-jacentes à la chronicisation de la douleur post-AVC et la manière dont le traitement par neuromodulation peut être utilisé pour faciliter leur rétablissement fonctionnel vers un profil sans douleur. Cette présentation aura pour but de détailler le rationnel neurophysiologique, les questions de recherche, l'élaboration et la mise en place de cette étude.

Bibliographie

1. H. Klit, N. B. Finnerup, T. S. Jensen, Central post-stroke pain: clinical characteristics, pathophysiology, and management. Lancet Neurol. 8, 857–868 (2009).
2. J. Rosner, D. Ciampi de Andrade, K. D. Davis, S. M. Gustin, J. K. Kramer, R. P. Seal, N. B. Finnerup, Central neuropathic pain. Nat. Rev. Dis. Primer (2023).

3. E. L. Pavlova, R. V. Semenov, A. B. Guekht, Effect of tDCS on Fine Motor Control of Patients in Subacute and Chronic Post-Stroke Stages. J. Mot. Behav. (2020).
4. N. André-Obadia, H. Hodaj, E. Hodaj, E. Simon, C. Delon-Martin, L. Garcia-Larrea, Better Fields or Currents? A Head-to-Head Comparison of Transcranial Magnetic (rTMS) Versus Direct Current Stimulation (tDCS) for Neuropathic Pain. Neurotherapeutics (2023).
5. N. Soliman, X. Moisset, M. C. Ferraro, D. C. de Andrade, R. Baron, J. Belton, D. L. H. Bennett, M. Calvo, P. Dougherty, I. Gilron, A. J. Hietaharju, K. Hosomi, P. R. Kamerman, H. Kemp, E. K. Enax-Krumova, E. McNicol, T. J. Price, S. N. Raja, A. S. C. Rice, B. H. Smith, F. Talkington, A. Truini, J. Vollert, N. Attal, N. B. Finnerup, S. Haroutounian, R. Abuukar Abdullahi, M. Evans, S. Freigang, B. Gwyther, G. Taricani Kubota, J. Phalip, H. Phillips, C. Ramirez Piriz, T. Istri Pramitasuri, A. Rottenberg, D. Hohenschurz-Schmidt, N. Tau-Lim, Q. V. Than, J. D. Wandrey, C. Wang, A. Zachariadis, M. D. Zunaid, Pharmacotherapy and non-invasive neuromodulation for neuropathic pain: a systematic review and meta-analysis. Lancet Neurol. 24, 413–428 (2025).
6. N. B. Finnerup, S. Haroutounian, P. Kamerman, R. Baron, D. L. H. Bennett, D. Bouhassira, G. Cruccu, R. Freeman, P. Hansson, T. Nurmikko, S. N. Raja, A. S. C. Rice, J. Serra, B. H. Smith, R.-D. Treede, T. S. Jensen, Neuropathic pain: an updated grading system for research and clinical practice. PAIN 157 (2016).

Sessions parallèles

Les impasses de la 1ère rencontre avec le patient

Demande manifeste et demande latente

P. Sauvajon 1
1 Cs Douleur - Vienne (France)

La demande engage soi et un autre.
Lorsqu'elle survient dès la première rencontre, celle-ci inscrirait le lien sous le sceau de la dépendance.
Ainsi, du soulagement à la résistance au changement, la demande de soin diffère de ce qui est attendu dans la rencontre.
Si une telle attente rencontre quelquefois l'incompréhension et l'impuissance, cet écart nous semble une opportunité pour le praticien comme pour le patient.
L'impasse qui se profile peut alors trouver une élaboration dans la rencontre intersubjective.

Sessions parallèles

Les impasses de la 1ère rencontre avec le patient

Le mal-entendu de la douleur

E. Sausserde 1
1 Ghu Paris Psychiatrie & Neurosciences - Paris (France)

« Puisqu'on m'interroge sur ce qu'on appelle le statut du corps, j'y viens, pour souligner qu'il ne s'attrape que de là. Le corps ne fait apparition dans le réel que comme malentendu. »
« Quant à la psychanalyse, son exploit, c'est d'exploiter le malentendu ». J. Lacan Séminaire « Dissolution » du 10 juin 1980
L'intervenante, psychologue clinicienne d'orientation psychanalytique, propose une réflexion sur le « malentendu de la douleur » dans les premières rencontres avec les patients en unité douleur chronique.
La rencontre entre un patient douloureux chronique et un psychologue peut s'ouvrir sur un malentendu. Le propre à la douleur est qu'elle ne se partage pas : seuls les dits du patient permettent de l'approcher. Ce récit, toujours singulier, comporte la vérité du sujet. Travailler avec les mots venant du patient permettra de ne pas s'égarer dans le sens apparent de la douleur.
A travers un court extrait clinique, nous allons entendre comment la douleur peut suppléer au déclenchement bruyant de la psychose.

Bibliographie

APARICIO S., L'indispensable diagnostic, Revue de psychanalyse Champ lacanien N°23/ novembre 2019, publication de l'EPFCL – France, diffusion : PUF
APARICIO S., Difficultés à l'entrée, Revue des Collèges de Clinique psychanalytique du Champ Lacanien, Clinique du désir, 2024/1 N° 23, Hermann, pages 85 à 90
DEFFIEUX J.-P. A., La clinique du présent avec Jacques Lacan, collection Le Paon, Le Champ freudien éditeur, 2024.
GOUVARCH A. et ROCH M.-H., Psychoses sous transfert, collection Le Paon, Le Champ freudien éditeur, 2024
FREUD S., « Conseils aux médecins sur le traitement analytique », La Technique psychanalytique, Paris, PUF, 2007.
IZCOVICH L., Le cours donné au Collège Clinique psychanalytique de Paris, année 2024-2025.
IZCOVICH L., La clinique du cas en psychanalyse, Collection Nouages, éd. Stilus, 2023.
IZCOVICH L., Les paranoïaques et la psychanalyse, Collection Cliniques, Editions du Champ lacanien, 2004.
LACAN J., Le Séminaire, livre III, Les psychoses, texte établi par Miller J.-A., Paris, Seuil, 1981.
LACAN J., Le Séminaire, livre XI, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse, texte établi par Miller J.-A., Paris, Seuil, 1973.
LACAN J., Le Séminaire, livre XX, Encore, texte établi par Miller J.-A., Paris, Seuil, 1975.
LACAN J., Le Séminaire, livre XXIII, Le Sinthome (1975-1976), texte établi par J.-A. Miller, Paris, Seuil, coll. Le Champ Freudien, 2005.
LACAN J., Ecrits I, Paris, Seuil, 1999.
LACAN J., Ecrits II, Paris, Seuil, 1999.

LACAN J., « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose » [1957-1958], Ecrits II, Paris, Seuil, 1999.
LACAN J., Le Séminaire « Dissolution », 1979-1980, non édité.
LACAN J., Le savoir du psychanalyste 1971-1972, « Entretiens de Sainte-Anne », 02 Décembre 1971.
MILLER J.-A., sous sa direction, La psychose ordinaire, La Convention d'Antibes, collection Le Paon, éditeur NAVARIN, 2018.
MILLER J.-A., sous sa direction, Effets thérapeutiques rapides en psychanalyse, La Conversation de Barcelone, collection Le Paon, éditeur NAVARIN, 2005.
MILLER J.-A., sous sa direction, La Conversation d'Arcachon, Cas rares : les inclassables de la clinique, collection Le Paon, IRMA, éditeur AGALMA-LE SEUIL, 1997.
FREUD S., « Sur l'engagement du traitement », La Technique psychanalytique, Paris, PUF, 2007.
REVUES DE PSYCHANALYSE DE CHAMP LACANIEN, publication de l'EPFCL – France, diffusion : PUF
SOLER C., « L'époque des traumatismes », Cahiers du Collège Clinique de Paris, Clinique des pulsions, Volume III, 2001-2002.
SOLER C., L'inconscient à ciel ouvert de la psychose, collection Psychanalyse &, éd. Presse Universitaire du Mirail, 2002.

Sessions parallèles

Les impasses de la 1ère rencontre avec le patient

Comment sort-on de l'impasse ?

M. Hunsicker 1
1 Oppelia Aria - Villeurbanne (France)

La douleur chronique nous amène à plonger avec le patient dans sa subjectivité, tant physique que psychique, au coeur de la complexité, et des complexités intersubjectives.
La première consultation est primordiale : elle parle d'une rencontre entre le patient et un médecin, le plus souvent, qui accueille la demande, la plainte, la souffrance du patient, dans sa globalité, dans ses répercussions, et ses impossibilités.
S'il y a des consultations où la demande manifeste peut se faire entendre distinctement, celle-ci comporte toujours une forme latente, qui pourra se déplier au fil du suivi pluridisciplinaire.
Pour ce faire, il est important que le patient et le soignant, trouve lors de cette première rencontre, une zone d'accroche, d'accordage, qui donnera la direction commune de leur chemin ensemble. Mais alors que se passe-t-il lorsque cet espace intermédiaire n'est pas possible ? Quand la demande se fait pressante, urgente, criante ? Lorsque qu'un écho ne résonne pas d'un côté ou de l'autre des protagonistes, c'est alors l'impossible se dessine.

Il y a là fort à parier que ses situations d'impasses nous parlent d'un quiproquo, celui de la rencontre entre le patient, son vécu, son histoire, ses perceptions et ses sensations ainsi que la manière dont il les lient ; et le soignant, dont la tâche première est de guérir, celle du soin, de l'efficacité, de soulagement de la douleur (1).

Alors, de quoi nous parlent ces premières rencontres qui semblent désaccordées ? On peut se demander également, ce que vient rejouer le patient durant la consultation ? Que vient-il chercher ? Comment détricoter les enjeux de compulsion de répétitions (2) qui s'immiscent dans le transfert et le contre-transfert à cet endroit même de l'impossible ?Comment accueillir le patient lorsque celui-ci fait une demande qui semble en dehors des capacités du soignant, le confrontant d'emblée à une forme d'impuissance ?

Nous tenterons d'éclairer ces questionnements qui laissent le soignant à l'issue de la première rencontre interrogatif, impuissant souvent, ou encore agacé parfois, voire en colère, en proie à un transfert négatif, dépositaire d'un pan non élaboré de l'histoire du patient.

On se demandera alors : Comment sort-on de cette impasse ?

Bibliographie
(1) LIONET, B. (2021). Le soulagement de la douleur chronique, une demande en trompe-l'œil. Corps & Psychisme, 78(1), pp. 93-101.

(2) DUMET N. (2014). « Des enjeux de la compulsion de répétition dans la relation thérapeutique », Douleur et Analgésie, 27 (2), pp. 82-87.

Sessions parallèles

Le viscère abdomino pelvien douloureux chronique : mythe ou réalité ?

Le syndrome douloureux vésical et prostatique

C. Duperron 1
1 Urologie - Dijon (France)

Le syndrome douloureux vésical et prostatique se caractérisent par des douleurs chroniques depuis plus de 6 mois, localisé à la région vésicale ou prostatique, en l'absence de toute anomalie organique. Ils peuvent être associés à des signes fonctionnels urinaires ou sexuels. Le retentissement psychologique, comportemental, social est majeur pour les patients.
Le syndrome douloureux vésical comporte deux entités bien différentes dans leur physiopathologie et leur prise en charge. Les patients consultent souvent pour une pollakiurie diurne (+/- nocturne), parfois une dysurie. Ils décrivent un inconfort pelvien, une pression. Il existe parfois un besoin permanent d'uriner.
Il existe le syndrome douloureux vésical avec anomalie de la paroi vésicale (glomerulation, ulcere, hypocapacité). Les patients signalent une douleur vessie pleine, soulagée par la miction, ce qui explique leur pollakiurie nocturne et diurne, pour de petits volumes constants. L'hydrodistension courte sous AG permet une exploration vésicale et un test diagnostic. Certains traitement medicamenteux comme les anti histaminiques ou le pentosane polysulfate (ELMIRON) peuvent être efficaces. On peut proposer des instillations endo vésicales. En seconde intension, la neuromodulation sacrée ou des injection intra detrusoriennes de toxine botulique ont montré leur efficacité.
Les syndrome douloureux vésical sans anomalie de paroi résulte d'une hypersensibilisation vésicale et loco regionale. Le score de sensibilisation pelvienne est ≥ 5. La réplétion vésicale ou la miction modifient peu la douleur ou l'envie permanente d'uriner. Il n'y a souvent pas de pollakiurie nocturne. La cystoscopie est normale tout comme la capacité vésicale sous AG. Le traitement passe par une prise en charge multi modale (kiné, ostéo, thérapie cognitivo comportementale, traitement de l'hypersensibilisation, TENS…)
Le syndrome douloureux prostatique a longtemps été méconnu et sa physiopathologie limitée à des infections récurrentes et persistantes de la prostate. Seulement 5 à 15% des syndrome douloureux prostatiques sont d'origine infectieuse. Il s'agit le plus souvent d'un syndrome douloureux par hypersensibilisation prostatique ou pelvienne plus globale. Les traitements locaux efficaces sont les alphabloquants, la phytothérapie et la pregabaline. Les traitements antibiotiques à répétition ou les anti inflammatoires prolongés sont à proscrire.

Bibliographie

(1) J. Rigaud. Algorithmes Thérapeutiques de La Prise En Charge Des Douleurs Pelvipérinéales : Du Syndrome Aux Traitements. Progres en Urologie 2010, 20, 1132–1138.
(2) Jon Rees. Diagnosis and Treatment of Chronic Bacterial Prostatitis and Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome: A Consensus Guideline. BJU International 2015, 116, 509–525.
(3) Quentin Clemens; Erickson, D. Diagnosis and Treatment of Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome. The Journal of Urology 2022, 208, 34–42.
(4) Joop P. van de Merwe. Diagnostic Criteria, Classification, and Nomenclature for Painful Bladder Syndrome/Interstitial Cystitis: An ESSIC Proposal. European Urology 2008, 53, 60–76.

(5) Eric BAUTRANT. Douleurs Pelvi Périnéales Chronqiues. La revue du praticien 2025, 75, 381–432.
(6) D. Engeler. EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain. 2025.

Sessions parallèles

Le viscère abdomino pelvien douloureux chronique : mythe ou réalité ?

Le syndrome douloureux digestif

B. Bonaz 1
1 Université Grenoble Alpes - La Tronche (France)

La douleur digestive est difficile à diagnostiquer compte tenu du système neurologique viscéral moins performant que le système somatique. Elle est déclenchée par l'activation de nocicepteurs siégeant à l'intérieur ou au pourtour des viscères digestifs ou dans les parois des vaisseaux sanguins et qui parfois ont été préalablement sensibilisés. Une particularité de la douleur viscérale digestive est la double innervation qui est réalisée par le système parasympathique (nerf vague surtout, mais aussi nerfs pelviens) et par des fibres afférentes spinales (type Aδ et surtout C) polymodales (chémo-, thermo- et mécano-sensibles) qui cheminent à travers le système sympathique. Un phénomène de sensibilisation peut se développer après une lésion, une inflammation, à l'origine d'une hypersensibilité périphérique et/ou centrale. De plus, certains nocicepteurs sont dits «silencieux» (insensibles aux stimuli en situation physiologique). Les fibres afférentes nociceptives se terminent au niveau des couches I, IIexterne, V, VII et X de la moelle épinière. Les voies ascendantes centrales se font au niveau du faisceau spino-thalamique, spino-hypothalamique, spino-solitaire, spino-réticulaire et, à la différence de la voie somatique, par les cordons postérieurs de la moelle.
Le diagnostic de douleur viscérale digestive repose sur une séméiologie détaillée concernant le type de douleur (brulure, crampe, coup de poignard), sa localisation abdominale (quadrants), son intensité (EVA : 0-10), sa périodicité, son caractère nocturne/diurne, ses irradiations, ses facteurs déclenchant (stress, aliments, défécation, règles..) et atténuateurs (position, aliments..), les signes associés (ballonnement, gaz, troubles du transit), des manifestations extra-digestives, neuro-végétatives, troubles du sommeil. Une recherche des antécédents digestifs familiaux (MICI, maladie cœliaque, cancer colo-rectal) et personnels, notion de tabac, appendicectomie, gynécologiques (endométriose), comorbidités psychologiques (anxiété, dépression, trauma), gastroentérites, traitements antibiotiques répétés dans l'enfance (dysbiose). Un examen physique abdominal-pelvien (empattement/tuméfaction, hépato-splénomégalie, ballonnement…). Un bilan biologique (NFS, CRP, iono sang avec urée et créatinine, bilan hépatique, lipase, ferritine, Vit B9-B12, marqueurs de cœliaque, TSH, tryptase, marqueurs de MICI, parasitologie des selles). Bilan morphologique (échographie/scanner abdominal, IRM), bilan endoscopique (gastroscopie/coloscopie) en fonction de l'orientation. Le traitement spécifique dépend de la cause. Le traitement général repose sur la correction et le maintien des paramètres vitaux (Hb, électrolytes…), le soulagement de la douleur.
Le syndrome de l'intestin irritable touche 5 à 10% de la population, prédomine chez la femme. C'est un motif fréquent de douleur digestive (30-50% des motifs de consultation auprès d'un généraliste/spécialiste). Les traitements médicamenteux symptomatiques sont souvent décevants. Les neuromodulateurs centraux (antidépresseurs) sont utilisés. Les thérapies comportementales et cognitives, ainsi que l'hypnose ont un intérêt. La neurostimulation vagale non invasive (cervicale ou auriculaire) a un intérêt. La gestion du stress, des émotions, l'activité physique, les régimes (sans gluten, sans lactose, sans FODMAP) sont d'actualité.

Bibliographie
Zhou Q & Verne GN. Cells. 2025 Jul 25;14(15):1146.

Brierley SM & Linden DR. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2014 Oct;11(10):611-27.
Pellissier S & Bonaz B ; Vitam Horm. 2017;103:327-354.

Sessions parallèles

Le viscère abdomino pelvien douloureux chronique : mythe ou réalité ?

Syndrome douloureux utérin

E. Bautrant

Syndrome douloureux viscéral utérin

La douleur pelvienne de type utérine, sans lésions évidentes, ou à imagerie, ou coelioscopie négatives, sont une énigme majeure pour le gynécologue, depuis plus d'un demi-siècle.
La tentation de rapporter ce type de douleur à un mécanisme de type nociceptif a guidé l'ensemble des tentatives de compréhension de ce type douleurs ainsi que leur traitement.

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

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

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

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

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

De très nombreux travaux des dix dernières années démontrent que les jeunes patientes porteuses de dysménorrhées primaires de grade 3, sont en situation d'hypersensibilisation centrale (4-13). Comme pour le SII et le SDV, qui s'accompagnent d'une hypercontractilité respectivement detrusorienne ou de la musculeuse intestinale, les mécanismes d'hypersensibilisation utérine peuvent s'accompagner d'une hypercontractilité myométriale. Celle-ci est à l'origine de la sévérité de la dysménorrhée, ainsi que des douleurs de contractions, crampes utérines en dehors des règles. Cette hypercontractilité du myomètre utérin est bien documenté chez les patientes porteuses de dysménorrhées primaires (14,15)

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

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

REFERENCES

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

Sessions parallèles

Le viscère abdomino pelvien douloureux chronique : mythe ou réalité ?

Rôle de la voie cordonale postérieure dans la douleur viscérale et place potentielle de la neuromodulation

M. Duraffourg 1
1 Dr - Lyon (France)

La douleur viscérale chronique constitue un enjeu thérapeutique majeur en raison de son caractère diffus, de sa mauvaise réponse aux traitements classiques et de son retentissement important sur la qualité de vie. Les mécanismes neurophysiopathologiques sont complexes et impliquent non seulement les voies spino-thalamiques latérales, mais également les cordons postérieurs. Plusieurs travaux expérimentaux et cliniques suggèrent que ces voies postérieures jouent un rôle essentiel dans la transmission et l'intégration de la nociception viscérale [1,2], via leurs projections ascendantes vers les noyaux gracile et cunéiforme, puis vers le thalamus et les structures supraspinales impliquées dans la modulation de la douleur viscérale. Ce rôle a été confirmé de façon clinique par les résultats des chirurgies lésionnelles médullaires, en particulier les myélotomies pratiquées dans la douleur cancéreuse viscérale, qui apportent un soulagement significatif en sectionnant les cordons postérieurs [3].
Cette compréhension a conduit à explorer la stimulation médullaire des cordons postérieurs comme approche thérapeutique. Les études initialement menées dans les douleurs neuropathiques périphériques ont montré que la stimulation de ces voies pouvait moduler non seulement les symptômes somatiques, mais également certaines douleurs viscérales chroniques résistantes, notamment d'origine pelvienne, abdominale ou anorectale [2,4]. Les techniques de neuromodulation haute fréquence et les nouvelles technologies sans paresthésies offrent aujourd'hui des perspectives supplémentaires, permettant une modulation plus fine et mieux tolérée.
Si les données cliniques restent limitées à des séries de cas ou de petites cohortes, elles convergent vers une amélioration significative de la symptomatologie douloureuse et parfois des troubles fonctionnels associés [4]. La place exacte de la neuromodulation des cordons postérieurs dans la douleur viscérale reste à définir par des essais contrôlés de plus grande envergure. Néanmoins, les résultats actuels suggèrent qu'elle pourrait constituer une option thérapeutique innovante dans les douleurs viscérales réfractaires, en complément des approches pharmacologiques et interventionnelles classiques.

Bibliographie
1 Foreman RD, Garrett KM. Visceral pain pathways: dorsal column–visceral pain interaction. Prog Brain Res. 2006.
2 De Ridder D et al. Dorsal column stimulation for visceral pain. Neuromodulation. 2013.
3 Nauta HJ et al. Punctate midline myelotomy for the relief of visceral cancer pain. J Neurosurg. 2000.
4 Kapural L et al. Spinal cord stimulation for chronic visceral abdominal pain. Pain Med. 2010.

Sessions parallèles

A la croisée des chemins entre SDC et SMR en pédiatrie

Recommandations de Bonnes Pratiques des séjours en SMR pédiatrique pour douleur chronique : une avant-première mondiale !

J. Avez-Couturier 1, A. Tonelli 2
1 Chu Lille - Lille (France), 2 Clinique Fsef Paris 16 - Paris (France)

Dans la douleur chronique de l'enfant et de l'adolescent il est reconnu au niveau international que des séjours intensifs interdisciplinaires (IIPT en anglais) peuvent apporter un bénéfice aux patients, notamment sur le plan fonctionnel (1,2). Un groupe de travail du Spécial Interest Group « Childhood » de l'IASP a été créé sur le sujet en 2019. Toutefois des recommandations internationales sur le sujet sont difficiles à établir car les systèmes de santé diffèrent. La commission pédiatrique de la SFETD a fait le constat que des séjours pour les enfants et adolescents douloureux chroniques en SMR pédiatriques étaient possibles en France, mais hétérogènes dans leurs indications et contenus, avec une répartition géographique mal connue et inhomogène sur le territoire. L'idée de recommandations de bonnes pratiques est donc née.
La démarche a débuté par une enquête pour établir un état des lieux des pratiques actuelles. En 2023 cette enquête a obtenu 34 réponses (sur une centaine de SMR pédiatriques en France). La Douleur Chronique était reconnue comme une entité à part entière et pouvait être un motif de séjour pour 88% des répondants. L'adressage en SMR venait principalement de pédiatres de spécialités ou des SDC pédiatriques. Les indications principales étaient les douleurs chroniques musculosquelettiques primaires ou secondaires. Les séjours étaient proposés à tout âge. Les modalités de préadmission et le contenu des séjours étaient peu formalisés. Les durées de séjours étaient très hétérogènes (3). Cette enquête a donc montré qu'il était nécessaire de formaliser des recommandations de bonnes pratiques sur le sujet, adaptées au système de soin français. La méthodologie choisie a été celle de l'HAS « Recommandations par Consensus Formalisé » basée sur la littérature scientifique mais aussi sur des avis d'experts.
Un groupe pilote a été créé dans la commission pédiatrique de la SFETD, un groupe de cotation pluriprofessionnel a été recruté parmi les répondants à l'enquête puis un groupe de relecture.
Les travaux ont été menés de Septembre 2024 à Septembre 2025 pour permettre une présentation des résultats en avant-première au congrès de la SFETD.

Bibliographie

1. Dogan M, Zernikow B, Wager J. Short-Term and Long-Term Effectiveness of Intensive Interdisciplinary Pain Treatment for Children and Adolescents with Chronic Headache: A Longitudinal Observation Study. Children (Basel). 12 mars 2021;8(3).
2. Zernikow B, Ruhe AK, Stahlschmidt L, Schmidt P, Staratzke T, Frosch M, et al. Clinical and Economic Long-Term Treatment Outcome of Children and Adolescents with Disabling Chronic Pain. Pain Med. 9 mai 2017;
3. Avez-Couturier J, Tonelli A. Tour de France des séjours « Douleur » en SMR pédiatriques : une enquête de la commission pédiatrique de la SFETD. Présentation orale à Lille ; 28/11/2024, Congrès de la SFETD.

Sessions parallèles

A la croisée des chemins entre SDC et SMR en pédiatrie

Après l'effort, le réconfort : exemple d'un SMR pédiatrique

A. Schill Liefooghe 1, A. Verva 1
1 Mpr Hôpital Maritime Zuydcoote - Zuydcoote (France)

La prise en charge de la douleur chronique nécessite une approche multimodale, du temps et des professionnels différents mais coordonnés. Chez l'enfant, les thérapeutiques médicamenteuses sont vite insuffisantes. Avoir recours aux thérapeutiques non médicamenteuses nécessite de solliciter des personnes formées à différentes pratiques, dans un cadre de soin valide. Les services SMR ont l'avantage de regrouper des équipes pluriprofessionnelles, coordonnées par un médecin. Au cours des diverses formations de chacun, il est possible de constituer une équipe qui soit particulièrement apte à proposer des pistes pour répondre aux besoins d'un enfant ou d'un adolescent présentant des douleurs chroniques. Au travers d'un conte métaphorique, nous vous présenterons le parcours de soin d'une adolescente prise en charge au SMR enfants/adolescents de l'hôpital maritime de Zuydcoote. De sa première consultation, à sa préparation à un séjour, avec ce que cela implique en terme de mobilisation, motivation et implication pour atteindre des objectifs réalistes, jusqu'à sa rencontre avec les différents professionnels qui vont l'aider à trouver sur son chemin des facteurs de résilience, et lui apporter la possibilité de nouveaux apprentissages permettant un changement positif, si petit soit-il.

Bibliographie
[1]. L'adolescent douloureux chronique, un ado comme les autres? Dr Riggenbach A. Université de Lausanne, Suisse (2020) Pediadol
[2]. Les douleurs chroniques en France. Recommandations de l'Académie nationale de médecine pour une meilleure prise en charge des malades. Bull. Acad. Natle Méd., 2018, 202, no 7, 1355-1370, séance du 9 octobre 2018
[3]. «Perdre du temps… pour en gagner» Mieux soigner l'adolescent souffrant de douleurs chroniques. A. Meynard F. Narring. Rev Med Suisse 2014; 10: 1287-91
[4]. ITEM 327 programme R2C: Utilité et risques des Interventions Non Médicamenteuses (INM) et des Thérapies Complémentaires (ThC). Pr Julien Nizard, Pr François Paille, Pr Grégory Ninot, Pr Laurence Verneuil, Pr Fabrice Berna

Sessions parallèles

Session commune SFETD-SFMU

Recommandations SFMU de la prise en charge de la douleur aux urgences

F. Lemoel 1
1 Pôle Urgences, Chu De Nice - Nice (France)

Recommandations 2024 sur la prise en charge de la douleur aiguë en structure d'urgence

Les recommandations (RFE) 2024 sur l'analgésie en médecine d'urgence proposent tout d'abord d'abandonner le concept des paliers antalgiques de l'OMS. Cette stratégie de passage au palier supérieur si la douleur persiste est inadaptée pour la douleur aigue sévère (c'est même l'inverse qui est préconisé) et tend de surcroit à différer voire limiter le recours aux antalgiques forts. Plutôt que de grader les antalgiques entre eux, mieux vaut alors rappeler leur mode d'action et comprendre le principe de la multimodalité, c'est tout l'intérêt de privilégier la classification de Lussier et Baulieu.

Pour répondre à l'augmentation inéluctable du nombre de consultations annuelles aux urgences, ces RFE font une place plus importante aux analgésiques administrés par voie non-invasive : méthoxyflurane pour la douleur traumatique modérée à sévère, morphine nébulisée, ou encore opioïdes forts par voie intranasale. Sont également préconisées des adaptations organisationnelles comme la mise en place d'un circuit court dédié à la traumatologie non vitale et le recours aux protocoles anticipés douleur, qui permettent d'initier l'analgésie le plus tôt possible dès la zone de tri des urgences.

Tout en réaffirmant la grande efficacité et sûreté de la titration morphinique intraveineuse, ces RFE proposent une stratégie plus personnalisée et moins standardisée que les précédentes recommandations, ne se basant plus uniquement sur l'intensité douloureuse mais prenant aussi en compte le type de douleur (médicale ou traumatique), la pathologie causale suspectée et les caractéristiques du patient. Ainsi même en cas de douleur sévère (EN>6/10) sur un traumatisme de membre, sur une suspicion de colique néphrétique ou encore sur des céphalées primaires, les AINS associés au paracétamol sont préconisés en première intention. Ce n'est qu'en cas d'échec des AINS ou lorsqu'ils sont contre-indiqués qu'il faudra faire appel aux opioïdes forts. Pour une douleur sévère d'origine médicale, la morphine titrée reste toujours le traitement de référence, mais les RFE 2024 proposent également en première ligne thérapeutique (ou en coanalgésie) une dose de kétamine «low-dose» KLD (0.2-0.3 mg/kg IV). Celle-ci a une efficacité analgésique maintenant bien démontrée en médecine d'urgence, similaire à celle induite par 0,1 mg/kg de morphine IV, mais a l'avantage d'être simple et rapide à administrer, sans risque de dépression respiratoire donc sans nécessité de monitorage. Cependant la KLD induit des réactions psychosensorielles parfois gênantes, il faut donc prévenir le patient mais lui dire aussi que ces effets sont toujours transitoires et bénins.

Les RFE 2024 déconseillent enfin clairement l'utilisation en médecine d'urgence des opioïdes faibles, et encore plus particulièrement du tramadol, car leur rapport efficacité / tolérance est moins bon que celui des opioïdes forts, et parce qu'ils induisent un risque accru de mésusage.

Bibliographie

(1) Villoing B, Galinski M et al. Prise en charge de la douleur aiguë en urgence en 2024. Recommandations formalisées d'experts de la Société française de médecine d'urgence. Ann Fr Méd Urg 2025;15(3).

(2) Ricard-Hibon A, Lecoules N et al. Inhaled methoxyflurane for the management of trauma related pain in patients admitted to hospital emergency departments: a randomized, double-blind placebo-controlled trial (PenASAP study). Eur J Emerg Med 2020;27:414–421.
(3) Burgess L, Kynoch K et al. Effectiveness of nurse-initiated interventions in the Emergency Department: A systematic review. Australas Emerg Care 24:248–54.
(4) Guo J, Zao F et al. Low-dose ketamine versus morphine in the treatment of acute pain in the emergency department: A meta-analysis of 15 randomized controlled trials. Am J Emerg Med 2024 Feb:76:140-149.
(5) Xie J, Strauss V et al. Association of Tramadol vs Codeine Prescription Dispensation With Mortality and Other Adverse Clinical Outcomes. JAMA 2021 Oct 19;326(15):1504-1515.

Sessions parallèles

Session commune SFETD-SFMU

Les urgences sont-elles le lieu pour une prise en charge biopsychosociale de la douleur ?

Urgences et douleur : pour une prise en charge globale, humaine et coordonnée
Situation : un passage obligé, entre contraintes et opportunités
En France, les services d'urgences enregistrent annuellement un afflux dépassant 20 millions de consultations, une activité fréquemment poussée à la limite de ses capacités (DREES, 2023). Les difficultés sont bien identifiées : accueil massif aléatoire de patients, tension régulière sur les effectifs, gestion du temps sous forte pression et priorisation des interventions selon l'urgence vitale. Malgré cela, la douleur représente le motif principal des venues et demeure, dans bien des cas, sous-évaluée voire insuffisamment soulagée. Pourtant, les urgences disposent d'atouts spécifiques : accès immédiat aux personnes, possibilités de prise en charge rapide via des protocoles éprouvés, et articulation facilitée avec la médecine de ville, les structures algologiques ou certains dispositifs d'aide sociale. Ce contexte fait des urgences un point névralgique, ouvrant la voie à une gestion de la douleur dépassant la stricte réponse symptomatique (Frontiers in Public Health, 2024).
Modèle biopsychosocial : repères pour évaluer et intervenir Introduit en 1977 par Engel, le modèle biopsychosocial (BPS) propose d'appréhender la douleur dans ses dimensions physiologique, psychique (anxiété, perceptions négatives, traumatismes antérieurs) et sociale (isolement, précarité, conditions professionnelles difficiles). Ce paradigme, dont la pertinence est confirmée par de nombreuses études (MDPI, 2023), s'est imposé dans la douleur chronique et, plus récemment, en contexte aigu. Les préconisations actuelles des experts (SFMU, 2024–2025) en tiennent compte : évaluation standardisée, répétée au fil du parcours, recours à une analgésie multi-modale associant thérapeutiques médicamenteuses et mesures non médicamenteuses. Elles recommandent également une orientation rapide vers un suivi en ville, en structure de traitement de la douleur ou en addictologie, selon les besoins identifiés (Ann. Fr. Med. Urg., 2025).
Urgences, porte d'entrée du parcours douleur?
Comment adopter l'approche BPS aux urgences de façon efficace et pérenne? Un repérage rapide des fragilités psychosociales enrichit l'évaluation et, en quelques minutes, permet d'intégrer des interventions courtes (information thérapeutique, écoute, techniques de respiration, réalité virtuelle, musique) à l'arsenal classique. L'organisation gagne à s'appuyer sur des protocoles clairs, un partage précis des missions entre infirmiers, médecins et référents douleur, ainsi qu'un passage de relais structuré à la sortie. Ce mode de fonctionnement a déjà démontré ses effets bénéfiques : soulagement plus prompt, moins de ré-admissions, diminution des prescriptions inappropriées d'opiacés, amélioration de la satisfaction globale du patient (BMJ, 2022 ; JAMA, 2021). Ainsi, les urgences constituent une vraie porte d'entrée vers un parcours douleur global, continu et centré sur chaque personne.
Bibliographie
sélective SFMU. Prise en charge de la douleur aiguë en urgence (RFE 2024–2025). Ann Fr Med Urg. 2025;15(3).
DREES. Les passages aux urgences en 2023. Ministère de la Santé, 2024.
Frontiers in Public Health. Severe pain management in the emergency department. 2024;12:1352833.
MDPI. Integrated Approach to Chronic Pain—The Role of Psychosocial Factors. Int J Environ Res Public Health. 2023;21(9):1135.
Abraham CM, Cosio D. Applying the Biopsychosocial Experience to Acute Pain Management in Hospitals. MedCentral, 2023.

BMJ. Opioid prescribing and pain outcomes in acute care: systematic review. BMJ. 2022;378:e070725.
JAMA. Emergency Department Opioid Prescribing Patterns and Patient Outcomes. JAMA. 2021;326(12):1219–1228.

Sessions parallèles

Session commune SFETD-SFPC

GT Douleur – SFPC : structurer les parcours, renforcer la formation

C. Mongaret1
1Chu - Clermont Ferrand (France)

Groupe de Travail Douleur – Société Française de Pharmacie Clinique : structurer les parcours, renforcer la formation

Depuis 2022, le groupe de travail Douleur de la Société Française de Pharmacie Clinique a pour objectif de structurer l'offre de soins pharmaceutiques. L'équipe est composée de 13 membres permanents (dont 2 pharmaciens d'officine, 9 pharmaciens hospitaliers et 1 médecin algologue et une patiente partenaire) et 7 professionnels sur sollicitation selon les thématiques d'expertise. Dans un premier temps et en collaboration avec la SFETD, nous avons identifié les opportunités de soins pharmaceutiques dans le parcours et l'approche interprofessionnelle du soin des patients atteints de douleur chronique 1. Notamment, dans un contexte où la douleur chronique est associée à une prévalence élevée de polymédication d'une part, et que les médicaments antalgiques figurent parmi les classes médicamenteuses fréquemment impliquées dans les effets indésirables graves et dans les admissions liées au médicament d'autre part, la douleur constitue un déterminant clinique important du risque iatrogène médicamenteux. Ce constat justifie le développement des bilans de médication intégrés au parcours de soins, afin d'identifier les prescriptions inappropriées et d'optimiser les choix thérapeutiques. Deux axes de travail ont ensuite émané du groupe de travail afin de développer ces actions. Un 1er axe s'oriente vers la formation et l'acculturation des professionnels de la pharmacie à la douleur et la mise en place d'un plan de formation : un 1er webinaire a porté sur les représentations des médicaments antalgiques dans la douleur chronique non cancéreuse chez les pharmaciens (mai 2025). Le 2ème axe porte sur l'élaboration d'outils pour accompagner l'équipe pharmaceutique à développer les soins pharmaceutiques auprès des patients atteints de douleurs chroniques. Une cartographie nationale sur les soins pharmaceutiques de la douleur est en cours de réalisation. Nous élaborons également un guide pour la réalisation des entretiens pharmaceutiques destinés patients ayant un renouvellement de prescription d'opioïdes faibles (tramadol, opium, codéine et dihydrocodéine).

Bibliographie

1 Boursier, A., Hache, G., Peloso, C., Renouprez, T., Barat, E., Mongaret, C. Les soins pharmaceutiques dans le parcours de soins du patient douloureux chronique. Douleurs: Évaluation-Diagnostic-Traitement. 2025 : 26, 1-7.

Sessions parallèles

Session commune SFETD-SFPC

Pharmacie et parcours de soins : Retour d'expérience sur l'ETP et l'HDJ

E. Renard 1
1 Pharmacie - Combourg (France)

Le pharmacien occupe une place croissante dans le parcours de soins des patients douloureux chroniques. Son expertise en thérapeutiques lui permet de proposer des interventions adaptées, notamment dans le cadre de programmes d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) (1) ou exercer en Hôpital De Jour (HDJ), dans une dynamique pluriprofessionnelle.
En ETP, les pharmaciens interviennent pour apporter des connaissances sur les traitements, souvent en binôme avec un médecin ou une infirmière. Toutefois, l'absence d'un registre unique national des programmes complique l'estimation du nombre de pharmaciens impliqués dans le domaine de la douleur. Une étude qualitative menée en 2025 auprès de 7 pharmaciens a exploré leur rôle en ETP douleur. À travers des entretiens semi-dirigés, les professionnels ont évoqué leurs savoirs, leurs difficultés ainsi que leurs motivations. Malgré le manque de temps et de moyens dédiés, les professionnels interrogés ont souligné que la qualité du lien avec les patients et les équipes soignantes constituait un moteur fort de leur engagement. Si la collaboration interprofessionnelle est largement plébiscitée, certains ont également exprimé un sentiment de « syndrome de l'imposteur », probablement lié à un manque de visibilité de la profession dans certains contextes. Néanmoins, l'accompagnement des patients douloureux, bien qu'émotionnellement exigeant, est perçu comme un levier important d'épanouissement professionnel. Cette étude a permis d'initier une réflexion sur les postures de travail du pharmacien et pourrait nourrir les pratiques futures.
Dans le cadre des HDJ, les pharmaciens mettent leur expertise au service des équipes médicales, notamment dans la prise en soin de situations complexes. Ils peuvent également rencontrer les patients sur des thématiques ciblées. Au sein du groupe de travail « douleur » de la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC), les pharmaciens interviennent principalement en HDJ pluridisciplinaire et dans le cadre des migraines chroniques. Parmi les activités proposées, on retrouve des bilans de médication, le recueil d'agenda de crises, l'évaluation de scores de qualité de vie, ou encore des entretiens pharmaceutiques. Les informations collectées concernant notamment l'adhésion médicamenteuse et la tolérance des thérapeutiques permettent de formuler des interventions pharmaceutiques et de collaborer avec l'algologue référent afin de définir la stratégie antalgique la plus adaptée au patient. Cette démarche peut aboutir à la remise d'un plan pharmaceutique personnalisé au patient. Certaines des activités citées font l'objet d'un courrier de sortie, qui fait le lien avec la ville. Le suivi des patients permet par ailleurs d'apprécier l'efficacité des différentes actions proposées.
En 2026, la SFPC mènera une cartographie nationale pour recenser les activités de pharmacie clinique en douleur et l'implication institutionnelle des pharmaciens dans ce domaine, ce qui permettra de compléter ces données.

Bibliographie

1. Lehmann A, Janoly-Dumenil A, Baudrant-Boga M, Allenet B. Pharmacien et éducation thérapeutique du patient : quelles pratiques sur le territoire français ? Pharm Hosp Clin. 1 mars 2016;51(1):9-16.

Sessions parallèles

Session commune SFETD-SFPC

Renouvellement et adaptation des prescriptions par le pharmacien hospitalier : un levier dans la douleur ?

A. Boursier 1, L. Dujardin 1, A. Lemaire 1
1 Cetd - Valenciennes (France)

La pharmacie clinique, discipline qui contribue à l'amélioration de la prise en charge médicamenteuse des patients, prend un nouveau virage en étoffant ses missions. Après la réalisation d'une activité de pharmacie clinique (bilan de médication, entretien pharmaceutique ciblé, plan pharmaceutique personnalisé), le pharmacien peut, depuis le 1er mars 2023, renouveler et adapter les prescriptions du patient. (1) Cette nouvelle activité a reçu un avis favorable de l'ensemble des commissions concernées du Centre Hospitalier de Valenciennes.
Un protocole institutionnel général a été rédigé et précise les critères d'inclusion, l'organisation et les modalités de suivi. Il a été validé par le directeur puis envoyé à l'ARS pour information en mai 2025.
Chaque service de soins volontaire de notre établissement peut désormais adapter ce protocole général en fonction de ses besoins et de son organisation. Ces protocoles permettent aux pharmaciens cliniciens de renouveler et adapter certaines thérapeutiques de façon directe (RATD) ou après concertation avec le médecin (RATC). Les primo-prescriptions ne sont pas concernées par cette activité.
Les premiers protocoles ont débuté en juillet 2025 au Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (CETD) pour le renouvellement et l'adaptation du dronabinol et des autres médicaments anti neuropathiques.
En effet, la pharmacie clinique est fortement développée au sein de notre CETD avec deux pharmaciens intégrés depuis 2017 dans l'équipe interdisciplinaire, avec comme activités principales :
- des entretiens pharmaceutiques ciblés en cours d'hospitalisation : historique des traitements antalgiques, évaluation de l'observance / mésusage / intolérances, discussion pluridisciplinaire pour le choix d'une stratégie thérapeutique la plus adaptée au profil du patient, conseils de bon usage +/- remise d'un plan de prise.
- des suivis téléphoniques pour évaluer l'efficacité / tolérance des traitements instaurés et proposer si nécessaire des adaptations thérapeutiques au médecin de la douleur qui rédige alors la prescription.
Ces protocoles permettent d'assurer une continuité des activités de pharmacie clinique déjà mises en place. Les objectifs sont triples :
- Pour les patients : Maintien d'un parcours de soins optimisé et sécurisé (disponibilité pharmaceutique, titration adaptée à l'efficacité et à la tolérance)
- Pour le pharmacien clinicien : Simplification de son organisation et diminution de certaines tâches administratives
- Pour les médecins du CETD : Gain de temps, permettant la prise en charge de nouveaux patients, tout en assurant une prise en charge de qualité des patients déjà suivis.
Des réunions de coordination médecins/ pharmaciens cliniciens sont prévues au minium tous les trimestres et des indicateurs de suivi permettront d'évaluer cette nouvelle activité.

Bibliographie

1. Arrêté du 21 février 2023 relatif au « renouvellement et à l'adaptation des prescriptions par les pharmaciens exerçant au sein des pharmacies à usage intérieur en application de l'article L. 5126-1 du code de la santé publique » - Légifrance [Internet]. [cité 10 juill 2025]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047241696

Résumés sélectionnés en communication orale “coup de coeur”

Rôle de l'infirmier ressource douleur et de l'IPA experte douleur dans la prise en charge des patients sous analgésie intrathécale. L'exemple du Centre Léon Bérard

Expériences et actions de formation, d’évaluation ou de création de structure
S. Brasy 1, S. Gerard 1, O. Renard 1, G. Chvetzoff 1
1 Centre Léon Bérard - Lyon (France)

Introduction:
L’analgésie intrathécale (IT) représente une stratégie de recours dans la prise en charge des douleurs chroniques rebelles ou cancéreuses. Elle nécessite une bonne coordination entre les différents acteurs de santé et elle impose notamment un suivi rigoureux, du fait des risques potentiels (infections, dysfonctionnements de pompe, tolérance). Dans ce contexte, l’implication conjointe d’un infirmier ressource douleur (IRD) et d’une infirmière en pratique avancée (IPA) participe à la qualité du suivi, la réactivité en cas de complications et la satisfaction des patients et des équipes partenaires.
Objectif :
Valoriser l’expertise IRD/IPA à chaque étape du parcours de prise en charge des douleurs rebelles au sein du projet ITARA (Intrathécale Auvergne Rhône Alpes).
Méthode :
Intégration du binôme IRD/IPA à l’intégralité des étapes du parcours. Participation active à la réunion d’équipe pluridisciplinaire (RCP) hebdomadaire dédiée et coordination du début du parcours pour la pose d’une analgésie IT. Suivi hebdomadaire, le plus souvent téléphonique, des patients porteurs d’une analgésie IT. Tableau de relève synthétisant les évènements marquant pour chaque patient accessible à l’équipe médicale et réunion pluridisciplinaire hebdomadaire. Contact avec les équipes externes (services hospitaliers, hospitalisation à domicile, infirmiers à domicile…) ponctuellement ou de façon répétée, à la fois pour des apports théoriques, des conseils sur la manipulation des appareils ou pour la prise en charge du patient. Ce lien proactif permet d’anticiper les situations à risque dans des structures parfois peu familières avec l’analgésie IT. La formation pratique des équipes partenaires fait également partie des missions de l’IRD et l’IPA en binôme avec un médecin de l’équipe.
Résultats :
Sur l’année 2024, 481 suivis patients ont été réalisé avec plus d’une centaine de contacts avec des équipes extérieures. La formation théorique et pratique des équipes partenaires a également été poursuivi sur 3 nouveaux sites. Les retours positifs des équipes partenaires et des patients nous font dire que cette organisation est une vraie plus-value. Une enquête auprès des équipes et des patients permettrait d'objectivé ou non ce ressenti.
Conclusion :
Le binôme IRD/IPA a une vision globale du parcours et une connaissance du patient dès le début de sa prise en charge dans le parcours ITARA. La coordination entre l’IRD et l’IPA permet un suivi personnalisé, préventif et réactif, centré sur le vécu du patient. Elle renforce également la continuité des soins sur cette technique encore méconnue de nombreux établissements. Cette organisation constitue un modèle d’accompagnement spécialisé et adaptable à d’autres structures.

Styles de lien parental et risque de survenue de la douleur chronique à l'âge adulte en population générale.

Recherche Clinique
I. Rouch 1, J.M. Dorey 2, B. Laurent 2, A. Von Gunten 3, M. Preisig 3
1 Chu De Saint Etienne - Lyon (France), 2 Ch Le Vinatier - Lyon (France), 3 Chuv - Lausanne (France)

Résumé
Introduction et objectifs:
L'attachement insécure est un facteur de risque potentiel influençant les caractéristiques cliniques des patients souffrant de douleur chronique (DC). Cependant, peu d'études ont abordé cette question dans la population générale. Notre étude a évalué l' association entre les styles d'attachement aux parents et l'évolution de la DC dans une population d'adultes, ainsi que l'effet modérateur potentiel du sexe sur ces associations.
Méthodes:
Les données proviennent des trois premières évaluations (inclusion et suivis à 5 et 10 ans) de l'étude CoLaus|PsyCoLaus, une cohorte prospective de 6700 sujets menée en population générale auprès d'adultes âgés de 35 à 75 ans à l'inclusion, résidant à Lausanne, en Suisse.
Le lien parental a été évalué à l'aide du Parental Bonding Instrument (PBI) : pour chaque parent, 3 dimensions étaient considérées: le 'care', le 'déni d'autonomie' et l''encouragement à la liberté'. Un total de 1 739 participants inclus dans l'analyse ont été répartis en quatre groupes en fonction de leur niveau de DC aux suivis à 5 et 10 ans: (1) DC incidente, (2) DC persistante, (3) DC rémittente, et (4) absence de DC (groupe de référence). Les associations entre les sous-scores du PBI et l'évolution de la DC ont été évaluées à l'aide de régressions logistiques multinomiales tajustées sur divers facteurs de confusion, notamment le trouble dépressif majeur et le niveau de névrosisme.
Résultats:
Un haut niveau de déni d'autonomie paternel était associé à un risque plus élevé de développer une DC persistante chez sa fille (OR 1,9 ; p=0,02). Aucune association n'a été observée chez les hommes, ni avec le style de lien d'attachement maternel.
Discussion:
Les études précédentes évaluant l'effet du lien parental sur le développement de la résilience ou de la vulnérabilité à la douleur ont principalement porté sur les mères.
Il s'agit de la première étude à montrer qu'une attitude contrôlante paternelle peut contribuer au risque de développer une DC en milieu de la vie. En effet, un père qui n'encourage pas l'indépendance de son enfant pourrait avoir un impact négatif sur la capacité à faire face à de nouveaux stimuli aversifs, notamment la DC.
Des études prospectives suivant des adolescents jusqu'à l'âge adulte sont nécessaires pour préciser la direction de cette association.

Bibliographie
Romeo, A., Di Tella, M., Ghiggia, A., Tesio, V., Fusaro, E., Geminiani, G.C. and Castelli, L. (2020). Attachment style and parental bonding: Relationships with fibromyalgia and alexithymia. Luciano, J. V., ed. PLOS ONE, 15(4), p.e0231674.
Andrewsl, N.E., Meredithl, P.J. and Strongl, J. (2011). Adult attachment and reports of pain in experimentally-induced pain. European Journal of Pain, 15(5), pp.523–530.

Anno, K., Shibata, M., Ninomiya, T., Iwaki, R., Kawata, H., Sawamoto, R., Kubo, C., Kiyohara, Y., Sudo, N. and Hosoi, M. (2015). Paternal and maternal bonding styles in childhood are associated with the prevalence of chronic pain in a general adult population: the Hisayama Study. BMC Psychiatry, 15(1), p.181.

PainD : Développement d'une plateforme multimodale basée sur l'intelligence artificielle pour l'évaluation objective de la douleur

Recherche Clinique
Y. Hadjiat 1, L. Arendt-Nielsen 2, M. Jinane 2
1 Inserm-Mbru University - Paris (France), 2 Inserm-Mbru University - Aalborg (Denmark)

L'évaluation de la douleur repose aujourd'hui principalement sur des outils subjectifs, tels que l'échelle visuelle analogique (EVA), les échelles numériques ou verbales. Bien que largement utilisées en pratique clinique, ces méthodes présentent des limites importantes, notamment en termes de fiabilité, de standardisation et d'applicabilité chez certaines populations. En effet, elles nécessitent pour la plupart une communication verbale ou gestuelle du patient, ce qui les rend inadaptées à des contextes spécifiques comme les soins intensifs, la gériatrie, ou la pédiatrie [1]. Face à ces limitations, les avancées technologiques récentes – incluant les capteurs portables, les biomarqueurs numériques, et surtout l'intelligence artificielle (IA) – offrent de nouvelles opportunités pour développer des approches d'évaluation de la douleur plus objectives et personnalisées [2].
Le projet PainD (« Pain Detection ») est une collaboration internationale réunissant des experts en intelligence artificielle, en neurosciences, en médecine de la douleur et en ingénierie biomédicale. Il vise à concevoir une plateforme multimodale innovante pour l'évaluation objective de la douleur. La démarche s'appuie sur une méthodologie en plusieurs phases, déployée sur une durée de trois ans. La première phase consiste à développer et entraîner un modèle d'IA à partir de jeux de données ouverts contenant des enregistrements physiologiques et comportementaux associés à différentes intensités de douleur. La seconde phase prévoit une étude expérimentale sur volontaires sains, dans laquelle des douleurs seront induites de manière contrôlée afin de valider les capacités de classification du système dans un cadre standardisé. Enfin, deux études cliniques successives seront menées : l'une sur des modèles de douleur aiguë, et l'autre sur des patients souffrant de douleur chronique, pour évaluer la robustesse et la pertinence de l'approche en conditions réelles.
La plateforme PainD combine des données physiologiques (fréquence cardiaque, SpO2, conductance électrodermale, variabilité de la fréquence cardiaque..etc), comportementales et issues de dispositifs connectés (ex. montres intelligentes). Ces données sont analysées via des algorithmes d'apprentissage automatique, dont des réseaux de neurones profonds, permettant de générer un score de douleur personnalisé et en temps réel. Cette approche s'inspire de travaux récents démontrant la capacité des IA à détecter des signatures physiologiques et leurs variations [3], [4]. PainD représente ainsi potentiellement une avancée majeure dans l'objectivation de la douleur, en proposant un outil d'aide à la décision clinique fiable, automatisé, et accessible, avec un fort potentiel d'impact dans la recherche et la pratique médicale.

Bibliographie
[1] K. Herr et al., Pain assessment in the patient unable to self-report, Pain Manag Nurs, 2011. https://doi.org/10.1016/j.pmn.2011.10.002
[2] D. Copot and I. C, Objective Pain Assessment: How far are we?, EC Anaesthesia, 2018.
[3] D. Albahdal et al., PainMeter: Automatic Assessment of Pain Intensity Levels, IEEE Access, vol. 12, 2024. doi: 10.1109/ACCESS.2024.3384359
[4] R. Poplin et al., A universal SNP and small-indel variant caller using deep neural networks, Nat Biotechnol, vol. 36, 2018. https://doi.org/10.1038/nbt.4235

Impact du conditionnement douloureux sur la mémoire de la douleur : étude des différences hommes/femmes

Recherche fondamentale

J. Van Eycken 1, A. Caldichoury 1, C. Perchet 1, L. Garcia-Larrea 1, M. Frot 1
1 Crnl, Equipe Neuropain - Bron (France)

Cette étude examine l'influence du conditionnement douloureux sur la mémoire à long terme de la douleur et sur la perception et la mémorisation d'un contexte, en portant une attention particulière aux différences entre les sexes. Un environnement en réalité virtuelle représentant un appartement a été conçu, avec trois pièces associées respectivement et aléatoirement à une stimulation électrique douloureuse tonique, des sons aversifs non douloureux, ou à aucun stimulus (contrôle).
Soixante participants (30 femmes) ont exploré ces pièces à dix reprises lors d'un protocole de conditionnement. L'intensité et le caractère désagréable de la douleur ont été évalués à l'aide d'échelles visuelles analogiques pendant et après le conditionnement, ainsi qu'à J1 et J14. L'évolution de la perception de l'environnement a été évaluée via des mesures de valence des pièces avant et après le conditionnement, ainsi qu'à J1 et J14. La mémoire implicite du contexte a été explorée à l'aide d'une tâche de reconnaissance d'images floutées, basée sur les temps de réaction à l'identification d'objets issus des différentes pièces.
Les analyses préliminaires de la condition douloureuse révèlent que la douleur a été perçue comme significativement plus désagréable qu'intense par l'ensemble des participants ($p < 0,001$). Cependant, les femmes rapportent des niveaux d'intensité ($p<0.01$) et de déplaisance ($p<0.05$) significativement plus élevés que les hommes. Sur le plan mnésique, seules les femmes présentent un souvenir amplifié de l'intensité douloureuse, dès la phase post-conditionnement, et de manière stable jusqu'à J14 ($p < 0,001$). Bien que cet effet ne soit pas observé pour la déplaisance, l'intensité perçue reste plus fortement corrélée à la dimension émotionnelle chez les femmes à tous les temps de mesure, suggérant un lien plus étroit entre mémoire sensorielle et émotionnelle. En outre, même si les femmes rapportent une anxiété plus élevée que les hommes ($p < 0,001$), ce facteur n'a pas influencé leurs évaluations de la douleur.
Par ailleurs, les femmes montrent une altération durable de la perception de la pièce associée à la douleur, observable immédiatement après le conditionnement ($p < 0,001$) et maintenue à J1 ($p < 0,01$) et J14 ($p < 0,05$). Chez les hommes, cette modification contextuelle est plus modérée et transitoire ($p < 0,05$ en post-conditionnement uniquement). Enfin, concernant la mémoire implicite du contexte, les femmes présentent un temps de réaction plus rapide pour les objets associés à la pièce douleur ($p = 0,002$) et commettent moins d'erreurs d'identification, toutes conditions confondues ($p = 0,009$).
Ces résultats suggèrent que la mémoire de l'intensité douloureuse est influencée par des facteurs liés au sexe, possiblement en lien avec la perception, la consolidation mnésique ou l'association contexte-douleur. Ces premières observations ouvrent des pistes prometteuses pour mieux comprendre les mécanismes neurocognitifs impliqués dans la chronicisation de la douleur.

Douleurs chroniques de l'enfant et de l'adolescent : questionner la maltraitance

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

B. Tourniaire 1, F. Reiter 2, L. Oderda 2, C. Bouchart 2, V. Collomb 2, J. Malek 2
1 Centre De La Douleur Et De La Migraine. Hôpital Trousseau, Paris - Paris (France), 2 Centre De La Douleur Et De La Migraine.hôpital Trousseau, Paris - Paris (France)

Progressivement au fil des années et plus rapidement en post-covid, nous avons identifié une augmentation des situations de violence/maltraitance intra et/ou extrafamilial. En parallèle, des alertes nationales (1) et internationales (2) sont lancées sur la santé mentale des jeunes.
Projet : Notre équipe a fchoisi de mettre en place systématiquement un repérage et un abord de ces situations à différents moments du parcours de soins :
- Avant la première consultation, un questionnaire famille (3) recherche des éléments: événement physique ou émotionnel ayant entraîné les douleurs, difficultés ou conflits à l'école, et la famille peut « apporter d'autres précisions qui pourraient être utiles pour mieux comprendre la situation: précisions sur sa santé, éléments familiaux ou psychologiques, retentissement des douleurs sur l'enfant, sur sa famille, antécédents familiaux …
- En salle d'attente, les enfants à partir de 10 ans remplissent des questionnaires pour repérer des éléments émotionnels et psycho-sociaux : REPERADO (4), PPST (5), HAD, et plus récemment SDQ (Strenghs and difficulties Questionnaire).
- En consultation, la question de violences et maltraitances fait maintenant partie intégrante du recueil de données : as-tu/avez-vous été victime ou témoin de violence verbale, physique ou sexuelle ?
Résultats : Depuis la mise en place de ces outils et supports, en parallèle d'une profonde réflexion d'équipe, de dispositifs de binômes médecin/psychologue et d'HDJ douleur pour les situations complexes, d'une supervision d'équipe, et d'une évolution sociétale sur l'abord des violences, le nombre de violences et maltraitances rapportées a considérablement augmenté. Selon les situations, les professionnels abordent la question d'emblée ou en suivi avec l'enfant, seul ou en présence des parents, en usant de précaution et en s'adaptant à la singularité de chaque situation. Certaines réponses aux questionnaires ouvrent la discussion, entre membres de la famille et entre professionnels et familles. Le positionnement ouvert, attentif, d'écoute franche et cadrante, la mise en confiance de l'enfant et de sa famille, ainsi que leur perception que la parole pourra être entendue, sont le socle incontournable pour recueillir ces informations intimes et permettre que l'enfant se rende compte qu'il sera possible, dans ce lieu de consultation, d'aborder ce sujet quand il sera prêt.
Au total, environ la moitié des enfants rapportent une forme ou une autre de violence et les ¾ des adolescentes présentant des douleurs pelviennes.
Conclusion et perspectives : La recherche systématique de violences et maltraitances est nécessaire dans les structures douleur du fait d'une association fréquente, comme le montre la littérature (6-8). Les équipes devraient être formées pour aborder ceci avec les enfants et familles (9) et soutenues dans cette mission très difficile et les structures douleur pédiatriques devraient être mieux repérées par et en lien avec les plans santé mentale (10) et de lutte contre les violences faites aux enfants (11).

Bibliographie
1)
https://www.santementale.fr/2024/11/le-hcfea-alerte-a-nouveau-sur-la-souffrance-psychique-des-enfants-et-adolescents/
2) https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health

3) https://huep.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/49/files/2024/11/FORMULAIRE-demande-de-cs-FAMILLE-24.pdf
4) Dolomio.org
5) Simons LE et al. Pediatric Pain Screening Tool: rapid identification of risk in youth with pain complaints. Pain. 2015 Aug;156(8):1511-1518. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000199
6) Voerman JS et al. Bullying, abuse and family conflict as risk factors for chronic pain among Dutch adolescents Eur J Pain. 2015 Nov;19(10):1544-51. doi: 10.1002/ejp.689. Epub 2015 Mar 5.
7) Nelson S et al. Adverse Childhood Experiences (ACEs) and Internalizing Mental Health, Pain, and Quality of Life in Youth With Chronic Pain: A Longitudinal Examination. J Pain. 2021 Oct;22(10):1210-1220. doi: 10.1016/j.jpain.2021.03.143. Epub 2021 Mar 31.
8) Karimov-Zwienenberg M et al. Childhood trauma, PTSD/CPTSD and chronic pain: A systematic review. PLoS One. 2024 Aug 30;19(8):e0309332. doi: 10.1371/journal.pone.0309332. eCollection 2024.
9) Campbell S et al. Child maltreatment and pediatric pain: A survey of healthcare professionals' pain knowledge and pain management techniques. J Child Health Care. 2024 Dec;28(4):774-785. doi: 10.1177/13674935231167965. Epub 2023 Apr 5
10) https://www.has-sante.fr/jcms/p_3590541/fr/la-has-adopte-son-nouveau-programme-sante-mentale-et-psychiatrie-2025-2030
11) https://solidarites.gouv.fr/plan-de-lutte-contre-les-violences-faites-aux-enfants-2023-2027

Douleurs pelviennes de l'adolescente : Apport du storytelling - Une expérience pilote

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

L.O. Oderda 1, J.M. Malek 1, V.C. Collomb 1, C.B. Bouchart 1
1 Hôpital Trousseau - Paris (France)

Problématique : Depuis quelques années, les demandes de consultations pour des douleurs pelviennes d'adolescentes augmentent, qu'elles soient primaires ou secondaires telles que l'endométriose.
Ces douleurs et situations particulières nous ont fait mettre en place un dispositif d'accueil et de soins basés sur les professionnels de notre service, médecins, psychologues, IRD (Infirmière Ressource Douleur) et IPA (Infirmière en Pratique Avancée), un recueil spécifique de données, des propositions thérapeutiques en lien avec des gynécologues d'adolescents, des services pour adolescents si besoin et la mise en place de groupes dédiés.
Projet : Formé au storytelling depuis 2 ans (Propolis [1] ; soutien de la Fondation Apicil), notre service s'est rapidement emparé de cette technique de médiation innovante, alliant mobilisation du corps et de l'imaginaire et permettant un réel pas de côté par rapport aux médias habituels, pour aborder des sujets délicats voire tabous. Nous avons proposé des groupes spécifiques pour ces jeunes filles.
Résultats : En 12 mois, 4 groupes d'adolescentes ont été animés par des trinômes pédiatre, psychologue et infirmière, incluant 23 jeunes filles. Le processus de cette technique, basée sur l'utilisation d'une histoire que chacun termine, dessine et joue, permet d'engager un dialogue avec les autres patientes, en toute pudeur et sécurité, sur leur intimité et leurs douleurs, en passant par la symbolisation et le jeu.
Le recueil des évaluations des patientes (questionnaires, débriefing une semaine après le storytelling, entretiens individuels pour certaines) a été assez enthousiaste et nous a permis de lister les bénéfices suivants :
- « Jouer à faire semblant », scénariser, symboliser ce qui est difficile à exprimer en mots [2],
- Se confronter à des façons de penser différentes autour d'un même sujet et pouvoir faire des liens là où la pensée est parfois figée/empêchée,
- S'apercevoir de capacités de création ou de mise en scène de soi parfois ignorées (notion de dépassement de soi, participant au renforcement de l'estime de soi),
- Prendre plaisir à échanger avec des pairs alors que la douleur isole le plus souvent (notions de sororité, d'enveloppe groupale),
- Oublier les douleurs le temps d'un atelier, et ce alors même que l'atelier mobilise aussi le corps.
Conclusion et perspectives : Ce retour d'expérience très positif nous incite à poursuivre ces ateliers, en diversifiant les thèmes des scripts de storytelling. De premières histoires ont déjà été éditées [3]. D'autres groupes sont déjà en place pour d'autres types de douleurs, ainsi qu'un projet de groupe de parents, si souvent démunis et en demande d'espace de parole. Des focus-groupes [4] pour une collaboration étroite avec les familles et la co-construction de futurs ateliers et supports sont prévus.

Bibliographie
[1] https://www.connectpropolis.org/
[2] Diatkine R. (1989), Le dit et le non-dit dans les contes merveilleux, Voies livres, mai 1989, p3.
[3] Paillard E., Cuisenier Bourquin C., Pichot F. et Rauber G. (2018), Un groupe d'enfants et le groupe de parents associé, Le Journal des psychologues, n° 361(9), 22-29. https://doi-org.ezproxy.u-paris.fr/10.3917/jdp.361.0022.
[4] Les jeux de maux. Charlotte Cotton

Résumés sélectionnés en poster commenté

Comment optimiser la prise en charge du syndrome myofascial des douleurs pelviennes chroniques? : A propos d'une série sur 34 patients

Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure
C. Baude 1, M. Freydier 1, M. Barmaki 1, P. Arcagni 1, L. De Massari 1
1 Medipole Lyon Villeurbanne - Villeurbanne (France)

INTRODUCTION
Les douleurs pelviennes chroniques sont fréquentes par de multiples étiologies (névralgie, cystite chronique, endométriose…). Elles s'accompagnent souvent d'hypersensibilité dépistée par le score de Convergences PP (1) avec pratiquement toujours un syndrome myofascial (2) (3). Cette composante est responsable en partie des douleurs pelvipérinéales chroniques. La prise en charge associe la kinésithérapie spécialisée, le TENS et parfois des infiltrations (toxine botulinique). Le but de ce travail est de montrer la place des ondes électromagnétiques focales » Rtms focale » pour la prise en charge du syndrome myofascial des douleurs pelviennes chroniques.
MATERIEL ET METHODES
32 patients dont 31 femmes d'âge moyen 41,5 ans tous porteurs de douleur pelvienne chronique avec hypersensibilisation et syndrome myofascial due essentiellement à une endométriose dans 50% des cas mais aussi dans35% à une hypersensibilisation post chirurgicale et dans 15% à des douleurs neuropathiques périnéales ont été inclus dans l'étude. La prise en charge thérapeutique a associé le traitement médical (58%), le TENS (75%), la kinésithérapie (100%). Le syndrome myofascial toujours présent a été traité, en plus des moyens classiques, par application focale d'ondes électromagnétiques au niveau du bassin avec le protocole suivant : 10 trains de 100 impulsions à 75HZ à 30%. L'évaluation du syndrome myofascial est fait par un examen clinique et algométrie avec EVA avant et après la séance d'ondes électromagnétiques.
RESULTATS
L'EVA moyenne avant traitement était de 8/10 avec une pression douloureuse moyenne de 1,92 kg. Après la séance d'ondes électromagnétiques l'EVA est passée à 4/10 en moyenne pour une pression douloureuse de 4,48 kg en moyenne. Les patients ont ressenti cette amélioration pendant 2 à 3 semaines environ tout en continuant leur prise en charge habituelle.
DISCUSSION ET CONCLUSION
Le syndrome myofascial est quasi constant dans les douleurs pelviennes chroniques quel que soit l'étiologie (2) (3) avec une hypersensibilisation pelvipérinéale dépistable (1). Les moyens thérapeutiques sont multiples (kinésithérapie, ostéopathie, électrothérapie antalgique, radiofréquence, injections de toxine botulinique, dry needling) et doivent toujours être associées à la prise en charge de l'hypersensibilisation pelvipérinéale. L'application d'ondes électromagnétiques est peu utilisée et dans la littérature elle se révèle supérieure électrothérapie antalgique (4). Dans notre étude on retrouve cet effet bénéfique avec réduction de la douleur sur plusieurs semaines avec diminution de la pression douloureuse.
On pourrait donc proposer la stratégie thérapeutique suivante :
1 examen clinique, électrothérapie antalgique, kinésithérapie spécialisée, ostéopathie et une séance d'ondes électromagnétiques initiale à répéter éventuellement selon l'évolution clinique lors du suivi
2 puis si besoin dry needling
3 puis injections de toxine botulinique éventuellement
Il faut accompagner cette stratégie avec la prise en charge étiologique et prise en charge de l'hypersensibilité pelvipérinéale le tout bien sûr dans un accompagnement pluridisciplinaire

Bibliographie
1 LABAT JJ, RIGAUD J et coll ; Score diagnostique de douleur pelvienne par hypersensibilisation : élaboration par avis d'expert selon la méthode DELPHI (Groupe Convergences PP) ;106 éme Congrès français d'urologie, Paris, 21 au 24 Novembre 2012
2 ROSS V, DETERMANC, HALLISEY A ; Douleur pelvienne myofasciale : une cause négligée et traitable de douleur pelvienne chronique ; Sages-femmes Santé des femmes 2021 mars;66(2):148-160.
3 RODNEY U, ANDERSON A et coll; Chronic pelvic pain syndrome: reduction of medication use after pelvic floor physical therapy with an internal myofascial trigger point wand; Appl Psychophysiol Biofeedback; 2015 Mar;40(1):45-52.
4 SMANIA N, CORATO N et coll ; Repetitive magnetic stimulation: a novel therapeutic approach for myofascial pain syndrome; J Neurol. 2005 Mar;252(3):307-14.

Traduction et validation par un panel d'experts d'un support d'Education aux Neurosciences de la Douleur (END) destiné aux enfants souffrant de douleurs chroniques.

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

S. Guerin 1, T. Osinski 1
1 Ifmk De La Fondation Efom Boris Dolto - Paris (France)

Introduction : La douleur chronique touche environ un enfant sur cinq dans le monde [1], et a des répercussions sur le développement émotionnel, physique et social, ainsi que sur la vie familiale [2,3]. Le développement d'une douleur chronique chez l'enfant augmente le risque de persistance à l'âge adulte [4]. Les perceptions que les enfants ont de la douleur influencent leurs réponses comportementales et leurs stratégies pour y faire face, contribuant ainsi à la persistance de la douleur [5]. L'éducation aux neurosciences de la douleur (END) est une approche prometteuse, notamment en pédiatrie, pour améliorer la compréhension des mécanismes de la douleur et favoriser l'adoption de comportements bénéfiques. Dans ce contexte, elle vise à aider les patients à comprendre les mécanismes de la douleur [6]. Elle a montré des effets positifs chez l'adulte sur la douleur, le handicap fonctionnel et le catastrophisme [7,8]. Récemment, des supports d'END pour enfants ont été développés pour avec des effets positifs [9,10]. L'objectif de cette étude était de traduire, d'adapter culturellement la bande dessinée d'END « A Journey to Learn about Pain » destinée aux enfants souffrant de douleurs chroniques puis, de faire vérifier sa validité par un panel d'expert.
Méthode : La traduction s'est appuyée sur les recommandations d'adaptation transculturelle et à impliquer trois traducteurs, suivies de relectures approfondies et d'une adaptation graphique avec le dessinateur d'origine. La version francophone finale de la BD a été évaluée par un panel d'experts à l'aide d'une méthode Delphi modifiée. L'évaluation portait sur plusieurs dimensions : contenu, langage, illustrations, mise en page, motivation, adaptation culturelle ; ainsi que sur la reconnaissance de concepts clés de l'END.
Résultats : Douze professionnels de santé français (médecins, kinésithérapeutes, psychologues, infirmiers et chercheurs) ont évalué la bande dessinée. Le score moyen attribué était de 29,25 sur 36, soit 81,25% de satisfaction. Les aspects les mieux notés concernaient le langage, la motivation et la mise en page. Sept des treize concepts de l'END ont été identifiés par plus de 80% des experts.
Discussion : Ce travail a abouti à une version francophone culturellement adaptée de la bande dessinée et bien accueillie par un panel pluriprofessionnel d'experts, notamment pour la clarté du langage, le contenu et l'aspect motivationnel. Toutefois, certaines limites concernant les illustrations et la compréhension de certains concepts de l'END soulignent la nécessité d'une évaluation complémentaire auprès des enfants.
Conclusion : Cette étude constitue une première étape dans le développement d'outils d'END en français destinés à une population pédiatrique. La validation par un group d'experts ouvre la voie à une étude de validation de plus grande ampleur auprès d'enfant souffrant de douleur chronique et de leurs parents.

Bibliographie

[1] : Chambers, C. T., Dol, J., Tutelman, P. R., Langley, C. L., Parker, J. A., Cormier, B. T., Macfarlane, G. J., Jones, G. T., Chapman, D., Proudfoot, N., Grant, A., & Marianayagam, J. (2024). The prevalence of chronic pain in children and adolescents : A systematic review update and meta-analysis. Pain, 165(10), 2215-2234. https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000003267

[2] : Palermo, T. M. (2000). Impact of Recurrent and Chronic Pain on Child and Family Daily Functioning : A Critical Review of the Literature. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 21(1), 58-69. https://doi.org/10.1097/00004703-200002000-00011
[3] : Roth-Isigkeit, A., Thyen, U., Stöven, H., Schwarzenberger, J., & Schmucker, P. (2005). Pain Among Children and Adolescents : Restrictions in Daily Living and Triggering Factors. Pediatrics, 115(2), e152-e162. https://doi.org/10.1542/peds.2004-0682
[4] : Walker, L. S., Dengler-Crish, C. M., Rippel, S., & Bruehl, S. (2010). Functional abdominal pain in childhood and adolescence increases risk for chronic pain in adulthood. Pain, 150(3), 568-572. https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.06.018
[5] : Simons, L. E., & Kaczynski, K. J. (2012). The Fear Avoidance Model of Chronic Pain : Examination for Pediatric Application. The Journal of Pain, 13(9), 827-835. https://doi.org/10.1016/j.jpain.2012.05.002
[6] : Moseley, G. L., & Butler, D. S. (2015). Fifteen Years of Explaining Pain : The Past, Present, and Future. The Journal of Pain, 16(9), 807-813. https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.05.005
[7] : Shin, S., & Kim, H. (2023). Carryover Effects of Pain Neuroscience Education on Patients with Chronic Lower Back Pain : A Systematic Review and Meta-Analysis. Medicina, 59(7), 1268. https://doi.org/10.3390/medicina59071268
[8] : Wood, L., & Hendrick, P. A. (2019). A systematic review and meta-analysis of pain neuroscience education for chronic low back pain : Short-and long-term outcomes of pain and disability. European Journal of Pain, 23(2), 234-249. https://doi.org/10.1002/ejp.1314
[9] : Pas, R., Meeus, M., Malfliet, A., Baert, I., Oosterwijck, S. V., Leysen, L., Nijs, J., & Ickmans, K. (2018). Development and feasibility testing of a Pain Neuroscience Education program for children with chronic pain : Treatment protocol. Brazilian Journal of Physical Therapy, 22(3), 248-253. https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2018.02.004
[10] : Reis, F., Palermo, T. M., Acalantis, L., Nogueira, L. C., Meziat-Filho, N., Louw, A., & Ickmans, K. (2022). “A journey to learn about pain” : The development and validation of a comic book about pain neuroscience education for children. Brazilian Journal of Physical Therapy, 26(1), 100348. https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2021.04.009

Douleurs chroniques réfractaires post-amputation : efficacité de la neurostimulation médullaire sur les douleurs de moignon, défi persistant pour les douleurs fantômes. A propos de trois cas cliniques

Recherche Clinique

T. Isoard 1, L. Barthel-Joganah 2, F. Bomeisl 2, M. Werner 2, E. Salvat 2, Y. Bohren 3, M. Berthel 4, D. Timbolschi 2
1 Cetd, Hôpitaux Universitaire - Strasbourg (France), 2 Cetd, Hôpitaux Universitaires - Strasbourg (France), 3 Cetd, Centre Hospitalier - Colmar (France), 4 Institut Universitaire Rééducation Clémenceau - Strasbourg (France)

Introduction : Les douleurs chroniques consécutives à une amputation des membres, se manifestant par des douleurs neuropathiques du moignon et/ou des douleurs du membre fantôme, constituent un enjeu thérapeutique complexe [1]. Leur nature réfractaire aux traitements habituels altère considérablement la qualité de vie des patients, limitant notamment leur capacité à utiliser des prothèses [2]. Face à l'insuffisance des approches conservatrices, la neurostimulation médullaire (NSM) émerge comme une alternative thérapeutique efficace [3].
Présentation des cas cliniques : Nous présentons les cas de trois patients atteints de douleurs neuropathiques rebelles du moignon des membres inférieurs, empêchant le port prothétique. L'un des trois patients rapportait également des phénomènes algiques du pied fantôme (algohallucinose), qui apparaissaient toutefois moins importants que les douleurs neuropathiques du moignon. Les deux autres présentaient uniquement des douleurs neuropathiques de moignon. Avant la NSM, tous les patients ont reçu un traitement multimodal (gabapentine, amitriptyline, capsaïcine, TENS, neurolyse par phénol et/ou radiofréquence) sans effet antalgique significatif.
Procédure et Résultats : Après évaluation pluridisciplinaire et consentement éclairé, chaque patient a été implanté d'une électrode de NSM par voie percutanée (extrémité proximale T9-T10). Une phase test d'une semaine a précédé l'implantation définitive. Les trois patients ont présenté un test positif (réduction significative de la douleur : 60%, 75%, 80% et amélioration fonctionnelle).
L'efficacité à six mois et à un an s'est maintenue chez les deux patients qui rapportaient initialement des douleurs neuropathiques du moignon exclusives, leur permettant aisément le port prothétique. En revanche, pour le patient qui présentait conjointement des douleurs du membre fantôme, l'efficacité de la NSM à moyen terme apparaît moins probante sur le plan antalgique et fonctionnel.
Discussion : La neurostimulation médullaire est une approche thérapeutique pertinente et efficace pour la prise en charge des douleurs neuropathiques réfractaires du moignon [3], permettant une amélioration substantielle de la fonctionnalité. Toutefois, l'efficacité de cette technique semble plus limitée lorsqu'il coexiste une algohallucinose [4], suggérant que la neurostimulation médullaire pourrait ne pas cibler les mécanismes physiopathologiques distincts à l'origine des douleurs du membre fantôme.
Conclusion : La neurostimulation médullaire apparait comme une option thérapeutique efficace contre les douleurs neuropathiques de moignon. Néanmoins, la présence concomitante d'algohallucinose pourrait être associée à une réponse antalgique moins favorable. Des études plus larges sont nécessaires pour tirer des conclusions plus robustes et mieux comprendre l'impact de la NSM sur les différentes composantes de la douleur post-amputation.

Bibliographie

1. Flor, H. Phantom-limb pain: characteristics, causes, and treatment. The Lancet Neurology. 2002, 1(3), 182-189.

2. Hsu, E., Cohen, S. P. Postamputation pain: epidemiology, mechanisms, and treatment. Journal of pain research, 2013, 6, 121–136.
3. Deer, T.R. et al. Consensus Conference Faculty. The appropriate use of neurostimulation of the spinal cord and peripheral nervous system for the treatment of chronic pain and ischemic diseases: the Neuromodulation Appropriateness Consensus Committee. Neuromodulation: Technology at the Neural Interface, 2014, 17(6), 515-550.
4. Viswanathan, A., Phan, T. Q., Burton, A. W. The role of spinal cord stimulation in the treatment of phantom limb pain: a systematic review. Pain Practice, 2010, 10(5), 479-485.

Coordination des DOGE : création d'un réseau régional de prise en charge des douleurs en cancérologie

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

G. Oudot 1
1 Clcc Institut Godinot - Reims (France)

La prise en charge de la douleur en cancérologie est aujourd'hui pluridimensionnelle et pluriprofessionnelle.
Si les approches médicamenteuses et non médicamenteuses standards, bien conduites, peuvent soulager une majorité de patients, l'accès aux techniques de recours (anesthésie locorégionale, radiologie interventionnelle, radiothérapie, antalgie intrathécale …) est nécessaire et doit donc être structurée puisque peu de structures d'oncologie, structures douleur, ou services de soins palliatifs, disposent de l'accès à l'ensemble de ces techniques.
La SFETD a publié fin 2019 un guide de bonnes pratiques, dont les recommandations 42 à 45 concernent l'analgésie intrathécale[1]. L'HAS a de son côté mis à jour en janvier 2020 ses recommandations de 2010 [2]. Ces deux documents rappellent l'intérêt de cette technique d'un point de vue scientifique et la nécessité d'une organisation structurée avec des critères qualité rigoureux. La boite à outils développée par la commission douleur et cancer de le SFETD a permis de faciliter les démarches de mise en place de cette technique. L'accès aux techniques interventionnelles antalgiques est primordiale dans la prise en charge des douleurs en cancerologie. Cela est même un axe de develloppement reconnu dans la dernière strategie decennale des soins d'accompagnement via la création de platformes d'antalgie interventionnelle.[3]
Malgré tout, le constat de la difficulté à bien soulager nos patients sur le territoire est de mise. L'enquête sur la prise en charge de douleurs cancéreuses diligentée par le Dispositif Spécifique Régional du Cancer (DSRC) Grand Est NEON nous le montre bien. De cette prise de conscience en a découlé des temps d'échanges entre les différentes structures prenant en charge les patients présentant une douleur liée à la prise en charge d'un cancer. Il en résulte une volonté de travailler ensemble pour proposer une antalgie de qualité à ces patients sur tout le territoire du Grand Est.
Nous avons donc créé une organisation regionale (coordination des Douleurs en Oncologie dans le Grand Est : DOGE) permettant l'adressage aux structures spécialisées, la coordination et la formation des équipes de soins dans ces prises en charge antalgiques spécifiques. Il y a quatre centres identifés comme "expert" repartis sur le territoire (CHU STRASBOURG, CH COLMAR, CLCC NANCY et CLCC REIMS) qui via leur plateau technique et les RCP spécifiques ont recours aux thérapeutiques les plus adaptées . Les centres secondaires sont rattachés, avec un accès privilégié, à leur centre expert permettant une prise en charge efficiente des patients au sein de tout le territoire.

Bibliographie

[1] Structures Douleur Chronique en France (SDC) Guide de Bonnes Pratiques © 2019 ISBN : 978-2-84678-272-2
[2] Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu'en fin de vie Méthode Recommandations pour la pratique clinique. HAS janvier 2020
[3] STRATÉGIE DÉCENNALE DES SOINS D'ACCOMPAGNEMENT Pour le renforcement des soins palliatifs, de la prise en charge de la douleur et de l'accompagnement de la fin de vie, https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_decennale_soins_d_accompagnement.pdf

Plus-value de la pair-aidance dans le parcours du patient douloureux chronique en Neurostimulation Implantée

Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure
M. Curtet 1, A.M. Giner 1, A. Thomas 1, P. Mertens 1, M. Duraffourg 1
1 Hospices Civils De Lyon - Bron (France)

L'objet de cette session est de présenter l'accompagnement du pair-aidant auprès du patient douloureux chronique en attente d'une implantation médullaire à visée antalgique.
En 2022, aux Hospices Civils de Lyon, à la demande des patients en attente d'une implantation de NSI (NeuroStimulation Implantée) qui souhaitaient bénéficier de conseils et d'expériences de patients déjà implantés, nous avons constitué des groupes de paroles, composés de pair aidants « implantés », de patients « aidés » futurs implantés et de 2 modératrices paramédicales (IRD et psychologue).
Ces rencontres ont lieu en présentiel toutes les 6 semaines et portent sur 1 étape du parcours patient :
- La phase pré, per opératoire et les soins post opératoires
- Le dispositif implanté
- Les rdv de suivis
- Les loisirs avec le dispositif
- Les voyages
- La reprise du travail
- L'activité sportive
- Les examens médicaux et chirurgies à réaliser avec un matériel de NSI

La mission du pair aidant est de faire le lien entre le monde des soignants et celui des patients en dispensant un soutien et des conseils en s'appuyant sur son propre parcours. A partir de sa perspective, de son expérience avec des situations de vie et de soin similaires, il va pouvoir offrir un soutien émotionnel par l'écoute active des futurs implantés, partager avec eux certains éléments de sa propre expérience, accompagner dans leurs questionnements et préoccupations relatifs à la vie au quotidien avec la douleur ou encore aider à naviguer à travers le parcours de santé….
Le statut du pair aidant, sa compétence vont permettre de renforcer l'adhésion du patient « aidé » au dispositif et à plus long terme favoriser son autonomie dans la prise en charge de sa douleur.
Ce projet a été soutenu institutionnellement et a fait l'objet d'une labellisation en Novembre 2024.

Bibliographie
1. Haute Autorité de Santé. Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médicosocial et sanitaire. Argumentaire. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3201812/fr/soutenir-etencourager-l-engagement-des-usagers-dans-lessecteurs-social-medico-social-et-sanitaire
2. Pomey MP, Flora L, Karazivan P, Dumez V, Lebel P, Vanier MC, et al. Le "Montréal model" : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. Santé Publ 2015;41-50.
3. Sharma AEH, B Knox,M., Willard-Grace R, Potter M B. Patient Engagement in Community Health Center Leadership: How Does it Happen? J Community Health 2018:1069–74. http://dx.doi.org/10.1007/s10900-018-0523-z

Efficacité de la stimulation magnétique transcranienne répétititve sur les comorbidités des patients souffrants de douleur neuropathique

Recherche Clinique

J. Thomas 1, S. Grenouillet 1, N. Oriol 1, L. Vergnes-Blanquer 1, M. Dumout 1, C. Quesada 1, R. Peyron 1, C. Fauchon 2
1 Neuropain, Crnl, Cnrs, Inserm, Chu De Saint-Etienne - Saint-Etienne (France), 2 Neuro-Dol, Inserm, Chu De Clermont-Ferrand, Université De Clermont-Auvergne, Clermont-Ferrand, France - Clermont-Ferrand (France)

Contexte : La stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS) est une technique de neuromodulation non invasive, recommandée en troisième intention pour le traitement de la douleur neuropathique (DN) [1]. Son efficacité antalgique a été démontrée dans des essais cliniques randomisés contrôlés versus placebo [2,3], et plus récemment en condition de vie réelle [4]. La DN est fréquemment associée à des comorbidités psychologiques et physiologiques (dépression, anxiété, troubles du sommeil, fatigue et déficits moteurs) [5–8], susceptibles d'altérer le fonctionnement global, la qualité de vie des patients, ainsi que l'efficacité des traitements [9].
Cette étude observationnelle rétrospective vise à : (1) Évaluer l'effet de la rTMS sur les comorbidités associées à la DN ; (2) Explorer la relation entre l'évolution de ces comorbidités et l'effet antalgique après quatre séances de rTMS ; (3) Analyser l'impact des niveaux initiaux de comorbidités sur la réponse antalgique à la rTMS.
Méthodes : Nous avons inclus les données cliniques de 70 patients souffrant de DN chronique traités par rTMS à 20Hz ciblant le cortex moteur primaire [3]. Le protocole comprenait au moins 4 séances de stimulation, à raison d'une séance toutes les deux semaines. Les critères évalués comprenaient : le pourcentage de soulagement de la douleur, le bénéfice moteur, ainsi que les scores issus de questionnaires validés sur le sommeil (PSQI), la fatigue (MFI), la santé mentale (HAD) et les fonctions motrices du membre supérieur (QDash).
Résultats préliminaires : En attente de l'analyse définitive des résultats, l'analyse intermédiaire des données (n = 34) suggère que 4 séances de rTMS pourraient induire des effets non spécifiques sur les troubles du sommeil, la fatigue cognitive et la fonction motrice. Ces améliorations sembleraient indépendantes de la réponse antalgique. Enfin, un niveau élevé de fatigue initiale pourrai influencer l'effet antalgique de la technique.
Conclusion : Cette cohorte représente une première étape vers une meilleure compréhension des effets de la rTMS sur les comorbidités associées à la douleur neuropathique chronique en contexte clinique réel. Les résultats mettent en lumière la complexité des interactions entre douleur et comorbidités, ainsi que les mécanismes d'action potentiels de la rTMS au-delà de l'effet antalgique. Ces éléments soulignent la nécessité de recherches supplémentaires et de stratégies de personnalisation des protocoles de stimulation.

Bibliographie

[1] Soliman N, Moisset X, Ferraro MC, Andrade DC de, Baron R, Belton J, et al. Pharmacotherapy and non-invasive neuromodulation for neuropathic pain: a systematic review and meta-analysis. Lancet Neurol 2025;24:413–28. https://doi.org/10.1016/S1474-4422(25)00068-7.
[2] Attal N, Poindessous-Jazat F, De Chauvigny E, Quesada C, Mhalla A, Ayache SS, et al. Repetitive transcranial magnetic stimulation for neuropathic pain: a randomized multicentre sham-controlled trial. Brain J Neurol 2021:awab208. https://doi.org/10.1093/brain/awab208.

[3] Quesada C, Pommier B, Fauchon C, Bradley C, Créac'h C, Murat M, et al. New procedure of high-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation for central neuropathic pain: a placebo-controlled randomized crossover study. PAIN 2020;161:718–28. https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001760.
[4] Thomas J, Fauchon C, Oriol N, Vassal F, Créac'h C, Quesada C, et al. Effects of multiple transcranial magnetic stimulation sessions on pain relief in patients with chronic neuropathic pain: A French cohort study in real-world clinical practice. Eur J Pain 2025;29:e4763. https://doi.org/10.1002/ejp.4763.
[5] Kantak SS, Johnson T, Zarzycki R. Linking Pain and Motor Control: Conceptualization of Movement Deficits in Patients With Painful Conditions. Phys Ther 2022;102:pzab289. https://doi.org/10.1093/ptj/pzab289.
[6] Nicholson B, Verma S. Comorbidities in Chronic Neuropathic Pain. Pain Med 2004;5:S9–27. https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2004.04019.x.
[7] Vieira WF, Coelho DRA, Litwiler ST, McEachern KM, Clancy JA, Morales-Quezada L, et al. Neuropathic pain, mood, and stress-related disorders: A literature review of comorbidity and co-pathogenesis. Neurosci Biobehav Rev 2024;161:105673. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2024.105673.
[8] van der Werf SP, van den Broek HLP, Anten HWM, Bleijenberg G. Experience of Severe Fatigue Long after Stroke and Its Relation to Depressive Symptoms and Disease Characteristics. Eur Neurol 2001;45:28–33. https://doi.org/10.1159/000052085.
[9] Valderas JM, Starfield B, Sibbald B, Salisbury C, Roland M. Defining Comorbidity: Implications for Understanding Health and Health Services. Ann Fam Med 2009;7:357–63. https://doi.org/10.1370/afm.983.

Sécurité et tolérance de l'analgésie locorégionale périphérique pour les injections de toxine botulique dans les douleurs neuropathiques focales : résultats préliminaires de l'étude RABoT-S

Recherche Clinique

M. Dziadzko 1, S. Roggerone 1, M. Bonnassieux 2, T. Ben Messaoud 1, P. Branche 1, F. Aubrun 1
1 Hcl - Lyon (France), 2 Polyclinique Du Beaujolais - Arnas (France)

Les douleurs neuropathiques focales avec allodynie constituent une indication validée de la toxine botulique de type A (TB-A), en seconde ligne après échec des traitements systémiques. Cependant, la tolérance des injections sous-cutanées dans des zones allodyniques reste un obstacle majeur à leur réalisation. Le protocole standard implique jusqu'à 120–150 injections de 2,5 UI/cm², dans une zone délimitée d'allodynie, rendant la procédure douloureuse, longue et susceptible de provoquer des mouvements de retrait altérant sa précision. L'application de lidocaïne topique s'avère souvent insuffisante pour un confort optimal.
L'analgésie locorégionale (ALR) périphérique ciblée, utilisée en Médecine Physique et Réadaptation (MPR), pourrait améliorer le confort de ces patients, tout en permettant une réalisation hors bloc opératoire. L'étude RABoT-S vise à évaluer la sécurité (absence de malaise, de variation hémodynamique et de toxicité locale ou systémique) et la faisabilité de cette stratégie en consultation douleur.
Méthodes :
Étude observationnelle rétrospective monocentrique conduite à l'Hôpital de la Croix-Rousse (Lyon) entre janvier 2022 et décembre 2023. Les patients adultes inclus ont reçu des injections de TB-A en hôpital de jour pour une douleur focale avec allodynie dans un territoire tronculaire confirmé (cliniquement ou échographiquement). L'ALR consistait en une injection échoguidée de lidocaïne 0,8 % tamponnée au bicarbonate (volume maximal : 10 mL, médiane : 6 mL [3–8]). Aucune surveillance hémodynamique continue n'était réalisée. Ont été recueillis : les événements indésirables, le confort per-procédure et le recours à des techniques complémentaires.
Résultats :
72 procédures ont été réalisées chez 27 patients (âge médian : 54 ans), pour des atteintes du :
nerf mentonnier ou supra-orbitaire (n=4),
nerfs périphériques des mains/pieds (neuropathie petites fibres, n=2),
nerf fibulaire (n=2),
nerfs médian, ulnaire, radial (n=17),
canal des adducteurs (n=6).
Un malaise vagal a été observé avant l'injection (hors responsabilité de l'ALR). Aucun effet indésirable systémique ou neurologique n'a été rapporté. Aucun bloc moteur n'a été constaté.
Paramètres per-procédure (médiane [IQR]) :
douleur ALR : 5 [2–6] ; douleur injections : 2 [0–4] ; confort procédure : 9 [6–10] ; douleur en fin de séance : 0 [0–1] ;
délai d'installation : 6 min [4–9], variation de TA >20% de l'initiale - 1 patient.
Une patiente a reçu du MEOPA, quatre ont bénéficié de RESC/hypnose lors de la première injection.
Conclusion :
L'ALR périphérique ciblée avec lidocaine 0.8% et limitation de la dose maximale à 80 mg; sans surveillance, apparaît sûre, bien tolérée, et efficace pour améliorer le confort des patients douloureux recevant de la TB-A. Limitation majeure est la necessité d'echographe dedié, maitrise d'echoanatomie et les techniques d'ALR echoguidées. Neanmoins, ce protocole, en consonnance avec recommandations SOFMER/SFAR hors anesthésie, mérite d'être évalué prospectivement à plus large échelle.

Bibliographie
Moisset X et al. Pratique Neurologique - FMC (2023) 14:1, 16-21
Yelnik A et al. Annals of Physical and Rehabilitation Medicine 62 (2019) 252–264

Mobiliser le corps face à la douleur : apport d'interventions corporelles et expressives chez l'adolescent douloureux chronique

Recherche Clinique
A. Bregeon 1, A. Olympieff 1, C. Perchet 1, S. Simonin 2, M. Frot 1
1 Crnl, Equipe Neuropain - Bron (France), 2 Cetd, Hôpital Neurologique - Bron (France)

Chez les adolescents souffrant de douleurs chroniques, les répercussions sont nombreuses : kinésiophobie, troubles anxieux, perturbation de l'image corporelle, repli social et altération de la qualité de vie. Les prises en charge actuelles, souvent mal adaptées, souffrent de limites tant sur le plan pharmacologique que dans l'adhésion aux approches non médicamenteuses.
Cette étude explore l'intérêt d'interventions corporelles innovantes — danse-thérapie, art-thérapie et yoga — au sein d'un protocole contrôlé et randomisé, afin d'en évaluer l'efficacité sur la kinésiophobie, la douleur, l'anxiété, la qualité de vie et la perception du corps.
Des adolescents et jeunes adultes (12 à 20 ans) sont répartis aléatoirement dans les trois groupes d'intervention ou dans un groupe contrôle sans action thérapeutique. Chaque programme comprend 15 séances hebdomadaires d'une heure. Des questionnaires standardisés sont administrés régulièrement afin d'évaluer la kinésiophobie, l'anxiété, le catastrophisme, la qualité de vie, la perception corporelle. Des échelles (EVA) sont également remplies en début et fin de séances afin d'évaluer la douleur, l'humeur et la fatigue. À ce jour, 20 adolescent(e)s ont été inclus, 15 dans les groupes interventionnels et 5 en contrôle (âge moyen : 15.2 ± 2 ans, 18 filles).
Les premiers résultats sur les groupes interventionnels montrent que les participants présentent initialement des scores majoritairement pathologiques aux questionnaires. Des améliorations notables sont observées au fil des séances, notamment une réduction de la kinésiophobie (-9 %), du catastrophisme et de la peur de la douleur (-20 %), ainsi qu'une forte baisse de l'anxiété un mois après les séances (-70 %). Les effets sur la qualité de vie et l'image corporelle varient selon les profils, mais restent globalement positifs. En parallèle, la douleur diminue au cours de nombreuses séances, en particulier en danse (50 % des séances) et en art-thérapie (70 % des séances), avec des baisses parfois significatives (≥ -2 points sur l'EVA). L'humeur s'améliore dans plus de 60 % des séances, toutes médiations confondues. Les effets sur la fatigue sont plus hétérogènes, mais les améliorations, lorsqu'elles surviennent, dépassent souvent 2 points sur l'EVA.
Les verbatims recueillis en fin de protocole témoignent d'un engagement fort des adolescents et d'un impact perçu positif sur plusieurs dimensions : réduction de la douleur, amélioration du rapport au corps, expression émotionnelle facilitée, sentiment de mieux-être global. Ces retours soulignent l'intérêt de ces approches du point de vue des patients eux-mêmes.
Les résultats suggèrent que les approches corporelles et artistiques représentent une modalité thérapeutique innovante, adaptée et bien acceptée par les adolescents douloureux chroniques. En agissant conjointement sur le mouvement, les émotions et la perception de soi, elles pourraient s'intégrer utilement dans les parcours de soin pour cette population complexe.

Tendances de consommation d'antalgiques opioïdes et de la morbi-mortalité associée en France : quelles évolutions et quid du respect des recommandations ?

Recherche Clinique

A.P. Trouvin 1, N. Authier 2, C. Chenaf 2
1 Aphp Paris Centre Cochin ; Université Paris Cité ; Inserm U987 - Paris (France), 2 Chu Clermont Ferrand ; Inserm U1107 ; Ofma - Clermont-Ferrand (France)

Introduction
La crise des opioïdes aux États-Unis a évolué au fil du temps, mais est toujours en cours [1]. Des tendances à la hausse de la consommation d'opioïdes sur ordonnance ont été décrites dans plusieurs pays européens, mais il n'existe toujours aucune preuve d'une crise émergente des opioïdes [2]. Cependant, la France apparait dans le sous-groupe des pays un signal élevé de notifications disproportionnées d'abus et de dépendance aux opioïdes, comprenant les États-Unis, le Canada, le Royaume-Uni et l'Australie, quatre pays touchés par l'épidémie d'opioïdes [3]. L'objectif de cette étude était de décrire les tendances actualisées de la consommation d'antalgiques opioïdes sur ordonnance, des hospitalisations et des décès liés aux opioïdes en France.
Méthodes
À l'aide des bases nationales : de données des demandes de remboursement de l'Assurance maladie, de données exhaustive des sorties d'hopitalisation et du registre national de mortalité, tous les patients ayant eu au moins une délivrance d'un antalgique opioïde de prescription (OP) entre 2014 et 2024 ont été identifiés, pour mettre à jour les tendances de l'utilisation d'antalgiques OP, les hospitalisations liées aux opioïdes et des décès. Le respect des recommandations de prescriptions pour les douleurs chroniques non cancéreuse a été évalué sur 3 périodes de temps : 2018-2019 ; 2020-2021 ; 2022-2023.
Résultats
Entre 2014 et 2024, la prévalence annuelle de la consommation d'opioïdes faibles a légèrement diminué de 18,1% de la population générale adulte en 2017 (point le plus haut) à 16,9% en 2024. La prescription de tramadol et codeine est en diminution constante depuis 2017 alors que celle de l'opium et de la morphine est en augmentation. Les hospitalisations liées aux opioïdes sont passées de 7,74 à 10,9 pour 100 000 d'habitants (+ 40,8% de 2017 à 2024) et les décès liés aux opioïdes de 5,8 à 8,1 pour 1 000 000 d'habitants (+ 39,7% de 2017 à 2023). Au cours du temps, on note une amélioration du respect des recommandations dans les douleurs chroniques non cancéreuses, notamment la co-prescription d'opioides et de gabapentinoides diminue de 14,8% pour la période 2018-2019 à 13,3% pour la période 2022-2023. De même la co-prescription d'opioides et de benzodiazépine diminue de 42,1% pour la période 2018-2019 à 41,4% pour la période 2022-2023
Conclusion
La prévalence de l'usage d'analgésiques opioïdes semble stable sur la période 2014-2024, en revanche la morbidité et la mortalité liées aux opioïdes augmentent. Les recommandations de prescription nécessitent encore d'être mieux implémentées notamment l'absence de co-prescription avec les benzodiazépines, d'autres analyses sont en cours concernant les prescriptions chroniques

Bibliographie
1- Post LA et al. JAMA Netw Open.2022;5(7):e2223631
2- Pierce M et al. Eur Psychiatry.2021;64(1):e47.
3- Robert M, et al. Addiction. 2023 Apr;118(4):771-775.

Usage et mésusage des gabapentinoïdes en France

Recherche Clinique

T. Soeiro 1, M. Uras 1, É. Jouanjus 2, M. Lapeyre-Mestre 2, J. Micallef 1
1 Service De Pharmacologie Clinique Et Pharmacosurveillance, Assistance Publique – Hôpitaux De Marseille - Marseille (France), 2 Service De Pharmacologie Médicale Et Clinique, Centre Hospitalier Universitaire De Toulouse - Toulouse (France)

Introduction
Depuis 2018, les déclarations au Réseau Français d'Addictovigilance relatives à l'abus de prégabaline ont nettement augmenté.[1] Dans ce contexte et en raison d'une efficacité jugée insuffisante, la prégabaline a été reclassée en deuxième ligne pour le traitement de la douleur neuropathique dans les recommandations de la SFETD d'avril 2020.[2] Finalement, l'ANSM a limité la durée de prescription de la prégabaline à 6 mois et sur ordonnances sécurisées à partir de mai 2021.[3] Ainsi, cette étude avait pour objectif de décrire les nouveaux utilisateurs de gabapentinoïdes de 2017 à 2021, d'estimer l'incidence du mésusage et d'identifier les facteurs associés.
Méthode
À partir du Système national des données de santé, nous avons inclus les nouveaux utilisateurs de prégabaline et de gabapentine dans deux cohortes. Nous avons suivi les patients jusqu'à 24 mois. Nous avons défini le mésusage comme une exposition à une dose quotidienne supérieure à la dose maximale recommandée (600 mg pour la prégabaline et 3600 mg pour la gabapentine). Nous avons calculé l'incidence cumulée du mésusage dans chaque cohorte selon l'estimateur de Kaplan-Meier. Nous avons identifié les facteurs associés au mésusage dans chaque cohorte à l'aide de modèles de Cox.
Résultats
Nous avons inclus 898 887 nouveaux utilisateurs de prégabaline et 271 832 nouveaux utilisateurs de gabapentine. Depuis 2020, le nombre mensuel de nouveaux utilisateurs de prégabaline a diminué (de 23,7 pour 100 000 habitants en décembre 2019 à 14,2 pour 100 000 habitants en décembre 2021), tandis que le nombre mensuel de nouveaux utilisateurs de gabapentine a augmenté (de 6,6 pour 100 000 habitants en décembre 2019 à 10,2 pour 100 000 habitants en décembre 2021). Les taux d'incidence du mésusage étaient de 26,0 [IC à 95 % : 25,8, 26,3] pour 1 000 personnes-années pour la prégabaline et de 10,0 [9,7, 10,3] pour 1 000 personnes-années pour la gabapentine. Les principaux facteurs associés au mésusage de prégabaline et de gabapentine étaient l'exposition antérieure à un traitement de substitution aux opiacés (HR : 2,74 [IC à 95 % : 2,60, 2,89]) pour la prégabaline ; 1,42 [1,08, 1,86] pour la gabapentine), l'exposition antérieure à l'autre gabapentinoïde (1,93 [1,86, 2,00] pour la prégabaline ; 1,52 [1,43, 1,61] pour la gabapentine), l'exposition antérieure à un antalgique opioïde fort (1,27 [1,23, 1,31] pour la prégabaline ; 1,44 [1,34, 1,55] pour la gabapentine), être un homme (1,68 [1,64, 1,71] pour la prégabaline ; 1,40 [1,32, 1,49] pour la gabapentine), la paraplégie (2,01 [1,89, 2,13] pour la prégabaline ; 2,05 [1,80, 2,34] pour la gabapentine), les cancers actifs (1,33 [1,28, 1,37] pour la prégabaline ; 1,56 [1,42, 1,70] pour la gabapentine), un nombre élevé de prescripteurs, et un âge jeune.
Conclusion
L'initiation d'un gabapentinoïde nécessite une attention particulière dans cette population à risque de mésusage et d'effets indésirables.

Bibliographie
Financement

Cette étude fait partie du projet METEOR qui a été financé par EPI-PHARE (https://www.epi-phare.fr/).

Références

1. Tambon M, Ponté C, Jouanjus E, Fouilhé N, Micallef J, Lapeyre-Mestre M, et al. Gabapentinoid Abuse in France: Evidence on Health Consequences and New Points of Vigilance. Front Psychiatry. 2021 Feb 3;12:639780.
2. Moisset X, Bouhassira D, Avez Couturier J, Alchaar H, Conradi S, Delmotte MH, et al. Pharmacological and non-pharmacological treatments for neuropathic pain: Systematic review and French recommendations. Rev Neurol (Paris). 2020 May;176(5):325–52.
3. Actualité - Prégabaline (Lyrica et génériques) : modification des conditions de prescription et délivrance pour limiter le mésusage [Internet]. ANSM. [cited 2024 Dec 20]. Available from: https://ansm.sante.fr/actualites/pregabaline-lyrica-et-generiques-modification-des-conditions-de-prescription-et-delivrance-pour-limiter-le-mesusage

Évaluation à plus d'un an du devenir d'une population de 248 patients opérés d'une névralgie pudendale et clunéale inférieure

Recherche Clinique
M. Khalfallah 1
1 Clinique Du Mont-Louis - Paris (France)

Objectif : Évaluer les résultats cliniques à long terme de la chirurgie de décompression à la fois pudendale et clunéal inférieure chez des patients souffrant de névralgie.
Matériel et Méthodes : Une étude par questionnaire a été menée à partir d'une base de données de 248 patients opérés d'une névralgie pudendale et/ou clunéale inférieure rebelle au traitement médical, avec un recul d'au moins 12 mois. 243 patients ont été interrogés. Un total de 141 patients (58%) a répondu au questionnaire.
Les données recueillies ont permis d'analyser la durée position assise, l'intensité de la douleur (EN 0-10), le pourcentage d'amélioration perçu par les patients, la consommation médicamenteuse.
Résultats : L'âge moyen est de 54,8 ans, 67 % sont des femmes. Le délai moyen entre les premiers symptômes et la chirurgie est de 52 mois. La chirurgie est unilatérale dans 35 % des cas et bilatérale dans 65 %.
Avant l'intervention : la douleur moyenne en position assise est de 7/10 et la durée moyenne de station assise est de 17 mn.
Après l'intervention : 64% des patients peuvent s'assoir ≥ 1 heure. Concernant l'appréciation subjective, 81 % estiment leur amélioration ≥ 30 % et 60% >= 50%. 56% des patients ont vu la douleur diminuer de 3 points sur l'EN. 90% des patients ne regrettent pas l'intervention et 84% la conseilleraient à un proche. 41 % ne prennent plus de médicaments ou de façon occasionnelle.
Si on considère comme « bon résultat » une réduction de 3 points sur l'échelle de la douleur ou un temps assis >= 1h ou une satisfaction >= 50%, 77% des patients répondent à l'un de ces 3 critères.
Conclusion : La chirurgie de décompression pudendale et clunéale inférieure reste une option thérapeutique avec un bénéfice démontré en cas d'échec du traitement médical.

Bibliographie
- La chirurgie du nerf pudendal dans la prise en charge thérapeutique des douleurs pelvipérineales chroniques. R. Robert et coll. Progrès en urologie (2010) 20, 1084-1088
- Chirurgie de la névralgie pudendale par voie transglutéale. Khalfallah M et coll. Pelviperineol 2007 2: 86-91

Ensemble pour répondre à la demande de prise en charge des patientes souffrant d'endométriose

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

M.R. Roubaud 1
1 Medecin - Gap (France)

Introduction

En 2022, l'endométriose a été déclaré « grande cause nationale »[1].

Cette reconnaissance a entraîné une augmentation significative des demandes pour prises en charge à la consultation douleur du Centre Hospitalier de Gap émanant de professionnels de santé locaux et d'établissements voisins.

Cet article vise à montrer l'appui des groupements hospitaliers de territoire (GHT) dans l'amélioration de la prise en charge de l'endométriose selon les recommandations HAS[2].

Méthodes

La stratégie déployée s'est articulée autour de cinq axes :

1.Création d'une filière territoriale dédiée à l'endométriose

Conformément aux directives nationales, une filière territoriale a été mise en place sur le territoire du GHT regroupant professionnels des différents hôpitaux mais également professionnels de médecine ambulatoire et libérale.

2.Mise en place de Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)

Des RCP bimensuelles ont été instaurées, réunissant l'ensemble des praticiens de la filière. La plateforme numérique ROFIM a permis de nous connecter à distance.

3.Consultations spécialisées en douleur pelvienne avec syndrome d'hypersensibilisation pelvienne

Il a été créé pour les patientes des consultations dédiées avec un délai de prise en charge de 4 à 6 semaines.

4.Développement d'un programme d'éducation thérapeutique (ETP)

Un programme d'ETP a été élaboré, proposant des ateliers dans le nord et le sud du département plusieurs fois par an. Ces ateliers sont animés par des professionnels hospitaliers et libéraux. La structure douleur intervient sur l'ensemble du territoire et fait le lien entre les différents sites.

5.Projet d'hôpital de jour

L'évaluation par le médecin algologue et/ou une infirmière ressource douleur fait à ce jour partie du projet d'hôpital de jour porté par le service de gynécologie.

Discussion

Au cours de chaque étape de l'amélioration de la prise en charge de l'endométriose sur le territoire alpin, le service douleur chronique de Gap a servi de lien. L'amélioration de la prise en charge de la douleur, clef de voûte de la prise en charge de l'endométriose ?

Cette expérience montre que l'utilisation du score convergence PP peut être envisagée comme un outil décisionnel d'adressage à une structure douleur chronique[3].

Enfin, cette expérience souligne que les contraintes géographiques peuvent être surmontées grâce à une organisation territoriale pouvant être portée par les groupements hospitaliers territoriaux.

Conclusion

Ce modèle territorial pourrait être étendu à d'autres pathologies douloureuses chroniques.

Bibliographie

1.Ministère des Solidarités et de la Santé. Instruction DGOS du 12 juillet 2022 relative à l'organisation des filières dans les territoires. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé, 2022. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/instruction_dgos_12072022-orga_filieres_dans_territoires.pdf.

2.Haute Autorité de Santé (HAS). Recommandations sur la prise en charge de l'endométriose. 2022. https://www.has-sante.fr.
3.Convergences PP. Score Convergence PP. 2024. https://www.convergencespp.com/wp-content/uploads/2024/10/score_convergence_pp_FR.pdf.

De la fiche incident à la chambre des erreurs : une approche innovante d'amélioration des pratiques en douleur

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

S. Gerard 1, S. Brasy 1
1 Centre Léon Bérard - Lyon (France)

La douleur est une expérience subjective, multidimensionnelle, encore trop souvent sous-évaluée. Les traitements opioïdes sont classés comme médicaments à risque. La prise en charge de la douleur repose donc sur une culture partagée, construite progressivement à travers les politiques nationales et l'implication locale des équipes. Au Centre Léon Bérard (69), cette dynamique s'appuie depuis 2004 sur un réseau de correspondants douleur, professionnels de santé volontaires, impliqués et formés, et pleinement intégrés dans les projets d'amélioration des pratiques. En 2023, une « journée des correspondants » interactive a été créée afin d'améliorer les pratiques en douleur en partant des fiches incidents, véritable reflet des problèmes rencontrés sur le terrain.
Objectifs :
- Identifier les incidents dans le domaine de la prise en charge de la douleur comme leviers d'apprentissage
- Renforcer la culture de la sécurité, l'amélioration des pratiques et mobiliser les équipes en lien avec la prise en charge de la douleur
Méthode : Sous la supervision de l'infirmier ressource douleur, le groupe des correspondants s'est réuni 5 fois afin d'analyser les fiches incidents pour identifier les difficultés récurrentes du terrain (prise en charge douleurs liés aux soins, manipulation PCA, mauvaise gestion de prescription…). A partir de ce travail, une chambre des erreurs a été conçue, scénarisée et installée dans un espace simulant une chambre de patient et animée par les correspondants. Pendant 10min, par petits groupes pluridisciplinaires, les équipes ont observé et repéré les différentes anomalies. A la sortie de la chambre des erreurs, des ateliers interactifs ont été mis en place pour permettre aux professionnels d'échanger sur les causes, les risques et les solutions possibles tout en manipulant et jouant aux différentes animations construites.
Résultats : La journée des correspondants a réuni 130 professionnels issus de professions (IDE, AS, manipulateurs radio, médecins, cadres…) et de services variés. Un questionnaire a été envoyé à l'ensemble des correspondants douleur impliqué ainsi qu'aux professionnels participants. Sur 34 réponses, les retours sont positifs. Il a été souligné la richesse des échanges, le réalisme des scénarios et l'impact du format immersif sur la prise de conscience. Les correspondants douleur se sont servis de cette expérience pour enrichir leurs pratiques de relais, soutenir les nouveaux professionnels et impulser une dynamique collective de culture de la douleur dans leurs unités.
Cette action illustre la capacité des équipes à transformer des constats d'incidents en opportunité d'apprentissage collectif. En croisant expertise terrain, approche réflexive et outil de simulation, elle contribue à renforcer une culture partagée de la qualité et de la sécurité en douleur. Elle s'inscrit dans une évolution continue portée par les correspondants, avec des prolongements déjà amorcés dans les services. Cette journée devrait être organisée tous les 2 ans.

Entretiens pharmaceutiques à destination des patients ayant une migraine chronique et/ou réfractaire et traités par eptinezumab : focus sur les interventions pharmaceutiques

Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure
A. Mariot 1, L. Bonardot 1, X. Moisset 2, S. Conde 3, P. Picard 4, L. Bernard 5, C. Mongaret 6
1 Pôle Pharmacie, Chu Clermont Ferrand - Clermont-Ferrand (France), 2 Neurologie, Chu Clermont-Ferrand Neurodol, Inserm-Uca - Clermont-Ferrand (France), 3 Neurologie, Chu Clermont-Ferrand - Clermont-Ferrand (France), 4 Cetd, Chu Clermont-Ferrand - Clermont-Ferrand (France), 5 Uca, Matériaux Pour La Santé, Cnrs Umr 6296, Clermont-Ferrand, France, Pôle Pharmacie, Chu Clermont Ferrand - Clermont-Ferrand (France), 6 Acceppt, Uca, France, Pôle Pharmacie, Chu Clermont Ferrand - Clermont-Ferrand (France)

Contexte : Un hôpital de jour (HDJ) pluriprofessionnel est proposé aux patients atteints de migraines chroniques et/ou réfractaires et traités par eptinezumab permettant une approche coordonnée entre neurologue, infirmier et pharmacien. Le pharmacien propose des activités de pharmacie clinique lors du 1er HDJ puis à 6 et 12 mois incluant un bilan de médication structuré et un entretien pharmaceutique personnalisé. Lors des activités, le pharmacien peut identifier des problèmes liés à la thérapeutique (PLT) et formuler des interventions pharmaceutiques (IP).
L'objectif principal de notre étude est de décrire les interventions pharmaceutiques (IP) réalisées lors des activités de pharmacie clinique à l'initiation du traitement.
Méthode : Étude rétrospective observationnelle, descriptive et monocentrique menée entre juin 2023 et novembre 2024. Sont inclus les patients adultes bénéficiant de l'HDJ pour migraine chronique et/ou réfractaire et traités par eptinézumab. Les IP ont été analysées en s'appuyant sur la grille standardisée des IP [1] de la société française de pharmacie clinique. Les données anonymisées sont centralisées et analysées dans un tableur Excel.
Résultats : Au total 46 patients ont été inclus avec un âge moyen de 48 ans [22 ;73] et un sex ratio (F/H) de 9/1. Parmi ces patients, 80 % (n=37) ont bénéficié d'au moins une IP, avec un total de 83 IP formulées, soit en moyenne 1,8 IP par patient. Les principaux PLT identifiés concernent un manque de monitorage, notamment l'absence d'agenda de crise (21,7 %), une non-conformité aux recommandations en vigueur (20,5 %), des modalités d'administration non optimales (10,8 %) et des posologies supra-thérapeutiques (8,4 %). Les médicaments impliqués sont principalement des traitements de crise : triptans (16,9 %), AINS (13,3 %) et autres analgésiques (7,2 %), souvent pour modalités d'administration à ajuster. Les interventions les plus fréquentes portent sur le suivi thérapeutique (32,5 %), l'optimisation des modalités d'administration (25,3 %), et l'ajout de traitements visant à prévenir les effets indésirables (15,7 %). L'expertise pharmaceutique clinique a permis de recenser 29 patients (63%) ayant une surconsommation médicamenteuse. Le taux global d'acceptation des IP s'élève à 85,5 %, avec une forte adhésion des patients (77,1 %) et une acceptation des IP par les neurologues dans 7 cas sur 7.
Conclusion : Cette étude met en lumière l'intérêt du pharmacien clinicien lors de l'HDJ pluriprofessionnel à destination des patients migraineux chroniques, notamment sur l'optimisation des traitements de la migraine (modalités de prise et stratégie thérapeutique) avec un taux d'acceptation par les patients important. Le devenir de ces IP à M6 et M12 permettra d'évaluer la pertinence clinique des IP et de leur impact durable sur l'adhésion thérapeutique et la qualité de prise en charge des patients migraineux.

Bibliographie
[1] Conort O, et al. J Pharm Clin. 2004;23(3):141-7.

Traitement des douleurs neuropathiques chroniques réfractaires par radiofréquence pulsée : à propos d'une série de cas

Recherche Clinique

C. Comte 1, A.C. Amorison 2, C. Eiche 2, L. Lehn 2, P. Iooss 1, Y. Bohren 2
1 Pharmacie, Hôpitaux Civils De Colmar - Colmar (France), 2 Centre D'évaluation Et Traitement De La Douleur, Hôpitaux Civils De Colmar - Colmar (France)

La douleur neuropathique est définie comme une douleur résultant d'une lésion ou d'une pathologie affectant le système nerveux somatosensoriel. Ce type de douleur, souvent chronique et invalidante, reste difficile à traiter, en particulier lorsqu'il est réfractaire aux approches pharmacologiques conventionnelles [1]. Dans ce contexte, les techniques interventionnelles prennent une place croissante. Parmi elles, la radiofréquence pulsée (RFP) se distingue comme une option non destructive, modulant l'activité nerveuse sans léser les tissus [2].
Nous présentons une étude rétrospective incluant 10 patients adultes avec une douleur neuropathique périphérique d'origine post-traumatique (n=1), post-chirurgicale (n=5), neurofibromatose (n=1) ou relevant d'un syndrome douloureux régional complexe (n=3). Tous étaient en échec de traitements antalgiques conventionnels.
Chaque patient a bénéficié d'un bloc anesthésique échoguidé à visée diagnostique et topographique, ciblant le nerf suspecté selon la distribution de la douleur. Les nerfs impliqués comprenaient le nerf radial, le nerf sciatique, le nerf fémoral et le nerf tibial. La RFP est réalisée sous échoguidage. Après asepsie rigoureuse et anesthésie cutanée locale, une aiguille de radiofréquence (23G, pointe active 10 mm) est introduite au contact du nerf ciblé. Une stimulation sensitive (<0,3V) permet de confirmer la localisation du nerf douloureux. Le traitement a consisté en 2 cycles de 6 minutes de RFP, utilisant un générateur fonctionnant selon le mode Sluijter-Teixeira Poisson (STP), caractérisé par une stimulation électrique pulsée aléatoire (2 Hz, 45 V, 20 ms). La température est maintenue inférieure à 42°C, garantissant l'absence de destruction thermique [3]. L'intensité de la douleur est mesurée à l'aide de l'Échelle Numérique (EN) et les caractéristiques neuropathiques avec le questionnaire NPSI (Neuropathic Pain Symptom Inventory), complétés par le score de qualité de vie EQ5D3L. Un score PGIC (Patient Global Impression of Change) est également recueilli à distance de la procédure, sur une période allant de quelques semaines à plusieurs mois.
L'intensité douloureuse évaluée par EN avant et après la procédure ne montrait pas de différence significative, pouvant s'expliquer par le caractère transitoire de l'effet analgésique, décrit par les patients comme allant de quelques semaines voire quelques mois. En revanche, une amélioration notable des symptômes neuropathiques a été observée, avec une réduction du score NPSI chez plus de la moitié des patients (n=7). Par ailleurs, tous les patients ont rapporté une amélioration de leur état durant la période d'efficacité du traitement (PGIC).
La radiofréquence pulsée apparaît comme une option thérapeutique pertinente chez les patients souffrant de douleurs neuropathiques réfractaires. Son mécanisme, encore mal élucidé, semble impliquer une modulation réversible de l'activité neuronale. Les limites de cette étude sont le faible effectif, son caractère rétrospectif et l'absence de groupe contrôle. Des études randomisées, prospectives, avec un suivi à long terme, sont nécessaires pour mieux définir les indications et la durabilité de l'effet.

Bibliographie

[1] Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, McNicol E, Baron R, Dworkin RH, Gilron I, Haanpää M, Hansson P, Jensen TS, Kamerman PR, Lund K, Moore A, Raja SN, Rice AS, Rowbotham M, Sena E,

Siddall P, Smith BH, Wallace M. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. Lancet Neurol. 2015 Feb;14(2):162-73.
[2] Shi Y, Wu W. Treatment of Neuropathic Pain Using Pulsed Radiofrequency: A Meta-analysis. Pain Physician. 2016 Sep-Oct;19(7):429-44.
[3] Filippiadis D, Tsochatzis A, Petsatodis E, Galanis S, Velonakis G, Giankoulof C, Kelekis A. Intra-Articular Application of Sluijter-Teixera Poisson Pulsed Radiofrequency in Symptomatic Patients with Knee Osteoarthritis: Focus upon Clinical Efficacy and Safety. Pain Res Manag. 2021 Feb 20;2021:5554631.

Implication du nerf sinu-vertébral dans le traitement des lombalgies chroniques au travers la neurostimulation du ganglion spinal : une étude anatomique

Recherche fondamentale

S.R. Ravaillault 1, E.S. Samarut 2, S.P. Ploteau 3, A.H. Hamel 3, C.D. Decante 3, J.N. Nizard 4, E.K. Kuhn 4, A.M. Moles 2, C.S. Salaud 1
1 Service De Neurochirurgie, Chu De Nantes Et Laboratoire D'anatomie, Université De Nantes - Nantes (France), 2 Service De Neurochirurgie, Chu De Nantes - Nantes (France), 3 Laboratoire D'anatomie, Université De Nantes - Nantes (France), 4 Cetd, Nantes - Nantes (France)

Introduction - En raison de la proximité anatomique du nerf sinu-vertébral (NSV) avec le ganglion spinal (GS), plusieurs auteurs ont souligné les bénéfices potentiels de la stimulation du GS dans la gestion des lombalgies chroniques [1-3]. Cependant, le niveau vertébral optimal pour l'implantation d'une électrode reste débattu.
Objectif - Déterminer la pertinence de la stimulation du nerf sinuvertébral (NSV) dans la prise en charge des lombalgies chroniques et identifier le niveau vertébral le plus approprié pour l'implantation de ce type d'électrode.
Méthodes - Nous avons disséqué les rachis thoraco-lombaires (de T12 à L5) de six sujets anatomiques pour examiner le trajet, les territoires d'innervation et les variations anatomiques des rameaux du NSV.
Résultats - Nous avons confirmé que le NSV innerve le tiers postérieur des disques intervertébraux (DIV), le ligament longitudinal postérieur (LLP), la face antérieure du fourreau dural, le périoste, les parois des veines basivertébrales, les artères segmentaires et leurs branches. De plus, nous avons démontré la valence à la fois somatique et sympathique du NSV. Enfin, nous avons observé un réseau intra- et intersegmentaire couvrant plusieurs niveaux vertébraux adjacents. Le réseau superficiel du NSV converge vers le nerf spinal L2.
Conclusion - Nous avons démontré le rationel anatomique de la stimulation du GS grâce à une dissection rigoureuse du NSV. L'indication la plus pertinente semble concerner les patients atteints de PSPS (Persistent Spinal Pain Syndrome) de type 2, avec une implantation d'électrodes bilatérale au niveau vertébral L2.

Bibliographie

[1] Bogduk N, Tynan W, Wilson AS. The nerve supply to the human lumbar intervertebral discs. J Anat. janv 1981;132(Pt 1):39-56.
[2] Shayota B, Wong TL, Fru D, David G, Iwanaga J, Loukas M, et al. A comprehensive review of the sinuvertebral nerve with clinical applications. Anat Cell Biol [Internet]. 2019 [cité 4 déc 2022];52(2):128.
[3] Edgar MA. The nerve supply of the lumbar intervertebral disc. J Bone Joint Surg Br [Internet]. sept 2007 [cité 14 févr 2023];89-B(9):1135-9.

Résumés sélectionnés en poster

Neuropathic Pain Box K : Un outil pour la prise en charge de la douleur neuropathique en oncologie accessible à tous !

Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure
S. Jubier Hamon 1, B. Vincent 2, E. Collin 3, L. Labreze 4, C. Villatte 5, I. Krakowski 6, R. Chiquet 7, 3.S.S.S.S.A. Goupe De Travail Neuropathic Pain Box K 8, V. Guastella 9
1 Medecin Douleur Institut De Cancérologie De L'ouest Paul Papin - Angers (France), 2 Emsp Beaugeon - Clichy (France), 3 Medecin Douleur Aphp - Paris (France), 4 Medecin Douleur Institut Bergonié - Bordeaux (France), 5 Medecin Douleur Institut Jean Perrin - Clermont Ferrand (France), 6 Oncologue, Medecin Douleur Institut Bergonié - Bordeaux (France), 7 Medecin Douleur Centre Bourgogne - Lille (France), 8 Medecin-Ide-Psychologues - Angers (France), 9 Professeur Associé Médecine Palliative Chu - Clermont Ferrand (France)

Contexte :
La douleur neuropathique (DN) est une douleur provoquée par une lésion ou une maladie du système nerveux somato-sensoriel. Le cancer, ses métastases et même les traitements de celui – ci peuvent entrainer de telles lésions. Toutes les lésions du systèmes somato-sensoriel ne seront pas nécessairement inductrices de DN (condition nécessaire mais non suffisante). En situation de cancer actif, une DN est présente pour un quart à un tiers des patients douloureux, prévalence relativement stable malgré les progrès dans le traitement du cancer.[1]-[2] Pour les « survivants du cancer » (cancer actif contrôlé et en rémission), une étude française 5 ans après un diagnostic de cancer [3] retrouve une prévalence de la DN chronique nettement supérieur à la population générale (23.3 % vs 5-8%). Mieux les connaitre, pour mieux les identifier donc mieux les prendre en charge est l'objectif de ce travail réunissant trois sociétés savantes : SFETD, SFAP et AFSOS.
Méthodes :
De fin 2022 à début 2025, des infirmières, psychologues et médecins (anesthésistes, chirurgiens, médecins généralistes) tous spécialistes de la douleur appartenant aux trois sociétés savantes ont créé une boite à outils sur le sujet. Il s'agit d'une ressource en ligne dédiée à la DN en oncologie, visant à améliorer leur compréhension, leur identification et leur prise en charge. On y retrouve les spécificités des DN en oncologie comme les séquelles post-radiothérapie, post-chimiothérapie ou post-chirurgicales étayées par une bibliographie particulièrement riche. La boite à outils est également implémentée régulièrement.
Résultats : Les données du site Web de la SFETD montre que 196 personnes ont consultées ces informations en 2 mois depuis la mise en ligne en février 2025, témoin de leur intérêt mais également de la nécessité à poursuivre la communication autour de cet outil.
Conclusion :
La prise en charge de la douleur et la diffusion de cet outil correspond aux objectifs du plan Cancer 2021-2030 qui comprend la prévention des séquelles de la maladie et de ses traitements et l'amélioration de la qualité de vie des patients. L'optimisation des moyens de communication, la diffusion d'outils simples permettront de s'assurer que les progrès bénéficient à tous (autre axe du plan cancer) par un meilleur maillage territorial de l'information.

Bibliographie
[1] Bennett M.I., Rayment C., Hjermstad, M., Aass N. et al (2012). Prevalence and aetiology of neuropathic pain in cancer patients: A systematic review. Pain 153:359–365.

[2] Bouhassira D., Luporsi E., Krakowski I. (2017) Prevalence and incidence of chronic pain with or without neuropathic characteristics in patients with cancer. Pain 158:1118–1125.
[3] Alleaume C., Ben Diane M.K., Bouhnik A.D., et al. (2018) Les douleurs récentes et leur Traitement. In : ©La vie cinq ans après un diagnostic de cancer. Editions INCa 2018 p104-118.

Analgésie intrathécale dans les douleurs cancéreuses du sujet âgé : une option à considérer ? Étude de cohorte rétrospective au Centre Léon Bérard

Recherche Clinique

V. De Buyer 1, D. Baylot 1, V. Tequi 1, M. Despinasse 1, S. Brasy 1, S. Gérard 1, N. Robert 1, G. Chvetzoff 1, O. Renard 1
1 Disspo Centre Léon Bérard - Lyon (France)

Introduction :
La douleur liée au cancer reste un enjeu majeur de santé publique, en particulier chez les personnes âgées[1]. Les traitements antalgiques systémiques peuvent entraîner des effets secondaires mal tolérés en raison des comorbidités et de la fragilité fréquentes dans cette population, rendant la prise en charge complexe et pouvant exposer à des douleurs rebelles [2]. L'analgésie intrathécale (AIT), en administrant les médicaments directement au niveau médullaire à des doses réduites, permet de cibler les récepteurs de la douleur tout en limitant les effets indésirables [3]. Toutefois, son caractère invasif et les risques associés peuvent freiner son utilisation. Cette étude vise à évaluer la place de l'AIT en oncogériatrie.
Matériel et méthodes :
Étude observationnelle rétrospective menée au Centre Léon Bérard entre 2013 et 2023. Ont été inclus les patients de 75 ans et plus présentant des douleurs cancéreuses rebelles, pour lesquelles une indication d'AIT avait été validée en réunion de concertation pluridisciplinaire.
Résultats :
Sur 57 patients inclus, 37 ont effectivement bénéficié d'une AIT. Une amélioration significative de la douleur est observée dans 72 % des cas à 1 semaine et à 1 mois. Une amélioration des capacités de mobilisation est notée chez 38 % des patients. Le taux global de complications est de 22 %, avec 6 % de complications sévères. L'annulation de la procédure concerne 35 % des patients, le plus souvent en raison d'une pathologie intercurrente aiguë (30 % des cas). L'analyse suggère qu'une posologie plus faible d'opioïdes systémiques avant la pose de l'AIT est associée à un meilleur contrôle antalgique précoce. Après mise en place de l'AIT, 49 % des patients ont nécessité l'ajout d'un traitement antalgique complémentaire, principalement du fait de l'apparition de nouvelles localisations douloureuses non couvertes par l'AIT.
Conclusion :
L'AIT constitue une stratégie thérapeutique efficace et globalement bien tolérée chez des patients âgés atteints de cancer, dans un contexte de douleurs rebelles. Sa mise en œuvre doit cependant être soigneusement réfléchie, en tenant compte du contexte gériatrique global, de l'évolution prévisible de la maladie et du cadre médico-social. Cette étude soutient l'intérêt de cette technique en oncogériatrie, à condition d'une sélection rigoureuse des patients et d'une anticipation des bénéfices attendus.
Mots-clés : analgésie intrathécale ; douleurs cancéreuses ; gériatrie ; douleurs rebelles

Bibliographie
[1] Patel KV, Guralnik JM, Dansie EJ, Turk DC. Prevalence and impact of pain among older adults in the United States: findings from the 2011 National Health and Aging Trends Study. Pain. déc 2013;154(12):2649-57.
[2] Gazelka HM, Leal JC, Lapid MI, Rummans TA. Opioids in Older Adults: Indications, 76 Prescribing, Complications, and Alternative Therapies for Primary Care. Mayo Clin Proc. avr 2020;95(4):793-800.
[3] Deer TR, Hayek SM, Grider JS, Hagedorn JM, McDowell GC, Kim P, et al. The Polyanalgesic Consensus Conference (PACC)®: Intrathecal Drug Delivery Guidance on Safety and Therapy

Optimization When Treating Chronic Noncancer Pain. Neuromodulation: Technology at the Neural Interface. 1 oct 2024;27(7):1107-39.

Evaluation de la douleur des adolescents qui vont être opérés d'une scoliose idiopathique au CHU Robert Debré (Paris 19)

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

E. Soyeux 1, C. Rizet 1, A. Ferrari 1, A. Vandaele 1, S. Menrath 1, B. Ilharreborde 1
1 Chu Robert Debré - Paris (France)

La scoliose est une maladie fréquente de l'enfant et de l'adolescent. C'est une déformation structurelle tridimensionnelle de la colonne vertébrale, potentiellement évolutive, particulièrement pendant la croissance mais aussi tout au long de la vie. Le plus souvent (80% des cas) la scoliose est dite idiopathique (AIS), c'est-à-dire que son origine est multifactorielle. Seule une minorité (10%) des scolioses nécessitent un traitement orthopédique (corset) et environ 0.3 % un traitement chirurgical. La réalisation d'une correction-fusion segmentaire à l'adolescence, alors que le dos est encore souple, permet d'éviter une intervention plus extensive et bien moins bien supportée au milieu de la vie d'adulte. L'objectif principal est un meilleur vieillissement de la personne avec son dos, en réduisant la courbure et en créant un équilibre postural qui mettra son rachis dans de meilleures conditions mécaniques.
En fonction des études, il y a une grande variabilité de prévalence des douleurs (23% à 85%). La déformation vertébrale altère la biomécanique du rachis et la fonction des muscles spinaux. Elle favorise aussi les phénomènes inflammatoires. Le livre Blanc de la douleur paru en 2022 confirme que la dépression et le stress sont des facteurs bien connus à risque de Douleur Chronique Post Chirurgicale. La prévalence de la douleur chronique suivant une chirurgie 3 mois à 1 an plus tard atteint 11 à 53% selon les situations et les études.
Dans tous les cas, un suivi pluridisciplinaire et pluriprofessionnel est nécessaire pour accompagner l'enfant et sa famille dans le parcours de soins et plus particulièrement lorsqu'une chirurgie est nécessaire.
Ainsi, depuis plus de 3 ans le service d'orthopédie du CHU Robert Debré, programme systématiquement lors du bilan préopératoire une consultation douleur, afin d'identifier rapidement les patients qui sont susceptibles d'avoir des douleurs chroniques en post opératoires.

Nous utilisons lors de cette rencontre, l'échelle PPST qui se compose de 4 items d'évaluation physiques et 4 items psycho sociaux. L'outil permet de classer les jeunes dans les groupes à risque faible, modéré ou élevé et établit une discrimination entre ceux qui ont des niveaux cliniquement significatifs d'incapacité, de peur liée à la douleur et de catastrophisme.
Afin de préciser et de parfaire notre évaluation, ceux à risques de chronicité sont revus par les psychologues de notre unité ou par la psychologue d'orthopédie, d'autant plus que l'échelle PPST ne permet qu'une évaluation psychopathologique sommaire. Cette évaluation transdisciplinaire en deux temps nous permet de leur proposer une approche articulée prenant en compte leur profil psychologique. Les psychologues évaluent beaucoup de dimensions, notamment l'image du corps et la personnalité ainsi que son développement.
Nous présenterons les résultats des évaluations douleur sur 3 ans et des constats des psychologues sur cette population à risque de chronicité.

Bibliographie

1. Pagé G, Stinson, Campbell, Isaac, Katz J. Identification of pain-related psychological risk factors for the development and maintenance of pediatric chronic postsurgical pain. JPR. mars 2013;167

2. Amy L Holley 1 , Wendy Gaultney 2 , Hayley Turner 2 , Anna C Wilson.The Pediatric Pain Screening Tool (PPST) can Rapidly Identify Elevated Pain and Psychosocial Symptomatology in Treatment-Seeking Youth with Acute Musculoskeletal Pain DOI: 10.1016/j.jpain.2021.06.012
3. Livre blanc de la douleur, la douleur post opératoire et sa chronicisation. SFAR et SFETD 2022 . www.livre-blanc-douleur.org
4. Terri Voepel-Lewis1 et al. A cluster of high psychological and somatic symptoms in children with idiopathic scoliosis predicts persistent pain and analgesic use 1 year after spine fusion Pediatric Anesthesia. 2018; 28:873–880.
5. Siemer LC, Foxen-Craft E, Malviya S, Ramirez M, Li YG, James C, Voepel-Lewis T. The relationship between parental factors, child symptom profile, and persistent postoperative pain interference and analgesic use in children. Paediatr Anaesth. 2020 Dec;30(12):1340-1347.
6 E. Fisher, L. C. Heathcote, C. Eccleston, L. E. Simons, and T. M. Palermo, Assessment of pain anxiety, pain catastrophizing, and fear of pain in children and adolescents with chronic pain: a systematic review and meta-analysis," Journal of Pediatric Psychology, vol. 43, no. 3, pp. 314–325, 2017.
7. Ramirez N, Johnston CE, Browne RH. The Prevalence of Back Pain in Children Who Have Idiopathic Scoliosis*: The Journal of Bone & Joint Surgery. mars 1997;79(3):364-8.
8. Batoz H, Semjen F, Bordes-Demolis M, Bénard A, Nouette-Gaulain K. Chronic postsurgical pain in children: prevalence and risk factors. A prospective observational study. British Journal of Anaesthesia. oct 2016;117(4):489-96.

Urgences dentaires de l'enfant dyscommunicant : comment évaluer la douleur sans les mots ?

Recherche Clinique

C. Bueno 1, N. Bitton 1, A.G. Capitaine 1, Y. Boucher 1, A. Lebel 1, C. Guillouet 1
1 Assistance Publique-Hôpitaux De Paris - Paris (France)

Urgences dentaires de l'enfant dyscommunicant : comment évaluer la douleur sans les mots ?
Contexte La prévalence de la douleur chez les enfants atteints de troubles du spectre autistique (TSA) est plus élevée qu'en population générale et sa comorbidité avec la déficience intellectuelle (DI), qui concerne 20% des patients [1], aggrave le problème [2]. L'expression de la douleur est variable chez les enfants atteints de TSA [3], dont un tiers sont dyscommunicants (non verbaux ou minimalement verbaux) [4]. Les enfants atteints de TSA présentent également un risque plus élevé de développer des lésions carieuses [5] et de subir des traumatismes alvéolo-dentaires [6]. Ces situations cliniques génèrent des douleurs et motivent des consultations en urgence qui constituent souvent la première rencontre avec le chirurgien-dentiste du fait des barrières à l'accès aux soins dentaires rencontrées par les familles [7]. Ce contexte anxiogène pour l'enfant complique l'évaluation de la douleur. Enfin, si l'auto-évaluation est le gold standard à partir de 4 ans, elle n'est pas possible chez l'enfant dyscommunicant, ce qui peut conduire à une mauvaise identification, évaluation et prise en charge de la douleur dentaire.
Matériel et méthodes Les urgences bucco-dentaires pédiatriques de l'hôpital Rothschild (AP-HP) reçoivent chaque année 3000 patients, dont des enfants atteints de TSA. Leur douleur est évaluée 1) par leurs parents/accompagnateurs et par le personnel médical à l'aide de l'Échelle Numérique (EN) et 2) par le personnel médical à l'aide de l'échelle FLACC-modifiée et de la Grille d'Évaluation de la Douleur-Déficience Intellectuelle (GED-DI), l'une des plus utilisées dans la littérature médicale [8]. Notre objectif primaire est d'explorer la corrélation entre le score GED-DI et celui des échelles FLACC-modifiée, EN parent et EN praticien. Nous avons inclus rétrospectivement 23 enfants dyscommunicants atteints de TSA (83% de garçons, âge moyen : 8,12±2,50 [4-13] ans) ayant consulté aux urgences entre le 01/09/2024 et le 01/05/2025 pour une douleur dentaire. Les analyses statistiques incluent une description de la cohorte, une matrice de corrélation avec p-value unilatérale et des régressions linéaires simples.
Résultats Les scores moyens de douleur étaient de 6,91±2,35/10 (EN parent), 4,09±2,33/10 (EN praticien), 5,43±2,57/10 (FLACC-modifiée) et 20,43±11,97/81 (GED-DI, soit 2,52±1,47/10). Le score de l'EN praticien est le seul qui ne soit pas corrélé aux autres scores dans notre matrice ($p>0,05$). Enfin, nous conduisons une analyse exploratoire afin d'identifier des items spécifiques de la GED-DI susceptibles de constituer des signes comportementaux de la douleur dentaire chez l'enfant dyscommunicant.
Discussion Nous proposons un modèle d'évaluation de la douleur dentaire chez les enfants dyscommunicants visant à améliorer leur prise en charge tout en incluant les parents dont l'évaluation est pertinente. Cette réflexion ouvre la voie à de futures études prospectives pour valider une version bucco-dentaire de l'échelle GED-DI.

Bibliographie

[1] Khachadourian V, Mahjani B, Sandin S, et al. Comorbidities in autism spectrum disorder and their etiologies. Transl Psychiatry. 2023;13(1):71.
[2] Whitney DG, Shapiro DN. National Prevalence of Pain Among Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorders. JAMA Pediatr. 2019;173(12):1203-1205.

[3] Johnson E, van Zijl K, Kuyler A. Pain communication in children with autism spectrum disorder: A scoping review. Paediatr Neonatal Pain. 2023;5(4):127-141. Published 2023 Oct 13. doi:10.1002/pne2.12115
[4] Rose V, Trembath D, Keen D, Paynter J. The proportion of minimally verbal children with autism spectrum disorder in a community-based early intervention programme. J Intellect Disabil Res. 2016;60(5):464-477.
[5] da Silva SN, Gimenez T, Souza RC, et al. Oral health status of children and young adults with autism spectrum disorders: systematic review and meta-analysis. Int J Paediatr Dent. 2017;27(5):388-398.
[6] Andonovski ME, Antonarakis GS. Autism spectrum disorder and dentoalveolar trauma: A systematic review and meta-analysis. J Stomatol Oral Maxillofac Surg. 2022;123(6):e858-e864.
[7] Alshihri AA, Al-Askar MH, Aldossary MS. Barriers to Professional Dental Care among Children with Autism Spectrum Disorder. J Autism Dev Disord. 2021;51(8):2988-2994.
[8] Salabura C, Sourty A, Bat-Pitault F, Regnery K, Mayen S, Colson S. Évaluation de la douleur des enfants et adolescents avec troubles du spectre de l'autisme : une revue systématique [Pain assessment for children and adolescents with autism spectrum disorders (ASD): A systematic review]. Encephale. 2025;51(1):87-94.

Qrelax " les soins autrement"

Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure
C. Merino 1
1 Cetd - Nimes (France)

TITRE RÉSUMÉ :Mise en place d'un outil d'information pour le mieux-être des patients lors des soins procéduraux
TITRE : QRELAX... « Les soins autrement »
ACRONYME : QRELAX
Auteurs : C. Merino, A. Diaz, N. Simon, E. Viel, F. Jedryka
Résumé du projet :
Depuis quelques années, la recherche d'informations médicales s'effectue de plus en plus via les réseaux sociaux. Ces canaux sont largement plébiscités par les patients, en quête de renseignements clairs, concis et facilement accessibles : des informations « clefs en main ». Toutefois, les contenus retrouvés sur ces plateformes peuvent s'avérer erronés ou trompeurs (1), et la désinformation constitue aujourd'hui une problématique sociétale majeure, reconnue par le ministère de la Santé (2). Cette confusion informationnelle peut générer angoisse, désorientation et, dans certains cas, défiance envers les soignants.
Parallèlement, les contraintes organisationnelles liées à l'agrandissement des unités interventionnelles et au développement des hôpitaux de jour limitent parfois la disponibilité du personnel soignant pour fournir des explications approfondies. Ce manque d'informations, dans un contexte déjà stressant, peut majorer l'anxiété et la douleur procédurale.
Des approches non médicamenteuses, dites intégratives, ont pourtant démontré leur efficacité sur le bien-être global, la réduction du stress et la diminution de la douleur induite par les soins (3). Elles représentent un levier intéressant pour améliorer l'expérience patient (4,5). La relaxation, notamment, s'intègre déjà dans la prise en charge de la douleur chronique au sein d'une approche pluridisciplinaire (6).
Face à ces constats, l'équipe du Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur (CETD) du CHU de Nîmes a développé le projet QRELAX, dans le cadre du concours Trophée Innov'Action. L'objectif est de créer un outil d'information innovant et accessible : un poster affiché dans le service, comportant des QR codes renvoyant à des vidéos courtes, ludiques et pédagogiques (type dessin animé) sur les techniques intégratives proposées. Ces contenus seront conçus pour être compréhensibles quel que soit l'âge, la culture ou le handicap.
Grâce à cet outil, le patient pourra accéder de manière autonome à une information validée scientifiquement, et devenir acteur de sa prise en charge. Ce support favorisera ainsi une meilleure communication entre soignants et patients, et contribuera à améliorer le vécu des soins.
Dans un second temps, ce projet pourra être déployé dans d'autres services de l'établissement (salles d'attente, réseaux sociaux, livret d'accueil...). Une étude paramédicale sera par ailleurs conduite au CETD de Nîmes afin d'évaluer le bénéfice perçu par les patients.

Bibliographie
1. Européennes 2024 : les Français particulièrement vulnérables à la désinformation | Ipsos. Disponible sur: https://www.ipsos.com/fr-fr/europeennes-2024/europeennes-2024-les-francais-particulierement-vulnerables-la-desinformation
2. DICOM_Raphaelle.B, DICOM_Raphaelle.B. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles..Colloque au ministère pour la lutte contre la désinformation en santé. Disponible sur:

https://sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/colloque-au-ministere-pour-la-lutte-contre-la-desinformation-en-sante
3. La prévention de la douleur induite : point d'étape 2023 - ScienceDirect Disponible sur: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1624568724001422
4. Pasquet S, Giffard M, Chassagne A. Les approches non médicamenteuses en soins palliatifs : enquête sur les pratiques en France. Médecine Palliat; Disponible sur: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1636652225000042
5. Constantin JM, Perbet S, Futier E, Cayot-Constantin S, Gignac V, Bannier F, et al. Impact de la sophrologie sur la tolérance des séances de ventilation non invasive chez des patients en insuffisance respiratoire aiguë. Ann Fr Anesth Réanimation. 1 mars 2009;28(3):215-21.
6. Perriot M, Henry F, Voisine ML, Clère F. EP14 Qu'apporte la relaxation aux patients pris en charge en consultation pluridisciplinaire de la douleur ? Douleurs Eval - Diagn - Trait. 1 oct2007;8:102-3.

La stimulation du ganglion spinal dans la prise en charge des lombalgies chroniques : un traitement d'avenir ?

Recherche Clinique

S. Ravaillault 1, E. Samarut 2, S. Ploteau 3, A. Hamel 3, C. Decante 3, J. Nizard 4, E. Kuhn 4, A. Moles 2, C. Salaud 1
1 Service De Neurochirurgie, Chu De Nantes Et Laboratoire D'anatomie, Université De Nantes - Nantes (France), 2 Service De Neurochirurgie, Chu De Nantes - Nantes (France), 3 Laboratoire D'anatomie, Université De Nantes - Nantes (France), 4 Cetd, Chu De Nantes - Nantes (France)

Introduction - Les lombalgies chroniques (LC) ont été l'un des points des priorités nationales du second plan « Douleur » (2002-2005). A l'échelle mondiale, la prévalence de la lombalgie au cours de la vie serait de 84% [1]. La chronicisation concerne 6 à 8% des cas. Actuellement, la stimulation médullaire (SM), dans la prise en charge des LC, émane d'une discussion pluridisciplinaire, après échec des autres alternatives thérapeutiques et seulement en cas de douleurs neuropathiques associées [2]. Malgré les progrès technologiques actuels, il a été admis que la SM avait des limites notamment sur le plan de la couverture paresthésique qui peut être insuffisante et aussi sur le plan de l'efficacité qui est dépendante de la position des patients au cours de la journée [3]. C'est de cette réflexion qu'émane l'hypothèse de l'intérêt de la stimulation du ganglion spinal dans les LC.
Objectif - Déterminer la pertinence de la stimulation du ganglion spinal (GS) dans la prise en charge des LC et identifier le niveau vertébral le plus approprié pour l'implantation de ce type d'électrode.
Matériel et Méthodes - Une revue de la littérature a été réalisée en utilisant la base de données PUBMED, conformément aux directives PRISMA 2020. Au total, 13 articles répondant à la question : «Intérêt de la stimulation du GS dans la prise en charge des LC », ont été inclus.
Résultats – 84.5 % des patients souffrant de lombalgies chroniques sans radiculalgie associée ont observé une amélioration de leurs douleurs de plus de 50 % sur l'Échelle Visuelle Analogique (EVA) après implantation d'une stimulation du GS. Les résultats semblent meilleurs dans le groupe PSPS (Persistent Spinal Pain Syndrome) de type 2 par rapport au groupe PSPS de type 1. Plus précisément, 87.3 % des patients du groupe PSPS de type 2 ont rapporté un soulagement de la douleur supérieur à 50 % après l'implantation de la stimulation du GS, contre 80 % dans le groupe PSPS de type 1. Concernant le niveau vertébral d'implantation, les patients ayant obtenu une amélioration de la douleur supérieure à 50 % ont été principalement implantés bilatéralement au niveau de L2 ou de T12.
Conclusion - La stimulation du GS semble jouer un rôle significatif dans la prise en charge des lombalgies chroniques. L'indication la plus pertinente semble être chez les patients PSPS de type 2, avec une implantation d'électrodes bilatérale au niveau vertébral L2.

Bibliographie

[1] Rossignol M, Rozenberg S, Leclerc A. Epidemiology of low back pain: What's new? Joint Bone Spine [Internet]. déc 2009 [cité 14 mai 2023];76(6):608-13.
[2] Haute Autorité de Santé. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune [Internet]. 2019.
[3] Van Buyten JP, Smet I, Liem L, Russo M, Huygen F. Stimulation of Dorsal Root Ganglia for the Management of Complex Regional Pain Syndrome: A Prospective Case Series. Pain Pract [Internet]. mars 2015 [cité 12 avr 2023];15(3):208-16.

Convergences des voies de signalisation du prurit brachio-radial (PBR) et de la douleur : pertinence de la capsaïcine topique 8%

Recherche Clinique

L. Joganah-Barthel 1, T. Isoard 1, M. Werner 1, S. Conrad 1, M. Reibel 1, E. Salvat 1, I.D. Timbolschi 2
1 Cetd, Chu Strasbourg - Strasbourg (France), 2 Cetd, Chu Strasbourg / IURC Strasbourg - Strasbourg (France)

Introduction: Le prurit brachio-radial (PBR),neuropathie sensorielle chronique souvent réfractaire, se manifeste par un prurit intense, parfois associé à des dysesthésies douloureuses, typiquement localisé sur les faces dorso-latérales des membres supérieurs (dermatomes C5-C8) [1]. Sa physiopathologie associe radiculopathie cervicale et photosensibilisation [2,3] ; l'exposition aux UV (UVA) aggravant les symptômes via la libération de médiateurs pruritogènes activant des fibres nerveuses sensibilisées.
Les voies de signalisation du PBR et de la douleur neuropathique partagent d'importantes similitudes : fibres sensorielles C et Aδ, canaux ioniques clés (TRPV1, TRPA1, NaV) et médiateurs neurochimiques (Substance P, GRP, histamine, cytokines). Cette convergence justifie l'utilisation de traitements ciblant les mécanismes de la douleur neuropathique, telle la capsaïcine topique 8%, pour le PBR [4].
Présentation du Cas Clinique:Une patiente de 64 ans souffrait depuis 2013 d'un PBR bilatéral invalidant (C5-C6) avec allodynie. Le diagnostic s'est appuyé sur :
• Arguments cliniques : absence de rash cutané primaire (lésions de grattage seules), soulagement pathognomonique par le froid.
• Arguments paracliniques : IRM cervicale révélant des sténoses foraminales C5-C6 et C6-C7, EMG normal.
L'échec de deux infiltrations épidurales cervicales a renforcé ce diagnostic.
Dès 2017, des applications annuelles de patchs de capsaïcine 8% (QUTENZA®) sur chaque membre ont procuré un soulagement significatif et durable du prurit et de la douleur, permettant un sevrage complet des traitements anti-neuropathiques antérieurs (prégabaline, amitriptyline).
Discussion:Prurit et douleur, bien que distincts, empruntent des voies neurobiologiques communes. La douleur est principalement véhiculée par les fibres C mécano-et thermo-sensibles et Aδ. Le prurit implique des sous-populations de fibres C (mécano-insensibles, thermo-sensibles) et Aδ, modulées par les kératinocytes, véritables cellules neuro-immuno-endocrines actives. Ces neurones expriment des récepteurs GPCRs et canaux TRP (surtout TRPV1, TRPV3), transduisant divers signaux pruriceptifs.
La capsaïcine, agoniste sélectif de TRPV1, induit une activation neuronale puis une désensibilisation prolongée et une "défonctionnalisation" réversible des terminaisons nerveuses exprimant TRPV1, affectant nocicepteurs et pruricepteurs. L'étude de Pereira montre une normalisation de l'expression épidermique de TRPV1 chez les patients PBR traités, sans restauration de la densité des fibres nerveuses intraépidermiques [5]. Cela suggère que la modulation de la signalisation TRPV1 est un mécanisme clé, impactant prurit et douleur. Le diagnostic du PBR, souvent tardif et qualifié d'énigmatique [3], reste la principale difficulté, retardant l'accès à des thérapies ciblées comme la capsaïcine et la photoprotection.
Conclusion:Ce cas clinique illustre l'intérêt -à vérifier à plus grande échelle-de la capsaïcine topique 8% dans le PBR réfractaire, via la modulation des canaux TRPV1. La compréhension des mécanismes communs au prurit et à la douleur neuropathique, notamment l'implication de TRPV1, offre une base rationnelle pour l'utilisation de tels agents [4]. L'identification précoce du PBR demeure cruciale pour orienter rapidement les patients vers des traitements ciblés et efficaces [2].

Bibliographie
1. Heyl T. Brachioradial pruritus. Arch Dermatol. 1983;119(2):115-116.
2. Yosipovitch G, Bernhard JD. Clinical practice. Brachioradial pruritus. N Engl J Med. 2013 May 2;368(18):1733-9.
3. Mirzoyev SA, Davis MD. Brachioradial pruritus: a common, enigmatic, and often frustrating condition. J Am Acad Dermatol. 2013 Nov;69(5):790-7.
4. Wallengren J, Bartosik J, Greiff L, et al. Treatment of brachioradial pruritus with topical capsaicin cream. J Am Acad Dermatol. 1995 Nov;33(5 Pt 1):831-4.
5. Pereira MP, Lüling H, Dieckhöfer A, et al. Brachioradial Pruritus and Notalgia Paraesthetica: A Comparative Systematic Analysis of Cases From the Literature. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2018 Jan;32(1):123-129.

PENG block un anxiolytique ?

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

N. Hamma 1, A. Lakhel 2, A. Djenane 3, H. Makhloufi 2
1 Faculté De Medecine - Constantine (Algeria), 2 faculté de médecine univércuté3 de Constantine - Constantine (Algeria), 3 faculté de médecine Batna - Constantine (Algeria)

Introduction: l'état d'anxiété, le stress, et la dépression sont les facteurs psychologiques les plus à risque d'induire une douleur postopératoire sévère Ils jouent un rôle important dans le développement de la DCPC; de consommation de morphine plus importante dans divers modèles chirurgicaux, notament en chirurgie orthopédique.L'Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) est un outil validé, spécifiquement conçu pour quantifier cette anxiété en contexte chirurgical. Il est recommandé d'identifier les patients les plus vulnérables à la douleur (à risque de développer une douleur postopératoire sévère et/ou une douleur chronique).et en rechercher les Facteurs associés La SFAR recommande l'utilisation de l' APAIS pour rechercher une anxiété et/ou un besoin d'information en période préopératoire.Materiel et méthodes : Une évaluation prospective a été menée chez 150 patients opérés pour fracture du col fémoral. L'anxiété préopératoire a été mesurée par le score APAIS (seuil ≥11 indiquant une anxiété cliniquement significative) avant et après réalisation d'un bloc PENG échoguidé. Avant la mobilisation pour la rachianésthesie unilatearle Résultats: Avant le PENG, 44% des patients avaient un score APAIS ≥11 (anxiété significative).Après réalisation du bloc PENG, cette proportion chute à 16%, soit une réduction relative de 63.6% de l'anxiété modérée à sévère.Une corrélation inverse significative a été observée entre l'âge et le score APAIS (p = 0.0001), confirmant que les patients plus jeunes étaient plus anxieux. Aucune différence significative selon le sexe n'a été retrouvée.Discussion: Dans notre étude selon le score APAIS, nos patients présentaient un état d'anxiété élevé ceci était en rapport avec l'appréhension et la peur de la douleur surtout au moment de la mobilisation pour la rachieanesthesie; mais aussi par manque d'information concernant les modalités analgésiques. Nos résultats sont en accord avec ceux de la littérature concernant la prévalence de l'anxiété préopératoire, qui atteint environ 35–45 % dans divers contextes chirurgicaux selon les études utilisant l'APAIS. ce score permet de distinguer l'anxiété liée à l'anesthésie et celle liée à la chirurgie, et de cibler les interventions de prise en charge psychologique ou pharmacologique.La réduction marquée du score APAIS après le PENG block suggère que ce geste analgésique, en plus de son efficacité sur la douleur, il pourrait réduire l'anxiété, soit directement par son effet antalgique, soit indirectement en rassurant le patient. Le caractère anxiolytique indirect du bloc PENG pourrait s'expliquer par la réduction rapide de la douleur anticipée, l'effet rassurant de la procédure technique, et la sensation de prise en charge optimale ressentie par les patients. Conclusion: le score APAIS constitue un outil efficace de dépistage de l'anxiété préopératoire.La mise en œuvre du bloc PENG, en complément de l'information préopératoire, a permis une réduction de l'anxiété associé.Son intégration dans les protocoles pourrait contribuer à une amélioration globale de l'expérience patient.

Bibliographie

1. Aubrun F, Nouette Gaulain K, Fletcher D, Belbachir A, Beloeil H, Carles M, et al. Réactualisation de la recommandation sur la douleur postopératoire. Anesthésie & Réanimation. déc 2016;2(6):421-30.
2. Maurice-Szamburski A, Bruder N, Loundou A, Capdevila X, Auquier P. Development and validation of a perioperative satisfaction questionnaire in regional anesthesia. Anesthesiology. janv 2013;118(1):78-87.

3. Kiran LV, Mohan CRV, Shridevi K, Anusha DVB, Subudhi S. Factors associated with Preoperative Anxiety and Fear of Anesthesia using APAIS Score in a Tertiary Care Hospital, Telangana. 2021;8(11).
4. Girón-Arango L, Peng PWH, Chin KJ, Brull R, Perlas A. Pericapsular Nerve Group (PENG) Block for Hip Fracture: Regional Anesthesia and Pain Medicine. juill 2018;1.
5. Jeevendiran A, Suganya S, Sujatha C, Rajaraman J, R S, Asokan A, et al. Comparative Evaluation of Analgesic Efficacy of Ultrasound-Guided Pericapsular Nerve Group Block and Femoral Nerve Block During Positioning of Patients With Hip Fractures for Spinal Anesthesia: A Prospective, Double-Blind, Randomized Controlled Study. Cureus. 16(3):e56270.

La Mésothérapie utilisant la lidocaïne et à la kétamine dans le Syndrome Douloureux Régional Complexe de type 1 (SDRC-1) : une étude prospective randomisée en double insu

Recherche Clinique

P. Lafuma 1, L. Magaud 2, A. Abichou-Klich 3, M. Rabilloud 3, J. Wegrzyn 4, C. Baude 5, P. Rippert 6, M. Kaou 2, J. Haesebaert 2, F. Rongieras 7, C. Marchand 8, C. Dhelens 8, O. Febvey-Combes 2
1 Hospices Civils De Lyon, Service De Chirurgie Orthopédique Et Urgences Traumatologiques Du Membre Inférieur, Groupement Hospitalier Centre Edouard Herriot - Lyon (France), 2 Hospices Civils de Lyon, Pôle de Santé Publique, Service Recherche et Epidémiologie Cliniques, Lyon, France - Lyon (France), 3 Hospices Civils de Lyon, Service de biostatistique-bioinformatique, Lyon, France; Université Claude Bernard Lyon 1, UMR 5558, CNRS, Villeurbanne, France - Lyon (France), 4 Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Service d'orthopédie et traumatologie, Lausanne, Suisse - Lyon (France), 5 Médipôle Lyon Villeurbanne, Centre de la douleur, Villeurbanne, France - Lyon (France), 6 Hospices Civils de Lyon, Pôle de Santé Publique, Unité Bases Cliniques et Epidémiologiques, Lyon, France - Lyon (France), 7 Hospices Civils de Lyon, Service de chirurgie orthopédique et urgences traumatologiques du membre inférieur, Groupement Hospitalier Centre Edouard Herriot, Lyon, France - Lyon (France), 8 Hospices Civils de Lyon, Service Pharmaceutique, Groupement Hospitalier Centre Edouard Herriot, Lyon, - Lyon (France)

Le syndrome douloureux régional complexe de type 1 (SDRC-1) est un syndrome douloureux invalidant dont le traitement reste difficile. La mésothérapie est une méthode thérapeutique qui consiste à injecter de faibles doses de substances actives dans la peau, à proximité de la zone à traiter. Aucune étude n'a évalué la mésothérapie chez les patients atteints de SDRC-1. L'objectif de cette étude randomisée était d'évaluer l'efficacité et la sécurité de mélanges de kétamine et de lidocaïne comparativement à la lidocaïne seule, administrés par mésothérapie. Le critère de jugement principal était la différence de douleur évaluée par une échelle visuelle analogique (EVA) entre l'inclusion et 2 mois, après quatre séances de mésothérapie. Au total, 31 patients ont été inclus et randomisés pour recevoir de la lidocaïne 20 mg (n=10), de la lidocaïne 20 mg + kétamine 20 mg (n=11), ou de la lidocaïne 20 mg + kétamine 40 mg (n=10). La différence moyenne du score EVA entre l'inclusion et 2 mois était de -25,60 (IC 95 % : -42,81, -8,39) dans le groupe lidocaïne 20 mg, -10,13 (IC 95 % : -26,24, 5,99) dans le groupe lidocaïne 20 mg + kétamine 20 mg, et -19,06 (IC 95 % : -36,11, -2,02) dans le groupe lidocaïne 20 mg + kétamine 40 mg. La différence de variation du score EVA entre les 3 groupes n'était pas statistiquement significative (valeur p = 0,36). Les variations de scores de douleur sur les échelles "Neuropathic Pain Symptom Inventory (NPSI)" et "Brief Pain Inventory (BPI)" et les variations des scores de qualité de vie étaient similaires entre les groupes. La majorité des patients ont utilisé des analgésiques pendant l'étude. Aucun événement indésirable infectieux ou événement indésirable grave n'est survenu. Cet essai randomisé en double aveugle est le premier à avoir comparé la lidocaïne et la kétamine à différentes doses administrées par mésothérapie. L'étude n'a pas démontré l'efficacité d'un mélange de kétamine et de lidocaïne comparativement à la lidocaïne seule pour diminuer la douleur dans le SDRC-1. Aucun risque infectieux associé à la procédure de mésothérapie n'a été identifié.

Utilisation de la tDCS à visée antalgique en médecine libérale : série ouverte de 12 patients douloureux chroniques.

Recherche Clinique
H. Magne 1, X. Moisset 2
1 Cabinet Privé & Inserm Neurodol - Beaumont & Clermont-Ferrand (France), 2 Neurologie Chu & Inserm Neurodol - Clermont-Ferrand (France)

Introduction : La douleur chronique touche un adulte sur cinq et entraine des répercussions psycho-sociales et socio-économiques significatives. Environ deux patients sur trois ne sont pas soulagés par les traitements, et ceux-ci sont souvent à l'origine d'effets secondaires invalidants. Les techniques de neuromodulation cérébrale offrent de nouvelles possibilités thérapeutiques non-pharmacologiques et non-invasives. Parmi ces techniques, la stimulation électrique transcrânienne par courant continu (tDCS) se distingue par sa simplicité d'utilisation, bien que les données concernant cette technique soient encore limitées et que son efficacité ne soit pas formellement établie (Antonioni et al., 2024, Soliman et al., 2025).
Objectif : Déterminer la faisabilité et l'efficacité de séances quotidiennes de tDCS chez des patients souffrant de douleurs chroniques pris en charge en médecine libérale.
Matériels et méthodes : 12 patients (âge moyen : 55±16 ans, 10 femmes, 2 hommes) atteints de douleurs chroniques (fibromyalgie : 5, douleurs neuropathiques : 5, migraine chronique : 2) ont bénéficié de 10 séances de tDCS (1 séance par jour, 5 jours consécutifs pendant 2 semaines). Chaque séance de 20 min consistait en l'application d'un courant de 2 mA, avec positionnement de l'anode en regard du cortex moteur primaire et de la cathode en regard du cortex orbito-frontal controlatéral. L'intensité de la douleur, l'intensité de la fatigue et la qualité du sommeil ont été évalués à l'aide d'une échelle visuelle analogique à J0, J5 et J10, ainsi qu'à 1 mois (M1) et 3 mois (M3) après la fin du protocole.
Résultats : A J0, l'intensité de la douleur, de la fatigue et la qualité du sommeil étaient à 7,4±1,4, 6,7±1,7, et 4,5±1,7, respectivement. A J10, il n'y avait pas de variation de l'intensité douloureuse (p=0,37), contrairement à la fatigue qui était significativement améliorée (5,3±0,8, p=0,01) ; la qualité du sommeil tendait à être améliorée (5,6±1,0, p=0,07). À M1, l'intensité douloureuse tendait à diminuer (6,3±1,4, p=0,07), alors que la fatigue et le sommeil étaient significativement améliorés (5,1±0,8, p=0,01 ; 6,3±0,8, p=0,003). Les effets bénéfiques sur la fatigue et le sommeil persistaient à M3, tandis que la douleur devenait significativement plus faible (6,1±1,4, p=0,05). Les patients avaient bénéficié d'une réduction moyenne de leur douleur de 16% (de 0 à 25%). Aucun effet indésirable notable n'a été signalé.
Conclusion : Nos résultats semblent montrer une efficacité antalgique limitée et retardée de la tDCS chez les patients douloureux chroniques, tandis qu'un bénéfice sur la fatigue et la qualité de sommeil pourrait exister de façon plus nette et plus précoce. Cette série de cas montre que l'utilisation de la tDCS est tout à fait envisageable en pratique médicale libérale. Des études méthodologiquement solides sont toutefois nécessaires pour valider l'intérêt de cette technique.

Bibliographie
Antonioni A, Baroni A, Fregna G, Ahmed I, Straudi S. The effectiveness of home-based transcranial direct current stimulation on chronic pain: A systematic review and meta-analysis. Digit Health. 2024, 26;10:20552076241292677.
Soliman N, Moisset X, Ferraro MC, de Andrade DC, Baron R, Belton J, Bennett DLH, Calvo M, Dougherty P, Gilron I, Hietaharju AJ, Hosomi K, Kamerman PR, Kemp H, Enax-Krumova EK, McNicol E, Price TJ, Raja SN, Rice ASC, Smith BH, … NeuPSIG Review Update Study Group. Pharmacotherapy and

non-invasive neuromodulation for neuropathic pain: a systematic review and meta-analysis. The Lancet. Neurology, 2025, 24(5), 413–428.

L' acupuncture est utile dans la douleur aigüe : mise en oeuvre aux urgences et en soins péri-opératoires

Recherche Clinique
M.L. Pierru 1, C. Sochala 2
1 C.h. L. Domergue - La Trinité (Martinique), 2 Polyclinique Henin-Beaumont - Hénin-Beaumont (France)

L'intérêt de l'acupuncture (ACP) est connu dans la prise en charge des douleurs chroniques et peu étudiée pour la prise en charge de douleurs aigües au fil des soins, sans programmation. Nous avons observé les effets d'ACP rapidement exécutée dans la douleur aigüe en soins d'urgence et en contexte anesthésique péri-opératoire.

De 10/2024 à 05/2025, nous avons étudié les effets d'un protocole analgésique d'ACP rapide (Fast ACP ou FACP, appliquée sur le corps et le micro-système auriculaire en 5 min maximum), appliqué par des praticiens expérimentés dans leur métier (médecine d'urgence, anesthésie-réanimation) ainsi qu'en ACP et participant à son enseignement. Au cours de leur prise en charge, nous avons proposé à 50 patients présentant une douleur aigüe inaugurale ou résistant au traitement médicamenteux, d'intensité modérée à intense (cotation de 5 à 10 sur l'échelle numérique, EN), un protocole FACP adapté fixant, avec chaque patient, son objectif de réduction de la douleur.

L'évaluation, établie par les patients à 15 min, et jusqu'à 24h après la réalisation de FACP, incluait l'efficacité (E) en %, la rapidité d'action (RA) en minutes ; pour les cas possibles : la durée de l'effet analgésique satisfaisant (D) en heures et, pour certains, la récupération (Réc) en % approximatif d'un mouvement bloqué. Pour l'efficacité (E) sur les symptômes visés, FACP a atteint l'objectif (ramener EN au niveau supportable par le patient) selon un rapport 47/50 (94%). La rapidité d'action (RA) varie de moins de 1 jusqu'à 5 minutes dans 100% des cas de succès. Pour les cas évaluables, la durée de l'effet (D) est considérée comme suffisante, identique à l'effet escompté d'un médicament pris oralement (> 5h) pour 82,7% (24/29) et prolongée (> 24h) pour 79,3% (23/29) des patients.
L'évaluation de (Rec), possible chez 24/25 patients (96%), montre un gain moyen d'amplitude d'au moins 30°.
L'analyse des 3 échecs d'(E) nous permet d'en comprendre les raisons : la nécessité de cibler précisément les patients pouvant bénéficier de FACP.

Eprouvée par les neurosciences (1, 2), la méthode acupuncturale "challenge la médecine scientifique occidentale" rapporte le rapport de l'INSERM (3). Notre étude, basée sur l'utilisation de FACP (protocole de 5 minutes maximum pour un praticien expérimenté) sur des douleurs aigües en service d'urgence ou en péri-opératoire, montre une efficacité et une rapidité d'action adaptées à ces situations, en rapport avec les objectifs fixés en commun avec le patient. Nous proposons de vérifier la méthode à plus grande échelle selon une robuste méthodologie (4). A condition d'encourager et soutenir les recherches dans ce domaine, nous postulons que la formation sérieuse de futurs médecins à FACP, surtout dans les spécialités transversales comme celles des médecins urgentistes et anesthésistes, pourrait élargir le spectre thérapeutique pour les patients.

Bibliographie
[1] Volf N. «Somatosensory evoked potentials in the investigation of auricular acupuncture points» Acupunct.Med.2000; 18; 2-9.

[2] WuMT et al. Neuronal specificity of acupuncture response : a fMRI study with electroacupuncture. Neuroimage. 2002;16(4):1028-37.).
[3] https://www.inserm.fr/wp-content/uploads/2017-11/inserm-rapportthematique-evaluationefficacitesecuriteacupuncture-2014.pdf
[4] Battlefield aucupuncture as a treatment for pain. F.J. Salamone et al. South Med J 2021 Apr.

Douleurs en psychiatrie : enquête au CH Alpes Isère

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

E. Cotte Raffour 1, E. Colin 2, T. Delorme 2, A.L. Gilibert 2, M.P. Houdebine 2, B. Jouve 2, M. Dransart 2
1 Ch Alpes Isère; Ghm Grenoble - Grenoble (France), 2 Ch Alpes Isère - Grenoble (France)

Les patients avec une pathologie psychiatrique sont plus à risque de douleurs aiguës et de chronicisation de leurs douleurs. Les consommations de tabac et de substances psychoactives sont fréquentes et les douleurs récurrentes sont un facteur motivationnel supplémentaire. Les liens sont bidirectionnels. Il existe de nombreuses croyances autour du symptôme douloureux en psychiatrie. L'évaluation n'est pas aisée et l'ombrage diagnostique perdure [1]. Ils peuvent être responsables de sous dépistage, d'évaluation biaisée et de prise en soin insuffisante. Les référents CLUD du CH Alpes Isère ont enquêté, au-delà du dépistage systématique de routine, pour connaître la prévalence de la douleur chronique et celle des douleurs à composante neuropathique.

Méthode : Après recueil de leur consentement, les patients hospitalisés (en hospitalisation complète ou partielle) ont répondu à 12 questions, dont celles du DN4* simplifié, pour dépister les douleurs à composante neuropathique [2,3]. Pour compléter ces données, le service qualité a interrogé la satisfaction de 234 patients, hospitalisés en 2024.

Résultats - 36 patients ont participé (20 femmes/16 hommes). 44,44% présentent une douleur au moment de l'enquête. 36% ont une douleur modérée à sévère (EN* > 3). 25% ont une douleur depuis plus de 3 mois.19,44% ont une douleur d'intensité >3, depuis plus de 3 mois.11,11% (mais 33% parmi les douloureux chroniques) ont un DN4 simplifié positif. Lors du recueil de la satisfaction par le service qualité, 83% des répondants se disent satisfaits ou très satisfaits de leur prise en charge de la douleur somatique et 87% le sont à propos de la douleur psychique.

Discussion - Bien que cet échantillon soit composé de patients jeunes (âge médian 34 ans), la prévalence des douleurs est plus élevée qu'en population générale. Celle de la douleur chronique, d'intensité modérée à sévère (19,44%) est concordante avec la littérature (20%) [3]. 11,11% ont un DN4 simplifié positif versus 6.9% en population générale [3]. Les douleurs à composante neuropathique pourraient donc être plus fréquentes. L'orientation vers les consultations douleur du CH Alpes Isère donne accès au TENS et à la musicothérapie en U, si besoin. Le dépistage systématique, l'évaluation du mécanisme des douleurs associés à une prise en charge holistique, pluridisciplinaire (psychiatre, infirmiers, kinés, diététicienne, psychologue, psychomotricien et ergothérapeute, IPA) permettent d'améliorer la qualité de vie.

Conclusion - Les phénomènes douloureux sont fréquents en psychiatrie. L'accès aux "consultations douleur" du CH Alpes Isère permet l'utilisation de techniques complémentaires. Les objectifs, au-delà du soulagement, sont de prévenir le risque de dégradation de la santé mentale, de limiter le handicap et le risque de mésusage ou d'addiction. La satisfaction des patients est un indicateur de qualité de ces soins et les bons résultats nous confortent dans nos actions.

Bibliographie

[1] Hallyburton, A., & Allison-Jones, L. (2023). Mental health bias in physical care: An integrative review of the literature. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 30, 649–662. https://doi.org/10.1111/jpm.12911

[2] Bouhassira D, Attal N, Fermanian J, et al. Development and validation of the Neuropathic Pain Symptom Inventory. Pain 2004 ; 108 : 248-57
[3] Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. Pain 2008;136:380—7.
[4] 2019-10-18-DP_SFETD_Douleur_France.pdf

Effets de l'activité physique sur la prévalence et l'intensité de la douleur neuropathique : revue systématique et méta-analyse

Recherche Clinique

A. Hardy 1, L. Tremblais 2, S. Corvin 1, T. Fargeot 1, C. Fauchon 1, C. Quesada 3
1 Equipe Neuro-Dol, Université Clermont-Auvergne - Clermont-Ferrand (France), 2 Service De Chirurgie Orthopédique De La Main Et Du Membre Supérieur, Hôpital Edouard Herriot - Lyon (France), 3 Equipe Neuropain, Université Jean Monnet - Saint-Etienne (France)

Introduction : Les douleurs neuropathiques (DN) chroniques touchent 6 % des Français [1]. Les atteintes sensorimotrices liées aux pathologies en cause conduisent les patients à suivre une rééducation chez un kinésithérapeute. Or, il n'existe pas de consensus scientifique sur l'apport de la rééducation pour la DN. S'il a été montré depuis plusieurs années que l'activité physique (AP) est efficace contre les douleurs chroniques et améliore la perception de la qualité de vie [2], il n'existe pas d'étude de la littérature pour son application contre les DN chroniques spécifiquement [3]. L'objectif de cette revue est de déterminer l'impact de l'AP sur la prévalence et l'intensité de la DN.
Matériel et méthodes : La méthodologie PRISMA a été suivie pour cette revue systématique. Les articles ont été recherchés sur PubMed, Embase, Cochrane, Scopus, Web of Science et PEDro. Les études originales en langue anglaise mesurant l'impact de l'AP sur les divers types de DN (centrale ou périphérique) ont été retenues. Chaque modalité d'AP rencontrée a été évaluée : renforcement aérobie, anaérobie, sport, loisirs, trajets quotidiens, métier physique. Une analyse en sous-groupes a été réalisée pour évaluer l'impact de l'étiologie de la DN sur l'effet de l'AP.
Résultats : La méta-analyse rassemble 38 études. L'AP de loisirs est associée à une réduction de la prévalence de la DN, tandis que le métier physique est associé à une majoration de la prévalence de la DN. Les modes de renforcement aérobique et anaérobique sont associés à une réduction de l'intensité de la DN. Le sport et les trajets quotidiens sont associés à des effets variables sur la DN, sans tendance globale. Parmi les étiologies rencontrées (diabète, lombalgie, cancer, lésion médullaire, DN d'origine périphérique), aucune n'influence significativement l'effet global de l'AP sur la DN.
Discussion : L'AP encadrée (renforcement) ou pratiquée dans un contexte de plaisir (loisirs) est associée à une réduction de la DN. L'AP impliquant des contraintes (sport, trajets quotidiens) est associée à des effets variables. L'AP subie (emploi) est associée à une majoration de la DN. De futures recherches sont nécessaires pour distinguer différents types de sport, et de loisirs, étudier l'effet-dose et l'influence de la qualité de vie sur les résultats. Dans la lutte contre la DN, les kinésithérapeutes doivent continuer de promouvoir l'AP tout en s'assurant que cette AP est pratiquée selon des modalités adaptées aux conditions de santé du patient et ne représente pas une contrainte pour lui.

Bibliographie

[1] C. Chenaf, J. Delorme, N. Delage, D. Ardid, A. Eschalier, N. Authier, Prevalence of chronic pain with or without neuropathic characteristics in France using the capture-recapture method: a population-based study, Pain, 159 (2018), pp. 2394-2402
[2] K.A. Sluka, J.M. O'Donnell, J. Danielson, L.A. Rasmussen, Regular physical activity prevents development of chronic pain and activation of central neurons, J Appl Physiol, 114 (2013), pp. 725-733
[3] X. Moisset, D. Bouhassira, J. Avez Couturier, H. Alchaar, S. Conradi, M.H. Delmotte, et al., Pharmacological and non-pharmacological treatments for neuropathic pain: Systematic review and French recommendations, Rev Neurol, 176 (2020), pp. 325-352

Prévalence et retentissement des douleurs chroniques en France : étude PREVA-DOL

Recherche Clinique

J. Phalip 1, C. Bertin 1, X. Moisset 2, A. Corteval 3, N. Kerckhove 1, N. Authier 4
1 Chu Clermont-Ferrand, Umr 1107 Inserm/uca Neurodol, Fondation Analgesia - Clermont-Ferrand (France), 2 Chu Clermont-Ferrand, Umr 1107 Inserm/uca Neurodol - Clermont-Ferrand (France), 3 Fondation Analgesia - Clermont-Ferrand (France), 4 Chu Clermont-Ferrand, Umr 1107 Inserm/uca Neurodol, Fondation Analgesia - Clermont-Ferrand (France) - Clermont-Ferrand (France)

Introduction
La douleur chronique constitue un problème majeur de santé publique, tant en raison de sa forte prévalence que de son impact significatif sur la qualité de vie des patients et les coûts sociétaux qu'elle engendre [1]. Elle est définie comme une douleur présente la plupart du temps depuis plus de trois mois et est désormais reconnue comme une pathologie à part entière dans la CIM-11 [2]. En France, les données disponibles, bien que datant de plus de dix ans, estiment la prévalence de cette douleur à environ 30 % de la population adulte [3,4]. Toutefois, les estimations varient en fonction des définitions utilisées, rendant nécessaire une actualisation fondée sur une méthodologie rigoureuse.
Méthodes
Une enquête transversale a été menée auprès d'un échantillon représentatif de la population française adulte (N = 11 940), constitué selon la méthode des quotas sur la base de critères sociodémographiques. Les données ont été recueillies entre janvier et février 2025 par questionnaire auto-administré en ligne (CAWI), via le panel Kantar. L'analyse s'est concentrée sur un sous-échantillon de 5 000 répondants déclarant souffrir de douleurs chroniques. L'étude a été réalisée conformément à la norme ISO 20252.
Résultats
Parmi l'échantillon total, 42 % des interrogés ont déclaré souffrir des douleurs chroniques la plupart du temps depuis au moins 3 mois dont 57% de femmes. Chez ces derniers, 40 % souffraient depuis moins d'un an, 27 % depuis un à quatre ans, et 33 % depuis plus de cinq ans. En moyenne, les personnes concernées rapportaient 3,3 types de symptomatologies douloureuses. La douleur musculosquelettique prédominait, suivie des céphalées et des douleurs abdominales. Des symptômes de type douleur neuropathique ont été rapportés par 32 % des patients. Les limitations d'activité liées aux céphalées touchaient particulièrement les jeunes adultes et les CSP+. Concernant la prise en charge, 92 % ont eu recours à des médicaments sur ordonnance, essentiellement du paracétamol, et 87 % à l'automédication. Une prise en charge pluriprofessionnelle était en place pour 40 % des patients. Seuls 37 % se déclaraient satisfaits de leur suivi. Les données PROMIS indiquent des atteintes modérées à sévères de la qualité de vie, en particulier en lien avec la fatigue, le sommeil, l'anxiété et la douleur elle-même.
Discussion
Ces résultats actualisent les données de prévalence de la douleur chronique en France, désormais estimée à 42 % chez les adultes. Malgré des recours fréquents aux traitements, la satisfaction des patients et les indicateurs de qualité de vie restent insuffisants, soulignant la nécessité d'améliorer les stratégies de prise en charge, notamment en termes d'accessibilité et de coordination des soins.

Bibliographie
1. Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. Lancet. 2021 May 29;397(10289):2082-2097. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00393-7. PMID: 34062143.

2. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, Cohen M, Evers S, Finnerup NB, First MB, Giamberardino MA, Kaasa S, Kosek E, Lavand'homme P, Nicholas M, Perrot S, Scholz J, Schug S, Smith BH, Svensson P, Vlaeyen JWS, Wang SJ. A classification of chronic pain for ICD-11. Pain. 2015 Jun;156(6):1003-1007. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000160. PMID: 25844555; PMCID: PMC4450869.
3. Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. Pain. 2008 Jun;136(3):380-387. doi: 10.1016/j.pain.2007.08.013. Epub 2007 Sep 20. PMID: 17888574.
4. Chenaf C, Delorme J, Delage N, Ardid D, Eschalier A, Authier N. Prevalence of chronic pain with or without neuropathic characteristics in France using the capture-recapture method: a population-based study. Pain. 2018 Nov;159(11):2394-2402. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001347. PMID: 30028790.

Croyances et connaissances de la fibromyalgie : le regard d'une étudiante en médecine

Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure
C. Lecarpentier 1, S. Pouplin 1, M. Lanquetuit 1, R. Deleens 1
1 Centre D'évaluation Et De Traitement De La Douleur - Rouen (France)

Croyances et connaissances de la fibromyalgie : le regard d'une étudiante en médecine
Cette étude sur la fibromyalgie a été réalisée par une étudiante en médecine dans le cadre de son stage au CETD. L'objectif est de recueillir des données sur la connaissance et la perception de cette pathologie à travers un questionnaire composé de huit questions, dont trois générales et cinq spécifiques à la maladie.
Méthodologie
Le questionnaire cible divers groupes démographiques, incluant des étudiants, des professionnels de la santé, et des individus de différents secteurs d'activité. Les répondants sont interrogés sur leur âge, leur sexe, leur profession, leur familiarité avec la fibromyalgie, et leur connaissance de personnes atteintes. Des questions spécifiques portent sur les symptômes, le diagnostic, et les traitements de la fibromyalgie.
Résultats
Les résultats montrent une diversité dans la connaissance de la fibromyalgie. Parmi les 98 répondants, 67,3% sont âgés de 20 à 30 ans, et 68,4% sont des femmes. La majorité des répondants (53,1%) sont des étudiants en santé. Concernant la familiarité avec la pathologie, 23% des répondants affirment bien connaître la fibromyalgie, tandis que 32% ont seulement entendu le nom sans en connaître les détails.
Perception de la Pathologie
Les répondants associent la fibromyalgie à divers symptômes et caractéristiques, avec des mots clés tels que "fatigue", "douleur", "dépression", et "anxiété" fréquemment cités. Cependant, des termes comme "exagération", "paralysie", et "fauteuil roulant" sont également mentionnés, indiquant des perceptions erronées ou des idées reçues.
Diagnostic et Traitement
Le diagnostic de la fibromyalgie est perçu comme complexe. 50% des répondants ne savent pas comment il est posé, et 71% des répondants pensent qu'il nécessite l'élimination d'autres pathologies avant d'être confirmé. En termes de traitement, les réponses varient, avec des mentions de traitements antidouleurs, de psychothérapie, et de thérapies non médicamenteuses comme l'hypnose et l'acupuncture. 2 répondants pensent que l'arrêt de l'activité physique est une solution.
Analyse Comparative
L'analyse compare les réponses des professionnels de la santé et des non-professionnels. Les non-professionnels montrent une méconnaissance plus marquée, avec des associations erronées comme "exagération" et "fauteuil roulant". En revanche, les professionnels de la santé ont une meilleure compréhension, bien que des idées reçues persistent.
Conclusion
L'étude met en lumière la nécessité d'une meilleure éducation et sensibilisation sur la fibromyalgie. Les perceptions erronées et les idées reçues peuvent avoir un impact négatif sur la prise en charge des patients. Les résultats soulignent l'importance de campagnes d'information ciblées pour améliorer la compréhension de cette pathologie complexe et souvent mal comprise [1,2,3].

Bibliographie
1- https://fibromyalgiesos.fr/
2 - https://www.fibromyalgie-france.org/

3- La fibromyalgie en actions, des engagements concrets pour amléiorer le parcours des patients, dossier de presse, octobre 2020, https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_expertise_collective_fibromyalgie_0810.pdf&ved=2ahUKEwj11Zy_4fyMAxXyTaQEHRbfHsQQFnoECBUQAQ&usg=AOvVaw3RTeCtjckjRB5QiHjAMZCv

Physiothérapie environnementale pour la gestion durable des douleurs chroniques de la colonne vertébrale : Étude Delphi internationale modifiée

Recherche Clinique

E. Opsommer 1, N. Korogod 1, A.M. Melo Pereira 1
1 Hesav Haute Ecole De Santé-Vaud, Hes-So Haute École Spécialisée De Suisse Occidentale - Lausanne (Switzerland)

Contexte et objectif : La gestion de la douleur entraîne des coûts sociaux, financiers et environnementaux importants. Cette étude visait à explorer le niveau d'accord et les perceptions de physiothérapeutes concernant l'intégration de pratiques durables dans la prise en charge des douleurs chroniques de la colonne vertébrale.
Méthode : Une méthode Delphi modifiée, conforme à la directive ACCORD [1], a été utilisée afin d'intégrer des pratiques de physiothérapie écologiquement responsables dans les recommandations pour la pratique clinique (RPC) sur la douleur spinale chronique. À partir d'une revue systématique sur les recommandations des RPC et d'une revue de portée de la littérature promouvant des pratiques durables [2], des énoncés incluant des considérations environnementales ont été formulés pour la prise en charge des douleurs chroniques de la colonne vertébrale. Un panel international de physiothérapeutes (cliniciens, chercheurs, éducateurs) a évalué ces énoncés sur trois rounds afin d'atteindre un consensus. Les thèmes traités comprenaient le plaidoyer et les politiques environnementales, l'éducation et le développement professionnel, la recherche et l'innovation dans les méthodes de traitement, l'engagement communautaire et l'autonomisation des patients, les pratiques cliniques durables, ainsi que l'établissement de priorités. Le consensus était défini par un IQR ≤ 1. Les énoncés non consensuels étaient révisés et réévalués aux rounds suivants.
Résultats : Sur 150 personnes contactées, 49 ont participé. Quarante-quatre ont répondu au premier round (47 énoncés, 6 questions ouvertes, 1 question de priorisation), 35 au deuxième (17 énoncés, 6 questions de priorisation, 6 QCM, 1 question « Oui, Non, Je ne sais pas ») et 30 au troisième (13 énoncés, 1 question de priorisation, 1 QCM, 1 question « Oui, Non, Je ne sais pas »). La majorité des énoncés a atteint un consensus en deux rounds (28/47 au premier ; 13/17 au second) ; un troisième round a été nécessaire pour évaluer 13 énoncés. Tous les énoncés sauf deux ont atteint un consensus, notamment celui concernant le développement d'outils pour mesurer les impacts cliniques de la prise de décision partagée écoresponsable et celui sur la prise en compte des impacts environnementaux dans la décision thérapeutique.
Conclusion : Cette étude Delphi internationale a permis d'identifier des pratiques durables consensuelles pour la gestion des douleurs chroniques de la colonne vertébrale. Les résultats constituent une base pour intégrer la durabilité dans les recommandations cliniques, en alliant efficacité thérapeutique et responsabilité environnementale, et suggèrent le développement de nouvelles lignes directrices en collaboration avec les instances professionnelles.

Bibliographie

Gattrell, W. T., Logullo, P., van Zuuren, E. J., Price, A., Hughes, E. L., Blazey, P., Winchester, C. C., Tovey, D., Goldman, K., Hungin, A. P., & Harrison, N. (2024). ACCORD (ACcurate COnsensus Reporting Document): A reporting guideline for consensus methods in biomedicine developed via a modified Delphi. PLoS medicine, 21(1), e1004326. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004326
Li, L. S. K., Fryer, C. E., Chi, L., & Boucaut, R. (2024). Physiotherapy and planetary health: a scoping review. European Journal of Physiotherapy, 27(1), 20–30. https://doi.org/10.1080/21679169.2024.2323729

La solitude est associée à la douleur psychologique : vers une compréhension intégrée de la douleur

Recherche Clinique
M. Shahine 1, M. Malestroit 1, P. Courtet 1, E. Olie 1
1 Chu Montpellier - Montpellier (France)

Introduction
La douleur psychologique est souvent associée à la douleur physique. Elle active des réseaux cérébraux similaires à la douleur nociplastique, notamment l'insula, le cortex cingulaire antérieur et le cortex préfrontal (1) La douleur psychologique pourrait être considérée comme une forme de douleur à part entière, avec des implications cliniques importantes, notamment en matière de prévention du suicide (2).
Objectif
Nous avons émis l'hypothèse que la douleur psychologique est présente chez des patients non euthymiques (dépression en rémission)) et des suejts sains indemnes de douleur physique, et qu'elle est étroitement liée à la solitude – facteur reconnu dans l'intensification de la douleur physique et psychique.
Méthode
Nous avons mené une étude transversale incluant 133 patients euthymiques et 84 témoins sains sans antécédents psychiatriques ni douleur chronique. La douleur psychologique a été évaluée par l'échelle PPP-VAS (3), la solitude par l'échelle UCLA, et les facteurs cliniques et socio-affectifs par des outils validés (M.I.N.I., STAIT, C-SSRS, RSQ, CTQ). Des analyses logistiques univariées et multivariées avec régularisation elastic net ont été réalisées.
Résultats
Chez les patients euthymiques, une douleur psychologique élevée était associée à une moindre activité professionnelle, à des troubles anxieux, à un attachement anxieux, à des idées suicidaires plus intenses et à un isolement social accru ($p<0.05$). Seule la solitude restait significative en analyse multivariée (OR=1.05, $p<0.05$). Chez les témoins sains, la solitude était également le seul prédicteur de douleur psychologique élevée (OR=1.09, $p<0.05$).
Discussion
Nos résultats confirment que la solitude est un facteur clé dans l'intensité de la douleur psychologique, même en l'absence de pathologie psychiatrique. Cette solitude pourrait agir comme un amplificateur de la douleur, via des mécanismes de sensibilisation centrale similaires à ceux observés dans la douleur chronique. Des études ont montré que l'isolement social augmente la perception de la douleur physique (4), possiblement par activation de l'axe HPA et de processus inflammatoires communs aux deux types de douleur.
Conclusion
La douleur psychologique pourrait être considérée comme une douleur à part entière, L'identification précoce de la solitude et de la douleur psychologique, même chez les sujets apparemment sains, représente un levier essentiel pour la prévention du suicide et l'amélioration de la qualité de vie.

Bibliographie
(1) Eisenberger, N.I., 2012. The pain of social disconnection: examining the shared neural underpinnings of physical and social pain. Nat. Rev. Neurosci. 13, 421–434.
(2) Conejero, I., Olié, E., Courtet, P., Calati, R., 2018. Suicide in older adults: current perspectives. Clin. Interv. Aging 13, 691–699.

(3) Olié, E., Guillaume, S., Jaussent, I., Courtet, P., Jollant, F., 2010. Higher psychological pain during a major depressive episode may be a factor of vulnerability to suicidal ideation and act. J. Affect. Disord. 120, 226–230.
(4) Matthews, T., Rasmussen, L.J.H., Ambler, A., Danese, A., Eugen-Olsen, J., Fancourt, D., Fisher, H.L., Iversen, K.K., Schultz, M., Sugden, K., Williams, B., Caspi, A., Moffitt, T.E., 2024. Social isolation, loneliness, and inflammation: A multi-cohort investigation in early and mid-adulthood. Brain. Behav. Immun. 115, 727–736.

La douleur en rhumatologie : étude préliminaire de 416 observations dans un service de rhumatologie

Recherche fondamentale
H.A.A. Garba 1
1 Université De N'djamena - N'djamena (Chad)

La douleur en rhumatologie : étude préliminaire de 416 observations dans un service de rhumatologie
HA.A Garba, B. Ramadhane, B Adama, Niasse M, Diallo S.
Service de Rhumatologie du CHU Référence nationale de N'Djamena, Tchad
Service de Rhumatologie du Coud, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Sénégal
Service de Rhumatologie du CHU Ignace-Deen, Université de Gamal Abdel Nasser de Conakry, Guinée
Introduction
La douleur est « une sensation désagréable et une expérience émotionnelle en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en ces termes » selon l'International Association for the Study of Pain (IASP). Il s'agit du maître symptôme en rhumatologie. Elle peut être une douleur nociceptive, neuropathique, nociplastique dont l'une des formes est la fibromyalgie. L'objectif de notre étude était de déterminer les profils épidémiologiques, cliniques, et thérapeutiques de la douleur, des patients du service de Rhumatologie du Centre hospitalier universitaire de Reference nationale de N'Djamena au Tchad.
Patients et méthodes
Étude prospective réalisée dans le service de Rhumatologie du CHU de référence nationale, entre janvier 2019 et juillet 2019, où nous avons colligé les patients ayant consulté pour une douleur au cours de rhumatismes inflammatoires comme dégénératifs. Pour chaque patient, avaient été analysés, les données démographiques, les types de douleurs, les contextes étiologiques, les traitements instaurés et l'évolution sous traitement.
Résultats
Ainsi, 416 patents avaient été colligés dont 79% de femmes, d'âge moyen de 48,89 ans, de caractéristiques socio-économiques superposables à celle de la population générale. La douleur chronique était quasi-constante (99% des cas), en poussées aiguës dans 69% des cas. Le contexte de survenue de la douleur était dominé par les rhumatismes inflammatoires. Elle était symptomatique de rhumatismes inflammatoires dans 66,10% des cas et de rhumatismes dégénératifs dans 37,3% des cas. La prise en charge thérapeutique avait consisté en moyens non pharmacologiques dans tous les cas, médicamenteux antalgiques : paracétamol : 99,5% des cas, AINS : 80,8% des cas, tramadol : 97,4% des cas et anxiolytiques : 32,69% des cas, de co-antalgique : corticoïdes par voie générale : 41,59% des cas et infiltrations cortisoniques : 42,07% des cas, de traitements dits de fond des rhumatismes dans tous les cas. L'efficacité globale du traitement était bonne dans 70% des cas.
Conclusion
Notre étude confirme l'omniprésence de la douleur en milieu hospitalier rhumatologique. Survient surtout chez la femme, d'âge moyen de 48,89 ans. Les types de douleurs intriqués sont dominés par les douleurs nociceptives (95%) associées souvent à des douleurs neuropathiques et fibromyalgiques. Le traitement symptomatique permet une amélioration dans la majorité des cas. La prise en charge thérapeutique est efficace chez 3 patients sur 4.
Références : [1].Attal N et al Rev Rhum 2009 ;76 :507–10. [2].Bailly F et al Rev Rhum 2016 ;83 :105-9.

Bibliographie
[1].Attal N et al Rev Rhum 2009 ;76 :507–10.
[2].Bailly F et al Rev Rhum 2016 ;83 :105-9.

Gestion de la douleur postopératoire du sujet âgé et évaluation de l'adéquation aux recommandations : une étude observationnelle dans un service de MPR

Recherche fondamentale

J. Trebucq 1, S. Cheriet 2, S. Pouplin 3, F. Roca 4, L. Roullée 5, E. Verin 2, G. Prum 2
1 Csmr La Tour De Gassies - Bruges (France), 2 Service De Médecine Physique Et De Réadaptation, Chu De Rouen - Rouen (France), 3 Centre D'étude Et De Traitement De La Douleur, Service De Rhumatologie, Chu De Rouen - Rouen (France), 4 Service De Médecine Gériatrique, Chu De Rouen - Rouen (France), 5 Service De Médecine Physique Et De Réadaptation, Chu Amiens-Picardie - Amiens (France)

Introduction : La proportion de sujets âgés opérés croît chaque année. La gestion de la douleur postopératoire est fondamentale, mais actuellement sous-estimée et insuffisamment prise en charge chez le sujet âgé. Cette étude a été réalisée afin d'évaluer les antalgiques prescrits en les comparant aux recommandations dans un but d'amélioration des pratiques.
Méthodes : Cette étude rétrospective, descriptive et monocentrique a été réalisée entre janvier 2017 et avril 2022. L'objectif principal était de décrire les antalgiques prescrits à l'admission et d'évaluer les adéquations aux recommandations.
Résultats : Au total, 611 patients âgés de 65 ans et plus admis après arthroplastie de genou ont été inclus. 90,4 % patients étaient douloureux à l'entrée, dont 9,6 % présentant une douleur neuropathique. Près de la moitié (40 %) des prescriptions étaient considérées comme « surmédiquées » par rapport aux recommandations. Parmi les patients présentant une douleur neuropathique, 68,4 % n'ont pas reçu d'antalgique recommandé en première intention.
Conclusion : Bien que probablement surestimée, la proportion de surmédication rappelle l'importance de la juste prescription, d'autant plus chez le sujet âgé. Une prise en charge des douleurs neuropathiques constitue un axe d'amélioration dégagé par cette étude.

Bibliographie

1. Pickering G, Capriz F, Morel V, Le Caër F, Guillaumé C, Floccia M, et al. Consensus multidisciplinaire de l'intergroupe SFETD/SFGG sur l'utilisation des opioïdes dits faibles dans la prise en charge de la douleur chez la personne âgée. Doul Analg 2021 ; 34 : 247-59.
2. Vader K, Bostick GP, Carlesso LC, Hunter J, Mesaroli G, Perreault K, et al. La définition révisée de la douleur de l'IASP et les notes complémentaires : les considérations pour la profession de la physiothérapie. Physiother Can 2021 ; 73 : 106-9.
3. Capriz F, Chapiro S, David L, Floccia M, Guillaumé C, Morel V, et al. Consensus multidisciplinaire d'experts en douleur et gériatrie : utilisation des antalgiques dans la prise en charge de la douleur de la personne âgée (hors anesthésie). Douleurs : Évaluation – Diagnostic – Traitement 2017 ; 18 : 234-47.
4. Chapiro S. Évaluation de la douleur de la personne âgée. Douleurs : Évaluation – Diagnostic – Traitement 2021 ; 22 : 133-9.
5. Moisset X, Bouhassira D, Couturier JA, Alchaar H, Conradi S, Delmotte MH, et al. Traitements pharmacologiques et non pharmacologiques de la douleur neuropathique : une synthèse des recommandations françaises. Doul Analg 2020 ; 33 : 101-12.
6. Sherwood GD, McNeill JA, Starck PL, Disnard G. Changing acute pain management outcomes in surgical patients. AORN J2003 ; 77 : 374-95.
7. Wang H, Sherwood GD, Liang S, Gong Z, Ren L, Liu H, et al. Comparison of postoperative pain management outcomes in the United States and China. Clin Nurs Res 2021 ; 30 : 1290-300.

8. Qu Shen, Sherwood GD, McNeill JA, Zheng Li. Postoperative pain management outcome in chinese inpatients. West J Nurs Res 2008 ; 30 : 975-90.
9. Soleymani D, Berrut G, Campéon A, Balard F, Le Bihan B, Raymond E, et al. Promouvoir la participation sociale des personnes âgées [Dossier]. Santé en action 2018 ; 443.
10. Blanchet M. Atlas des séniors et du grand âge en France. Rennes : Presses de l'EHESP : 2017.
11. Pozzobon D, Ferreira PH, Blyth FM, Machado GC, Ferreira ML. Can obesity and physical activity predict outcomes of elective knee or hip surgery due to osteoarthritis? A meta-analysis of cohort studies. BMJ Open 2018 ; 8 : e017689.
12. Maurice-Szamburski A, Martinez V. Le livre blanc de la douleur : La douleur postopératoire et sa synchronisation. SFERD ; 2022.
https://sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2022/sfar_livre_blanc_de_la_douleur_2022_interactive_file.pdf
13. Shellito AD, Dworsky JQ, Kirkland PJ, Rosenthal RA, Sarkisian CA, Ko CY, et al. Perioperative pain management issues unique to older adults undergoing surgery: A narrative review. Ann Surg Open 2021 ; 2 : e072.
14. McKeown JL. Pain management issues for the geriatric surgical patient. Anesthesiol Clin 2015 ; 33 : 563-76.
15. Martinez V. La douleur neuropathique postopératoire. SFAR ; 2014.
https://sfar.org/wp-content/uploads/2014/04/25_Martinez.pdf
16. Pickering G, Marcoux M, Chapiro S, David L, Rat P, Michel M, et al. An Algorithm for Neuropathic Pain Management in Older People. Drugs Aging 2016 ; 33 : 575-83.
17. Sakakibara N, Higashi T, Yamashita I, Yoshimoto T, Matoba M. Negative pain management index scores do not necessarily indicate inadequate pain management: a cross-sectional study. BMC Palliat Care 2018 ; 17 : 102.
18. Calvino B. Physiologie de la douleur aiguë. Médecine de catastrophe – Urgences collectives 2021 ; 5 : 17-20.
19. Coulongeat M, Pambet M, Chassagne P, Gauvain JB. Le concept de fragilité chez la personne âgée : implications pour le rhumatologue. Rev Rhum Monogr 2019 ; 86 : 164-71.
20. Capriz F. Vulnérabilité du patient âgé douloureux chronique – pourquoi la reconnaître ?

Evaluer le bénéfice des injections de toxine botulique, à visée antalgique, sur les neuropathies chimio-induites des membres inférieurs

Recherche Clinique
L. Le Polles 1, J.L. Kurmann 1
1 Institut Paoli-Calmettes - Marseille (France)

CONTEXTE :
La douleur neuropathique concerne 7 à 10 % de la population générale et représente un enjeu majeur de santé publique (1,2). Les neuropathies périphériques induites par chimiothérapie (NPIC) constituent une complication fréquente, impactant la qualité de vie des patients traités pour cancer. Leur prise en charge repose principalement sur des traitements systémiques, souvent limités par leurs effets indésirables. Parmi les options locales, les injections de toxine botulique constituent une alternative prometteuse en deuxième ou troisième intention, bien que peu d'études aient spécifiquement évalué leur efficacité dans le contexte des NPIC.(3,4)
METHODOLOGIE :
Une étude rétrospective monocentrique a été menée à l'Institut Paoli-Calmettes (Marseille) entre novembre 2023 et mars 2025. Elle a inclus des patients ayant reçu des injections de toxine botulique (Xeomin) au niveau des membres inférieurs, dans un but antalgique ciblant les NPIC. L'étude a été validée par le directeur de la recherche clinique de l'établissement.
RESULTATS :
Quinze patients ont été inclus, dont 10 femmes (66 %), avec un âge moyen de 63,8 ans (53–81 ans). Les cancers sous-jacents étaient principalement d'origine mammaire (46,6 %) et hématologique (33 %). Tous les patients avaient déjà reçu un traitement par patchs de capsaïcine. Avant traitement, l'ensemble des patients présentaient une évaluation de la douleur (EN) ≥ 4/10.
Les injections ont été réalisées sur les pieds, à raison de 3 à 4 points d'injection par pied, avec des doses de 2,5 ou 5 unités par point. Les séances étaient espacées d'au moins deux mois. Un patch d'EMLA était appliqué avant chaque séance et l'usage du MEOPA était variable. L'analyse a été menée jusqu'à un mois après la troisième injection.
Trois patients ont reçu une seule injection, deux patients en ont reçu deux, et dix ont complété les trois injections. Les motifs d'arrêt précoce comprenaient des douleurs induites par le geste (n=2), des contraintes logistiques propres aux patients (n=2) et une aggravation des symptômes (n=1).
Un mois après la première injection, 8 patients rapportaient un soulagement >30 %, contre 6 après la deuxième et 7 après la troisième. Une baisse de l'EN a été observée chez 7 patients, et du score NPSI chez 9 patients. Trois patients ont signalé une diminution de la zone douloureuse. Cinq patients ont réduit ou arrêté leurs traitements antalgiques.
CONCLUSION :
Les injections de toxine botulique semblent apporter un bénéfice antalgique chez certains patients souffrant de NPIC des membres inférieurs, avec une bonne tolérance et un intérêt pour des approches ciblées.

Bibliographie
(1) Nadine Attal, Michel Lanteri-Minet , Bernard Laurent , Jacques Fermanian , Didier Bouhassira. The specific disease burden of neuropathic pain: results of a French nationwide survey. Pain. 2011 Dec;152(12):2836-2843. doi: 10.1016/j.pain.2011.09.014. Epub 2011 Oct 20.
(2) Paul C Langley 1, Chantal Van Litsenburg, Joseph C Cappelleri, Dawn Carroll. The burden associated with neuropathic pain in Western Europe. J Med Econ. 2013;16(1):85-95. doi: 10.3111/13696998.2012.729548. Epub 2012 Oct 10.

(3) Xavier Moisset, Neuropathic pain: Evidence based recommendations. Presse Med. 2024 Jun;53(2):104232. doi: 10.1016/j.lpm.2024.104232. Epub 2024 Apr 17.
(4) Moisset X, Bouhassira D, Attal N. Recommandations françaises pour la douleur neuropathique : mise à jour et commentaires. Rev Neurol (Paris) 2021;177:834–7.

Mise en place d'un accompagnement pluriprofessionnel des patients ayant une migraine sévère et traités par eptinezumab

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

C. Mongaret 1, E. Chandeze 2, A. Bidart-Beauvallot 2, X. Moisset 3, P. Picard 4, L. Bernard 5, S. Conde 6

1 Service Pharmacie, Chu Clermont Ferrand; Er Accept Uca - Clermont Ferrand (France), 2 Cetd, Chu Clermont Ferrand; Er Accept Uca - Clermont Ferrand (France), 3 Service De Neurologie, Chu De Clermont-Ferrand Inserm U-1107, Neurodol Uca - Clermont Ferrand (France), 4 Cetd, Chu Clermont Ferrand - Clermont Ferrand (France), 5 Pole Pharmacie, Chu Clermont Ferrand, Iccf Umr 6296 Cnrs Uca - Clermont Ferrand (France), 6 Service Neurologie, Chu Clermont Ferrand - Clermont Ferrand (France)

Contexte : La prise en charge des patients atteints de migraines sévères a connu une avancée significative avec l'introduction des anticorps ciblant le CGRP. Parmi eux, l'eptinizumab a été référencé dans notre établissement après évaluation en COMEDIMS. Ce traitement administré par voie intraveineuse nécessite une surveillance en milieu hospitalier. Afin de garantir l'accessibilité à cette thérapeutique innovante sans reste à charge pour les patients tout en optimisant son parcours de soins, un hôpital de jour (HDJ) pluriprofessionnel a été structuré. L'objectif de ce travail est de décrire la méthodologie mise en œuvre pour la création de cet HDJ.
Méthode : La structuration de l'HDJ a reposé sur une démarche pluriprofessionnelle associant deux neurologues spécialisés, un pharmacien clinicien, deux infirmiers, ainsi que la direction de l'information médicale (DIM) et de site. Cette coordination transversale a permis de définir un modèle organisationnel cohérent, en répondant aux principales questions opérationnelles : quelle population cible ? quels intervenants mobilisés ? quel circuit de financement ? quelles modalités d'administration, de localisation, de planification, de traçabilité et de coordination avec la ville ?
Résultats : L'HDJ est proposé aux patients atteints de migraines sévères, définies par ≥8 jours de migraine par mois et ≥3 échecs de traitements prophylactiques. Le suivi des patients traités par eptinézumab, administré de manière trimestrielle, est réalisé via l'HDJ. Ce dernier est organisé à M0 (bilan initial), M6 (évaluation de l'efficacité) et M12 (évaluation de la poursuite ou du réajustement de la prise en charge), avec quatre interventions professionnelles coordonnées planifiées sur une demi-journée. Le neurologue s'assure de l'absence de contre-indication, rédige la prescription, et évalue les critères cliniques. L'infirmier assure l'administration, la surveillance du patient, et se positionne dans une relation d'aide pour le patient avec la transmission d'éléments d'éducation thérapeutique, autour de la douleur et de sa gestion. Le pharmacien réalise un bilan de médication, optimise la gestion du traitement de crise, et évalue la surconsommation médicamenteuse des patients. La poursuite du traitement est conditionnée par une amélioration ≥30 % entre M0 et M6 d'au moins un des critères suivants : score HAD, HIT-6, fréquence ou sévérité des crises (agenda), ou évaluation globale (CGI-C).
L'HDJ, réalisé dans les locaux du CETD est planifié par l'infirmière de coordination. Ce parcours bénéficie d'une procédure qualité formalisée. En tant qu'HDJ plein, il est valorisé dans le GHM n°01M32Z, assurant sa prise en charge via le PMSI.
Perspective : ce parcours de soins, proposé depuis juin 2023, a permis d'accompagner 67 patients démontrant l'efficience de cette organisation. Cependant, le délai d'attente des patients pour intégrer ce parcours s'avère difficile à gérer. Des perspectives de travail sont en cours pour développer un accompagnement des patients en hospitalisation à domicile.

Freins et leviers à la pratique des intervention non médicamenteuses et des thérapies complémentaires au CHU de Nantes.

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

M. Marc 1, J.B. Hardouin 2, B. Keriven-Dessomme 3, L. Moret 3, J. Nizard 4, D. Boels 1, A. Jolivet 1
1 Hall Santé, Service De Santé Publique Et Environnementale, Chu Nantes, Nantes, France. - Nantes (France) - Nantes (France), 2 Reva, Service De Santé Publique Et Environnementale, Chu Nantes, Nantes, France - Nantes (France), 3 Hall Santé, Service De Santé Publique Et Environnementale, Chu Nantes, Nantes, France. - Nantes (France), 4 Service Interdisciplinaire, Douleurs, Soins Palliatifs, Soins De Support, Médecine Intégrative (sidssmi), Chu Nantes, Nantes, France - Nantes (France)

Mots-clés : Intervention non médicamenteuses, santé intégrative, enquête transversale, pratiques hospitalières.

Contexte et objectifs :
Le CHU de Nantes, via le CLUD-SP (Comité de lutte contre la douleur et prise en charge des soins palliatifs), promeut les interventions non médicamenteuses et les thérapies complémentaires (INM/TC), sous réserve qu'elles soient réalisées par un professionnel de santé formé, selon un protocole, avec une prescription et une traçabilité dans le dossier du patient [1], [2], [3]. Leur intégration dans les pratiques hospitalières reste cependant complexe [4].
Objectif principal : identifier et analyser les freins et leviers à l'intégration des INM/TC dans les pratiques hospitalières. Objectifs secondaires : recenser les professionnels formés aux INM/TC et décrire leurs pratiques.
Matériels et Méthodes :
Etude transversale quantitative mené via une enquête en ligne (du 16/01/25 au 11/02/25), auprès de l'ensemble des professionnels de santé (médicaux, paramédicaux, psychologues) et administratifs du CHU de Nantes. Cette enquête a été élaborée par un groupe de travail pluridisciplinaire composé de professionnels de santé publique, du CLUD-SP et de la Direction de la Recherche du CHU.
Résultats :
Nous avons inclus 429 répondants : 51% de paramédicaux, 31% de médicaux et 18% d'autres professions. La majorité des répondants (74%) estimait que les INM/TC apportaient beaucoup de bénéfices (8 à 10/10) aux patients et présentaient peu de risques (1 à 3/10) (75%). Parmi les répondants, 68% percevaient l'existence de freins à la pratique d'INM/TC. Les principaux étaient le manque de temps dans l'organisation des soins (61%), le manque de formation des professionnels (57%), le manque de financement (55%) et le manque de connaissances (39%). Les principaux leviers renseignés étaient le temps (53%), la sensibilisation et formation des professionnels (51%) et plus de soutien de la hiérarchie/direction (38%). L'enquête a recensé 148 professionnels formés à au moins une INM/TC, dont l'hypnose (n=70), la communication thérapeutique (n=33), et le toucher massage/thérapeutique (n=33).
Conclusion et discussion : La perception des INM /TC est globalement positive mais est à nuancer selon les professions. L'identification des freins et leviers montre des obstacles institutionnels et personnels intriqués. Les perspectives incluent la sécurisation des pratiques par des procédures de mise en place, des protocoles et la sensibilisation des professionnels via des webinaires et partages d'expériences organisé en lien avec le CLUD-SP [5], [6].

Bibliographie
1. Comité universitaire de médecine intégrative et complémentaire (CUMIC). Réponses au questionnaire du Ministère de la Santé et de la Prévention dans le cadre du comité d'appui pour l'encadrement des pratiques non conventionnelles en santé (PNCS). Septembre 2023 [cité 2025 mai

6]. Disponible sur: https://www.cumic.fr/_files/ugd/953fc0_0c53ffaea7cd4e8eb1d37452de2d09f4.pdf
2. Non-Pharmacological Intervention Society (NPIS). Livre blanc des Interventions Non Médicamenteuses (INM). 2024.
3. Haute Autorité de Santé. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011 [cité 2025 mai 6]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_rapport.pdf
4. Académie nationale de médecine. Thérapies complémentaires — acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi — leur place parmi les ressources de soins. 2013 [cité 2025 mai 6]. Disponible sur: https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2013/03/tap-717-758.pdf
5. Berna F. Médecine conventionnelle et pratiques de soins non conventionnelles. 2024.
6. Comité universitaire de médecine intégrative et complémentaire (CUMIC). Utilité et risques des Interventions Non Médicamenteuses (INM) et des Thérapies Complémentaires (ThC). [cité 2025 mai 6]. Disponible sur: https://www.cumic.fr/_files/ugd/953fc0_da77198061ce45a0ba8e651ffb6f9c1d.pdf

La chirurgie bariatrique : pourvoyeuse de douleurs chroniques ?

Recherche Clinique
E. Turquet 1
1 Cetd Huriez Chu Lille - Lille (France)

Introduction :
L'obésité est une maladie chronique évolutive affectant 8,5 millions de Français. La chirurgie bariatrique est indiquée à partir d'un IMC ³ 35 Kg/m2 définissant le stade sévère de l'obésité. En France, étaient pratiquées 59 283 chirurgies de l'obésité en 2016, dont 80,3% concernaient des femmes, avec un âge moyen des patients opérés de 41,6 ans. Ce recours thérapeutique a pour objectifs principaux le contrôle des comorbidités et l'amélioration de la qualité de vie définie en partie par la présence ou non de douleurs. L'incidence globale de douleurs chroniques postopératoires, modérées à intenses, est estimée à 30% après une chirurgie lourde (orthopédie, viscérale, vasculaire). Qu'en est-il de la chirurgie bariatrique ? Les patients opérés sont-ils plus douloureux après une chirurgie bariatrique ?
Objectif :
Étude de l'évolution de l'intensité douloureuse, à l'aide d'une Échelle Numérique (EN), après une chirurgie bariatrique (Sleeve gastrectomie ou Bypass gastrique) à 1,3 et 6 mois.
Méthodes :
Analyse de 108 patients opérés successivement d'une chirurgie bariatrique à l'hôpital Claude Huriez du CHU de Lille, de décembre 2022 à juillet 2023. Un questionnaire comportant l'évaluation de l'intensité douloureuse (END), de l'anxiété/dépression (HAD), de la qualité de vie (EQ5D EN) a été complété avant et à 1, 3, 6 mois de l'intervention.
Résultats :
Soixante-quinze femmes et 33 hommes, d'âge moyen 43,2 ans, ont pu être recrutés dont 50 avaient une douleur modérée à sévère.
Il n'y avait pas de différences statistiquement significatives selon le sexe et le type de chirurgie sur l'intensité moyenne de douleur à 1,3 et 6 mois. Mais une différence significative de l'intensité de douleur était retrouvée en préopératoire selon le type de chirurgie. A six mois, 19 patients (7,6%) présentaient une douleur d'intensité modérée à sévère (END > 4) et parmi eux quinze présentaient une EN > 4 en préopératoire.
En préopératoire, 20 patients présentaient une anxiété certaine (³ 11/21) selon l'échelle HAD avec une EN moyenne à 3,2/10 pour être cotée à 1,8/10 à six mois. En préopératoire 20 patients présentaient une dépression confirmée (³ 11/21) selon l'échelle HAD avec une EN moyenne à 3,2/10 pour être cotée à 1,8/10 à six mois. Parmi les 19 patients présentant une douleur modérée à sévère a six mois, trois patients étaient anxieux et six déprimés.
La qualité de vie a été significativement améliorée à six mois avec une valeur moyenne augmentée de 20 points sur 100.
Conclusion : A six mois d'une chirurgie bariatrique on observe une incidence de douleur chronique postopératoire modérée à sévère inférieure à 7%. Un gain en qualité de vie est constaté.

Étude CAPSONCO : efficacité des patchs de capsaïcine 8% Qutenza® pour les douleurs neuropathiques périphériques liées au cancer

Recherche Clinique
A. Beneton 1
1 Chu - Saint Etienne (France)

Introduction : La douleur neuropathique, causée par des lésions nerveuses, est souvent mal traitée et impacte la qualité de vie. Les traitements actuels (médicaments) ont une efficacité limitée. Le patch à la capsaïcine 8 % Qutenza® est une alternative prometteuse, notamment pour les douleurs post-chimiothérapie. Cette étude évalue son efficacité sur les douleurs liées aux traitements du cancer. Méthode : Cette étude clinique de phase II, multicentrique et ouverte, a évalué l'efficacité des patchs de capsaïcine 8 % chez des patients souffrant de douleurs neuropathiques liées aux traitements anticancéreux. Elle a inclus 84 patients et a mesuré la réduction de la douleur (≥30 %) sur l'échelle EVN après un mois, avec un suivi étendu sur trois mois. L'objectif principal était d'atteindre au moins 27 répondeurs pour confirmer l'efficacité du traitement. Les critères secondaires portaient sur la qualité de vie, la tolérance, les effets indésirables et la surface de la zone douloureuse. Les données ont été recueillies lors de consultations, d'appels téléphoniques et via un cahier d'observation, puis analysées à l'aide de logiciels statistiques. L'étude s'est déroulée dans le respect des normes éthiques et réglementaires en vigueur. Résultats : L'étude CAPSONCO, incluant 84 patients, a montré que 53,6 % d'entre eux ont obtenu une réduction ≥30 % de leur douleur après un mois avec le patch de capsaïcine 8 %, dépassant l'objectif de 27 répondeurs. La douleur a diminué de 2,2 points (EVN) à 3 mois, et la surface douloureuse a été réduite de 57,5 % chez les répondeurs. La qualité de vie s'est améliorée, avec des effets indésirables principalement légers (brûlures, érythèmes). Le traitement s'est révélé efficace et bien toléré. Discussion : Les résultats ont confirmé l'efficacité du patch de capsaïcine pour les douleurs neuropathiques liées aux traitements anticancéreux. La qualité de vie s'est améliorée, et les effets indésirables étaient conformes à ceux qui étaient mentionnés dans le résumé des caractéristiques du produit. L'absence de groupe contrôle et les biais méthodologiques limitent les conclusions. Une meilleure formation des médecins généralistes et une approche multidisciplinaire sont essentielles pour optimiser la prise en charge. Des études randomisées sont nécessaires pour confirmer ces résultats. Conclusion : Le patch de capsaïcine 8 % (Qutenza®) a démontré son efficacité et sa bonne tolérance dans le traitement des douleurs neuropathiques liées aux traitements anticancéreux, avec une amélioration de la qualité de vie et un impact réduit sur les activités quotidiennes. Les applications répétées renforcent son effet. Ces résultats soutiennent son intégration en médecine générale et en oncologie comme alternative ou complément aux traitements systémiques. Des études futures devraient explorer une personnalisation du traitement et son utilisation dans d'autres douleurs chroniques, répondant ainsi à un besoin clinique non satisfait.

Etude de faisabilité de l'utilisation de la photobiomodulation de type laser comme intervention non médicamenteuse complémentaire en structure douleur

Recherche Clinique
C. Michel-Dhaine 1, D. Duménil 1, L. Gautier-Leroy 1
1 Unité Douleur Chi Meulan Les Mureaux - Les Mureaux (France)

Introduction
L'émergence et le développement de la photobiomodulation (PBM) comme outils thérapeutique non médicamenteux dans la prise en charge de la douleur chronique est largement documentée principalement dans le cadre des douleurs séquellaires du cancer en France. La thérapie au laser pourrait être plus largement utilisée comme thérapeutique antalgique non médicamenteuse pour les autres pathologies douloureuses chroniques au sein de nos structures douleur chronique (SDC). La présente étude vise à vérifier la pertinence clinique, la faisabilité organisationnelle et optimiser le financement médico-économique de ce type de soins dans notre unité douleur.
Méthode
Etude prospective de faisabilité, mono centrique pendant 6 mois, utilisant le laser de classe 4 LightForce 40 d'Enovis. Inclusion de patients présentent des douleurs chroniques localisées, sans restriction de diagnostic, depuis plus de 3 mois. Ils sont convoqués pour un programme complet de 2 séances par semaines pour 4 semaines. Une évaluation clinique est réalisée avant le début du protocole de PBM et à chaque séance (Evaluation numérique, % amélioration de la douleur, impact sur la qualité de vie). En fonction de la réponse clinique, le protocole peut être adapté : si plus de 50% d'amélioration : arrêt des séances ; si aucun changement après 6 séances, arrêt du protocole.
Résultats
30 des 34 programmes thérapeutiques inclus ont des données exploitables. En moyenne, les patients ont bénéficié de 9 séances [3;22], 27 patients (90%) ont exprimé 30% d'amélioration de la douleur en moyenne à partir de 4.66 séances [3;5] et 21 patients (70%) ont exprimé 50% d'amélioration, en moyenne après 4.76 séances [3,8]. 4 (13.3%) programmes ont été interrompus prématurément car non efficace après 6 séances et 9 (30%) programmes interrompus car 100% d'efficacité. Un mois après l'arrêt du traitement, les résultats restent satisfaisants avec 21 patients (70%) décrivant une amélioration supérieure à 30%. Le PGIC retrouve 25 (83%) patients rapportant une amélioration et aucun patient n'a rapporté une dégradation. La satisfaction globale des patients est notée à 3.81 /5.
Conclusion
L'utilisation de la thérapie par laser peut être une approche complémentaire proposée aux patients douloureux chroniques au sein de nos SDC malgré l'assiduité et la rigueur des protocoles imposés aux patients. Cette approche semble améliorer aussi bien le ressenti douloureux de manière durable mais aussi avoir un impact intéressant sur les éléments fonctionnels, la prise d'antalgiques et la qualité de vie. Elle nécessiterait toutefois d'être approfondie sur un échantillon plus important de patients et de revoir les données sur une durée plus longue, à distance du protocole.

Bibliographie
Short-term efficacy of high-intensity laser therapy in alleviating pain in patients with knee osteoarthritis: a single-blinded randomised controlled trial. Punpetch S. et al. Pain Res Manag. 2022
Les effets bénéfiques de la thérapie au laser de haute intensité et des co-interventions sur la gestion de la douleur musculo-squelettique : une revue systématique. Ezzati K., et al. Journal des lasers dans les sciences médicales . 2020; 11(1):81–90.
Low-level light/laser therapy versus photobiomodulation therapy. Photomedicine and Laser Surgery. 2015; Anders JJ, Lanzafame RJ, Arany PR. 33(4): 183-184.

Treatments using lasers and energy based devices/photobiomodulation American Society for Laser Surgery& Medicine. www.aslms.org/for-the-public
. Efficacy of low-level laser therapy on pain, disability, pressure pain threshold, and range of motion in patients with myofascial neck pain syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Tehrani, M. R., Nazary-Moghadam, S., Zeinalzadeh, A., Moradi, A., Mehrad-Majd, H., & Sahebalam, M. (2022) Lasers in Medical Science, 37(9), 3333–3341

Choix des traitements 2ème ou 3ème ligne de la douleur neuropathique séquellaire du cancer : algorithme restrictif ou permissif ?

Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure
C. Thery 1, C. Zerrouqa 2, H. Fricker 3, M.V. Ledda 4, S. Pasquier 4
1 Algologue - Rouen (France), 2 Anesthésiste - Rouen (France), 3 Médecin Mpr - Rouen (France), 4 Ide - Rouen (France)

Choix des traitements 2ème ou 3ème ligne de la douleur neuropathique séquellaire du cancer : algorithme restrictif ou permissif ?
Introduction :
On sait que les douleurs neuropathiques restent difficiles à soulager et leur prise en charge thérapeutique reste complexe. Il existe des recommandations [1,2] mises à jour en 2021 [3]. Nous présentons nos choix de traitements de 2ème ou 3ème ligne dont ont bénéficié nos patients souffrant de douleurs neuropathiques liées au cancer au cours de l'année 2024. Nous nous questionnons sur la stratégie thérapeutique la plus adaptée et sur l'algorithme à utiliser.
Méthodologie :
Étude descriptive et rétrospective sur l'année 2024, des patients suivis au CLCC de Rouen, avec discussion des traitements de la douleur neuropathique et cela à partir de la 2ème ligne de traitement. Décisions prises en réunion pluriprofessionnelle (RCP, Comité ou staff) avec respect des recommandations existantes. Il n'a pas été fait d'analyse des traitements systémiques (choix prescripteur dépendant).
Quand les douleurs sont localisées, il est proposé du QUTENZA. Si échec du QUTENZA, proposition d'injections de toxine botulinique soit « 2ème ligne de la 2ème ligne ». Si échec, en troisième ligne, proposition d'anesthésie loco-régionale (ALR).
Quand les douleurs sont plus diffuses ou sur une zone étendue, nous proposons des perfusions de kétamine et/ou de lidocaïne, finalement agents de 3ème ou de 4ème ligne.
Résultats :
Pour l'année 2024, on dénombre
1244 consultations de douleurs chroniques (70% dans le cancer du sein)
178 patients ayant eu des pose de patch de capsaicine (en moyenne 3 poses par an)
25 patients ayant bénéficié d'injections de toxine, dont 2 patientes alternant toxine /QUTENZA
12 recours à l'ALR avec 2 ALR en même temps que la toxine
7 perfusions par lidocaïne
10 perfusions par kétamine

DISCUSSION
Notre travail rentre dans une démarche pratico-pratique et présente de nombreuses limites dans la mesure où il s'agit d'une étude rétrospective. Les choix thérapeutiques peuvent être marqués par les possibilités locales, les compétences et les habitudes de prescriptions. Les souhaits du patient (refus d'hospitalisations, refus d'injections…) ne sont pas recensé mais font partie du quotidien et du choix définitif. On pointe l'importance des comités/RCP pour valider la stratégie thérapeutique, sinon il peut y avoir une part de suggestibilité lié au cursus du professionnel. Malgré la difficulté d'établir clairement l'efficacité de la kétamine et de la lidocaïne, ces analgésiques font largement partie de notre arsenal pour soulager les douleurs rebelles [4].
CONCLUSION

Un algorithme permissif permet finalement d'individualiser le traitement en fonction des moyens locaux, de l'accessibilité aux techniques et des souhaits du patient. Et l'arrivée de la photobiomodulation permettra d'élargir notre panel thérapeutique…

Bibliographie

[1] Moisset X, Bouhassira D, Couturier JA, Alchaar H, Conradi S, Delmotte M-H, et al. Traitements pharmacologiques et non pharmacologiques de la douleur neuropathique : une synthèse des recommandations françaises. Douleur Analgésie 2020;33:101–12.
[2] Moisset X, Bouhassira D, Avez Couturier J, Alchaar H, Conradi S, Delmotte MH, et al. Pharmacological and non-pharmacological treatments for neuropathic pain: Systematic review and French recommendations. Rev Neurol (Paris) 2020;176:325–52.
[3] Moisset X, Bouhassira D, Attal N. French guidelines for neuropathic pain: An update and commentary. Rev Neurol (Paris) 2021;177:834–7.
[4] Corriger A, Voute M, Lambert C, Pereira B, Pickering G, OKAPI Consortium. Ketamine for refractory chronic pain: a 1-year follow-up study. Pain 2022;163:690–701.

Intérêt du TENS dans l'amélioration de la douleur procédurale, lors de la réalisation de bloc des branches postérieures chez des patients lombalgiques chroniques liés à un syndrome facettaire : essai randomisé, en double aveugle, contrôlé versus placebo, de supériorité (TENS-INFIDOL).

Recherche Clinique

M. Labrousse 1, L. Bonnot 1, N. Cantagrel 1, L. Jasse 2, V. Rousseau 3, M. Lapeyre-Mestre 4, A. Elyn 5
1 Cetd - Toulouse (France), 2 Institut Hopes - Toulouse (France), 3 Inserm - Toulouse (France), 4 Unité De Pharmacologie Chu - Toulouse (France), 5 5 Pain Clinic, Landspitali - Reykjavik (Iceland)

Introduction

La douleur procédurale est fréquente et reste insuffisamment prise en charge [1]. En rhumatologie, 81,7 % des patients rapportent une douleur lors de gestes diagnostiques ou thérapeutiques, et moins de la moitié bénéficient d'une analgésie adaptée [2]. Les techniques et traitements utilisés en prémédication présentent des limites (contraintes de mise en place, effets indésirables). La neurostimulation électrique transcutanée (TENS), technique non médicamenteuse, pourrait représenter une alternative intéressante [3]. Elle a montré un effet antalgique lors d'arthrodistension de l'épaule [4]. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'effet du TENS sur la douleur procédurale lors de blocs des branches postérieures (BBP) chez des patients souffrant de lombalgie chronique sur syndrome facettaire.

Méthodes

Essai clinique monocentrique, randomisé, contrôlé versus placebo, en double aveugle, avec deux groupes parallèles. Une puissance statistique de 90 % et un risque alpha de 5 % nécessitent l'inclusion de 26 patients par bras (test t de Student pour échantillons indépendants). Un total de 52 patients sera inclus avec un suivi de 3 mois. Le groupe interventionnel recevra un TENS « gate-control » pendant le geste. Le groupe contrôle recevra un TENS placebo (sham), conçu pour induire une sensation sans effet "gate-control". Nous utiliserons un TENS de la marque Cefar® Chattanooga. Les critères d'inclusion sont : présence d'une lombalgie chronique, avec un diagnostic de syndrome facettaire confirmé. Les critères d'exclusions concernent les antécédents de chirurgie rachidienne ou toute contre-indication au TENS. Le médecin, le patient et l'attaché de recherche seront en aveugle. La randomisation et l'application du TENS seront assurées par l'infirmier(e).

Critères de jugement

Le critère de jugement principal sera l'intensité de la douleur ressentie pendant le geste, mesurée par une échelle visuelle analogique (EVA). Les critères secondaires comprendront le confort ressenti pendant la procédure, ainsi que l'efficacité du bloc à 1 et 3 mois.

Conclusion

Cette étude a pour objectif de déterminer si le TENS peut réduire efficacement la douleur procédurale lors des BBP chez des patients lombalgiques chroniques. Il s'agit d'explorer une alternative non médicamenteuse, potentiellement transposable à d'autres gestes techniques. Le protocole sera soumis au comité d'éthique du Sud-Ouest. Après approbation, il sera enregistré sur ClinicalTrials avant le démarrage des inclusions.

Bibliographie

1. Puntillo KA, Wild LR, Morris AB, Stanik-Hutt J, Thompson CL, White C. Practices and Predictors of Analgesic Interventions for Adults Undergoing Painful Procedures. American Journal of Critical Care. 1 sept 2002;11(5):415-29.
2. Perrot S, Laroche F, Poncet C, Marie P, Payen-Champenois C. Are joint and soft tissue injections painful? Results of a national French cross-sectional study of procedural pain in rheumatological practice. BMC Musculoskelet Disord. 25 janv 2010;11:16.

3. Melzack R. Recent concepts of pain. J Med. 1982;13(3):147-60.
4. Morgan B, Jones AR, Mulcahy KA, Finlay DB, Collett B. Transcutaneous electric nerve stimulation (TENS) during distension shoulder arthrography: a controlled trial. Pain. févr 1996;64(2):265-7.

Consommation d'opioïde et comorbidités psychiatrique anxiété/dépression chez les patients douloureux chroniques : une étude transversale à partir des données de la cohorte eDol dans les Centres Tertiaires de la Douleur Chronique en France. (OPSYCOM)

Recherche Clinique

M. Labrousse 1, A. Elyn 2, C. Lestrade 1, J. Phalip 3, S. Zoega 2, A. Corteval 3, N. Authier 4, N. Cantagrel 1, N. Kerckhove 5
1 Cetd - Toulouse (France), 2 Pain Clinic, Landspitali, , Iceland - Reykjavik (Iceland), 3 Institut Analgesia - Clermont Ferrand (France), 4 Cetd - Clermont Ferrand (France), 5 Analgesia - Clermont Ferrand (France)

Objectif

Dans le cadre de la douleur chronique, les comorbidités psychiatriques sont plus souvent associées à des évolutions cliniques défavorables et à une exposition accrue aux opioïdes [1][2][3]. Cette étude vise à décrire et comparer la prévalence et les modalités d'usage des opioïdes, dans une cohorte de patients douloureux chroniques, en les stratifiant selon la présence conjointe de symptômes ou d'antécédents rapportés d'anxiété/dépression.

Méthodes

Nous avons réalisé une étude transversale à partir des données de la cohorte eDol (NCT04880096)[4]. Les patients ont été recrutés dans des Centres Tertiaires de la Douleur Chronique en France. Ils ont été stratifiés selon la présence de symptômes d'anxiété/dépression ou d'un antécédent rapporté et comparés aux patients sans trouble anxio-dépressif. L'usage inapproprié des opioïdes a été défini par l'un des critères suivants : dose ≥120 mg en équivalents morphine oral (EMO), ou une utilisation ≥ 6 mois, l'utilisation de fentanyl, ou la co-prescription de gabapentinoïdes ou de benzodiazépines, l'utilisation dans le cadre de céphalée ou de douleur nociplastique.

Résultats

Au total, 873 patients ont été inclus. L'âge moyen était de 47 ± 12 ans, avec 710 (81 %) femmes. Les diagnostics principaux étaient la fibromyalgie (n=277, 31,7 %) et les douleurs musculosquelettiques (n=203, 23,3 %). Au total 276 patients (31,6 %) présentaient des antécédents de troubles anxieux/dépressifs, 384 (44,0 %) avaient des symptômes significatifs (score HADS ≥12), et 153 (17,5 %) présentaient à la fois des antécédents et des symptômes.

Un total de 349 patients (40,0 %) étaient exposés aux opioïdes, principalement au Tramadol (n=149, 42,7 %) et à l'opium (n=91, 26,1 %). La dose quotidienne médiane (en EMO) était de 20 mg [10-40] et 189 (67,7 %) étaient exposés depuis plus de 6 mois. L'usage potentiellement inapproprié concernait 286 patients (81,9 %). Les patients présentant à la fois des antécédents et/ou des symptômes anxio-dépressif étaient exposés à des doses d'opioïdes plus élevées (EMO 28,8 mg [17,5-60] vs. 20,0 mg [7,5-40], p=0,010), et plus souvent à des co-prescriptions de gabapentinoïde ou benzodiazépine (p=0,009).

Conclusion

Les patients adressés en centre d'évaluation et de traitement de la douleur en France sont fréquemment exposés aux opioïdes, souvent de manière potentiellement inappropriée. Ceux présentant des comorbidités d'anxiété/dépression reçoivent des doses plus élevées et des co-prescriptions à risque plus fréquentes.

Bibliographie

Ray WA, Chung CP, Murray KT, et al. Prescription of long-term opioids and mortality in patients with chronic non-cancer pain. JAMA 2016;315:2415–23.

Barry DT, Cutter CJ, Beitel M, Kerns RD, Liong C, Schottenfeld RS. Psychiatric Disorders Among Patients Seeking Treatment for Co-Occurring Chronic Pain and Opioid Use Disorder. J Clin Psychiatry. 2016;77(10):1413-9.
De La Rosa JS, Brady BR, Ibrahim MM, Herder KE, Wallace JS, Padilla AR, Vanderah TW. Co-occurrence of chronic pain and anxiety/depression symptoms in U.S. adults: prevalence, functional impacts, and opportunities. Pain. 2024;165(3):666-673.
Delage N, Cantagrel N, Soriot-Thomas S, et al. Mobile Health App and Web Platform (eDOL) for Medical Follow-Up of Patients With Chronic Pain: Cohort Study Involving the French eDOL National Cohort After 1 Year. JMIR Mhealth Uhealth. 2024;12:e54579.

Resalgo : Genèse et actualités d'un projet article 51 sur le parcours de soins des patients douloureux chroniques

Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure
E. Mosser 1, C. Onfray 2, C. Rat 3, S. Richard 4, P. Blaise 5, T. Bouvier 6, C. Duvaux 7, Y.M. Pluchon 8, J. Nizard 7
1 Consultation Douleur Centre Hospitalier De Saint Nazaire - Saint-Nazaire (France), 2 Chu Nantes - Nantes (France), 3 Dmg Et Cpts Pays De Retz - Nantes (France), 4 Cpts Pays De Retz - Pornic (France), 5 Ars Pays De Loire - Nantes (France), 6 Cpam Loire Atlantique - Nantes (France), 7 Cetd Chu Nantes - Nantes (France), 8 Cetd La Roche Sur Yon - La Roche Sur Yon (France)

Le contexte de démographie médicale déclinante, que ce soit en ville ou en structure douleur chronique (SDC), ainsi que la publication des recommandations sur l'organisation du parcours de soins du patient douloureux chronique par l'HAS en 2023 [1], nous a amené à concevoir une organisation innovante de prise en soins de la douleur chronique.
L'objectif de ce poster est de présenter le cheminement ayant permis d'aboutir à la mise en place du projet Resalgo [2]. Ce projet à échelle régionale, fruit du binôme entre le CETD du CHU et le département de médecine générale de Nantes, a prévu d'inclure 1619 patients, et bénéficie d'un budget de 3,5 millions d'euros sur ses 4,5 années de déploiement.
Après avoir présenté brièvement le dispositif innovant article 51 [3], nous rappellerons de façon synthétique les grandes lignes du projet (intervention d'une infirmière ressource douleur de proximité, mise à disposition de moyens de travail pluri professionnel coordonné en soins primaires, apport et financement de ressources thérapeutiques complémentaires -comme le TENS- , et amélioration des liens entre les acteurs de ville et les SDC).
Nous détaillerons l'historique des différentes étapes entre 2019 et 2024 nécessaires jusqu'à atteindre l'arrêté de publication du projet Resalgo. Nous décrirons l'état d'avancée actuel en octobre 2025, et replacerons les objectifs et perspectives du projet Resalgo dans les années à revenir, jusqu'à sa clôture en 2029.
L'enjeu, en cas de généralisation du projet art 51, est celui d'une réorganisation inédite de la prise en charge de la douleur chronique entre médecine de ville et SDC, permettant notamment l'application en pratique des recommandations émises par l'HAS en février 2023.

Bibliographie
[1] Haute Autorité de Santé - Parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique - guide parcours de soins janvier 2023
[2] Arrêté N° ARS-PDL/DG/2024-034 Relatif à l'expérimentation « RESALGO- Parcours des patients douloureux chroniques » - juillet 2024
[3] Décret n° 2018-125 du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé prévu à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale

Morphine intrathécale et épargne morphinique pour l'analgésie post opératoire Apres chirurgie thoracique

Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure
F.Z. Touhami 1, S. Yousfi 2, F. Mazour 1
1 Ehu Oran - Oran (Algeria), 2 Chu Oran - Oran (Algeria)

Introduction: La chirurgie thoracique est pourvoyeuse de DPO, qui, mal contrôlées, sont responsables de complications pulmonaires majeures. On considère désormais que l'analgésie multimodale postopératoire est l'une des clés d'une récupération améliorée après chirurgie (RAAC) [1]. Dans ce cadre, plusieurs associations ont été étudiées, une trithérapie associant morphine, paracétamol et AINS permet une bonne analgésie, au repos ainsi qu'à la mobilisation, avec une épargne morphinique de l'ordre de 60% [2]. La rachianalgésie à la morphine a prouvé son efficacité pour le contrôle de la douleur post thoracotomie. Matériel et méthode : C'est une étude monocentrique, prospective, réalisée au service de chirurgie thoracique de l'EHU ORAN, sur une période de 2 ans 2021-2023. Une série de 350 rachianalgésies à la morphine a été réalisé pour différentes pathologies chirurgicales thoraciques. L'âge moyen: 46,33 ans: 16-80 ans, le sexe: 230 hommes/120 femmes. Morphine(MIT) est réalisée au bloc opératoire, après monitorage standard, une voie veineuse périphérique, le patient en position assise ou couchée, repérage de l'espace L4 - L5 avec des aiguilles spinales : G27- G25. On dispose des ampoules de Morphine sans conservateur. Administration de 350 µg de MIT, suivie de l'induction anesthésique. Co analgésiques: épargne morphinique:Kétamine 0,2 à 0,5 mg/kg, Dexamétasone est utilisée pour la prévention NVPO et son effet antihyperalgésique, son effet sur les scores de la douleur et la consommation d'opioïdes est supérieur [3], AINS : Diclofénac. Résultat : L'échelle visuelle analogique (EVA) de la douleur était cotée plus basse lors de l'extubation, (score de douleur < 3/10 à l'EN ou EVA à H6 post-opératoire, à H24 au maximum et à H48 en moyenne), un séjour systématique en USI, des NVPO et prurit comme effets secondaires, alors qu'aucune complications : (Dépression respiratoire, méningite, céphalée, hématome péri médullaire) n'a été notée. Discussion: Pas problème pour les faibles doses inférieures à 100µg, le risque de dépression respiratoire avec recours à la ventilation artificielle existe pour les posologies de 400-500 µg utilisées après chirurgie thoracique et cardiaque. Ce risque peut être évité par l'utilisation de doses raisonnées de morphine tenant compte du rapport bénéfice/risque, une surveillance de ces malades sur 24 h est obligatoire dans une USI équipée avec la disponibilité de l'antidote (NALOXONE). L'originalité de notre étude réside dans le dosage de 350 de chlorhydrate de morphine pour les patients de la chirurgie thoracique, qui, selon nos résultats n'ont posés aucune dépression respiratoire. Conclusion : La rachianalgésie à la morphine est une technique analgésique très efficace, nos résultats nous encouragent à préférer une faible dose de morphine intrathécale (350µg) par rapport à une dose élevée (5µg/kg) pour une même efficacité analgésique afin d'éviter les complications qui pourraient être fatales (surtout la dépression respiratoire) dans un contexte peu douloureux et plus économique.

Bibliographie
Bibliographie :
[1] Haute Autorité de Santé HAS. Programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC). Saint-Denis La Plaine; 2016.
[2]. Kehlet H, Dahl JB. The value of "multimodal" or "balanced analgesia" in postoperative pain treatment. AnesthAnalg. Nov 1993;77(5):1048-56.
[3]. Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine, acute pain management: scientific evidence; Fourth Edition 2015

Fibromyalgie chez les patients Tchadiens en milieu hospitalier : étude de 125 Observations.

Recherche fondamentale

H.A.A. Garba 1
1 Université De N'djamena - N'djamena (Chad)

Fibromyalgie chez les patients Tchadiens en milieu hospitalier : étude de 125 Observations.

H.A.A Garba, B. Adama, B.Ramadhane, Y.Tcheinda, M Niasse, Diallo S
Service de rhumatologie CHU Reference national de N'djamena

Introduction.

La fibromyalgie est un syndrome rhumatismal caractérisé par un état douloureux musculo-squelettique diffus évoluant depuis au moins 3 mois et par la présence à l'examen d'une douleur à la pression d'au moins 11 parmi les 18 points spécifiques, selon les critères ACR de 1990. D'autres symptômes y sont fréquemment associés tels que : la fatigue, un dérouillage matinal, des troubles du sommeil et de l'humeur, des paresthésies et des troubles psychologiques. Elle est paradoxalement peu étudiée en Afrique noire. A notre connaissance, aucune étude n'a été réalisée dans notre pays. L'objectif de notre étude a été de déterminer le profil épidémiologique de la fibromyalgie dans un service de rhumatologie au Tchad.

Matériels et méthodes.

Etude rétrospective, menée dans le service de rhumatologie du CHURN où nous avons colligé les observations de patients atteints de fibromyalgie entre Janvier 2012 et Juillet 2024 Le diagnostic a été retenu en accord avec les critères de l'ACR de 1990. Pour chaque observation, avaient été analysées les données démographiques, le type de fibromyalgie,fibromyalgie primitive, fibromyalgie secondaire.

Résultats

Ainsi, 125 patients ont été colligés. La prévalence hospitalière de la maladie est de 0,5%. Les patients étaient 36 hommes (29% des cas) et 89 femmes (71% des cas), d'âge moyen de 44,3 ans (extrêmes entre : 18 ans et 71 ans). Le délai au diagnostic moyen était de 9 ans (extrêmes : 3 mois et 50 ans).La majorité des patients (75% cas) était issue de couches socioéconomique défavorable. Un faible niveau d'éducation était noté dans 75% des cas. Dix patients (8% des cas) étaient issus d'une même famille au premier degré. La fibromyalgie était primitive en apparence chez 81 patients (65% des cas) et secondaire chez 44 patients (35% des cas). Les formes secondaires étaient associées à une pathologie inflammatoire dans 34 cas dominés par le syndrome de Gougerot-Sjögren primitif (24 cas), un syndrome métabolique et de l'arthrose chez 12 patients et une hémoglobinopathie (3 cas). Sous traitement non pharmacologique (marche, reconditionnement à l'effort, psychothérapie) et Pharmacologique (tramadol, prégabaline), ainsi que le traitement des affections associées l'évolution fût favorable dans tous les cas avec une amélioration clinique.

Conclusion.

La prévalence de la fibromyalgie dans notre étude semble faible comparativement à celle dans la Littérature en milieu rhumatologique (14-20%). Elle pourrait être sous-estimée. L'étude se poursuit avec la perspective d'une évaluation prospective avec les nouveaux critères afin de mieux déterminer les caractéristiques épidémiologiques et cliniques de la maladie.

Réferences: [1] stuni P et al. Rev Rhum 2002 ; 69 : 56-63 [2].Dougados M et al Rev Rhum 2017

Bibliographie

[1]. Ostuni P et al. Rev Rhum 2002 ; 69 : 56-63
[2]. Dougados M et al Rev Rhum 2017

Un parcours multidisciplinaire pour favoriser l'autonomie : bilan après un an

Recherche Clinique
A.C. Amorison 1, G. Ott 1, G. Capronnier 1, E. Pelus 1, Y. Bohren 1
1 Cetd - Colmar (France)

Introduction. La douleur est désormais reconnue comme un phénomène complexe, relevant à la fois du domaine biomédical et psychosocial. Elle résulte de l'interaction entre sensations physiques, processus cognitifs, états émotionnels, comportements et facteurs contextuels, l'ensemble contribuant à l'expérience subjective de la souffrance. [1]. Le patient peut agir sur ces éléments grâce à de nombreuses approches, telles l'activité physique adaptée (APA) [2], la méditation pleine conscience [3], ou encore la thérapie comportementale et cognitive [3,4]. En effet, un lieu de contrôle interne ainsi qu'un fort sentiment d'auto-efficacité sont associés à une meilleure gestion de la douleur et à une réduction de son retentissement sur la vie quotidienne. [5,6]. Ainsi, nous avons créé un programme rassemblant une dimension éducative, des thérapies complémentaires et de l'APA. Notre objectif est d'améliorer le bien-être des patients et de les autonomiser dans leur prise en charge.
Méthode. Le programme dure 4 semaines, à raison de 3 demi-journées par semaine. Trois types d'ateliers sont proposés : des ateliers d'information et d'apprentissage de compétences liées au modèle biopsychosocial, des ateliers de thérapies complémentaires et des ateliers d'APA. Le programme se conclut par un Escape Game résumant les apprentissages de manière ludique. L'évaluation est réalisée le premier et le dernier jour grâce à des questionnaires d'auto-évaluation : douleur quotidienne minimale et maximale (EVA), connaissance de la maladie (EVA), satisfaction du parcours (EVA), anxiété et dépression (HAD), auto-efficacité envers la douleur (PSEQ), qualité de vie (EQ-5D-3L), impression globale de changement (PGIC) et kinésiophobie (TAMPA).
Résultats. Trois cycles du programme ont été menés, réunissant au total 11 participants. Un seul patient a interrompu sa participation après la première séance. Parmi les 10 patients ayant complété l'ensemble du programme, le taux moyen de présence aux séances était de 91 %, traduisant une bonne adhésion à la démarche proposée. L'analyse comparative des données recueillies avant et après le programme met en évidence une diminution significative du score total de l'échelle HAD. Cette amélioration concerne aussi bien la sous-échelle « anxiété » que la sous-échelle « dépression », suggérant un effet favorable du programme sur l'état émotionnel des participants. Le niveau de satisfaction global à l'égard du programme est élevé, avec une note moyenne de 9,07 sur 10. L'évaluation du ressenti global (PGIC) indique une amélioration perçue pour l'ensemble des participants.
Discussion. Ce programme multidimensionnel, combinant éducation, thérapies complémentaires et APA, semble bien accepté et apprécié par les patients douloureux chroniques. L'originalité de ce programme repose sur sa dimension intégrative et la participation active du patient à toutes les étapes, notamment à travers un outil ludique de récapitulation (Escape Game). Les premiers résultats sont prometteurs, et sa poursuite avec un recueil systématique des données permettra de mieux évaluer son efficacité à moyen et long terme.

Bibliographie
1- Galvez-Sánchez and Montoro. Chronic Pain: Clinical Updates and Perspectives. J Clin Med. 2022 Jun 16;11(12):3474.
2- Hayden JA, Ellis J, Ogilvie R, Malmivaara A, van Tulder MW. Exercise therapy for chronic low back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2021 Sep 28;9(9):CD009790.

3- Petrucci G, Papalia GF, Russo F, Vadalà G, Piredda M, De Marinis MG, Papalia R, Denaro V. Psychological Approaches for the Integrative Care of Chronic Low Back Pain: A Systematic Review and Metanalysis. Int J Environ Res Public Health. 2021 Dec 22;19(1):60.
4- Yang J, Lo WLA, Zheng F, Cheng X, Yu Q, Wang C. Evaluation of Cognitive Behavioral Therapy on Improving Pain, Fear Avoidance, and Self-Efficacy in Patients with Chronic Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. Pain Res Manag. 2022 Mar 19;2022:4276175.
5- Zuercher-Huerlimann E, Stewart JA, Egloff N, von Känel R, Studer M, Grosse Holtforth M. Internal health locus of control as a predictor of pain reduction in multidisciplinary inpatient treatment for chronic pain: a retrospective study. J Pain Res. 2019 Jul 8:12:2095-2099.
6- Karasawa Y, Yamada K, Iseki M, Yamaguchi M, Murakami Y, Tamagawa T, Kadowaki F, Hamaoka S, Ishii T, Kawai A, Shinohara H, Yamaguchi K, Inada E. Association between change in self-efficacy and reduction in disability among patients with chronic pain. PLoS One. 2019 Apr 16;14(4):e0215404.

Comprendre la variabilité du stress et de la douleur : une évaluation écologique momentanée

Recherche Clinique

K. Ghoussoub 1, M. Gagnon-Mailhot 1, É. Develay 1, P. Rainville 1, S. Lupien 1, L. Dassieu 2, M. Roy 3, É. Vachon-Presseau 3, M.G. Pagé 1
1 Université De Montréal - Montréal (Canada), 2 Centre De Recherche Du Ciusss Du Nord-De-L'île-De-Montréal - Montréal (Canada), 3 Université Mcgill - Montréal (Canada)

Introduction

L'association entre le stress et l'intensité de la douleur est complexe et dynamique chez les personnes vivant avec de la douleur lombaire chronique [4]. Afin de mieux la comprendre, un modèle intégratif regroupant les quatre caractéristiques qui déclenchent la réponse physiologique du stress peut être utilisé : la perception d'avoir peu ou pas de contrôle sur une situation (C), l'imprévisibilité (I), la nouveauté (N), et l'égo menacé (É) (modèle CINÉ) [1-3]. De façon générale, une plus grande intensité de stress est typiquement associée à une plus grande intensité de douleur, mais cette relation n'est pas nécessairement linéaire. L'objectif de cette étude est d'examiner l'effet de l'intensité du stress et les caractéristiques CINÉ sur la stabilité des scores d'intensité de la douleur.

Méthodes

Les participants (n=181) ont complété des journaux électroniques trois fois par jour pendant sept jours consécutifs qui incluaient une évaluation de l'intensité de la douleur et du stress (échelle de notation numérique 0-10) et de la mesure dans laquelle les stresseurs étaient attribuables à chacune des caractéristiques CINÉ (échelle visuelle analogue – 0-100). Les données ont été analysées à l'aide d'un modèle d'échelle et de localisation à effets mixtes.

Résultats

Les participants (58,3% femmes, âge = 49,5±12,5 ans) avaient une intensité de la douleur moyenne de 6,0 (ÉT = 1,7) sur 10. Les résultats ont démontré que la stabilité des scores d'intensité de la douleur était accrue (i.e. plus grande homogénéité des scores) lorsque les participants rapportaient, par rapport à leur propre moyenne, des niveaux plus élevés de stress (rapport de variance intra sujet = 0,899; intervalle de confiance à 95% : 0,833 – 0,971), une perception plus faible de contrôle (rapport de variance intra sujet = 0,968; intervalle de confiance à 95%: 0,948 – 0,989) ainsi que des niveaux de nouveauté plus élevés (rapport de variance inter sujet = 0,784 ; intervalle de confiance à 95 % : 0,665 - 0,924).

Discussion

Les résultats suggèrent qu'en cas de stress élevé, l'intensité de la douleur devient plus homogène; donc des niveaux d'intensité de stress, de faible contrôle perçu et de nouveauté plus élevés peuvent contribuer à des expériences de douleur plus uniformes. Il est possible qu'à des niveaux plus bas de stress, la douleur est influencée par plusieurs autres facteurs non mesurés dans cette étude, ce qui entraînerait une plus grande dispersion des scores d'intensité de douleur. Les résultats mettent en évidence l'importance d'examiner la variabilité du stress et de la douleur et d'intégrer le modèle CINÉ afin de mieux comprendre l'expérience de la douleur.

Bibliographie

[1] Dickerson SS, Kemeny ME. Acute Stressors and Cortisol Responses: A Theoretical Integration and Synthesis of Laboratory Research. Psychological Bulletin 2004;130(3):355-391.
[2] Lupien SJ, Ouellet-Morin I, Trépanier L, Juster RP, Marin MF, Francois N, Sindi S, Wan N, Findlay H, Durand N, Cooper L, Schramek T, Andrews J, Corbo V, Dedovic K, Lai B, Plusquellec P. The DeStress for Success Program: Effects of a stress education program on cortisol levels and depressive symptomatology in adolescents making the transition to high school. Neuroscience 2013;249:74-87.

[3] Mason JW. A review of psychoendocrine research on the pituitary-adrenal cortical system. Psychosom Med 1968;30(5):Suppl:576-607.
[4] Mun CJ, Suk HW, Davis MC, Karoly P, Finan P, Tennen H, Jensen MP. Investigating intraindividual pain variability: methods, applications, issues, and directions. PAIN 2019;160(11).

Apport du PENG block dans la Prevention de la douleur rebond

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

N.F. Hamma 1, A. Lakhel 2, A. Djenane 3, H. Makhloufi 2
1 Faculté De Medecine - Constantine (Algeria), 2 faculté de médecine univércuté3 de Constantine - Constantine (Algeria), 3 faculté de médecine Batna - Batna (Algeria)

Introduction: La douleur rebond (DR) est une exacérbation brutale transitoire et intense de la douleur post-opératoire, survenant dans les 12 a 24 h suivant la levée de l'anesthésie locoregionale; périphérique ou rachidienne pouvant compromettre la qualité de la recupération post-opératoire, notamment en chirurgie orthopédique. L'ajout dun bloc periphérique cible tel que le PENG block comme stratégie analgésique complémentaire serait prometteur pour prolonger lanalgésie postopératoire, éviter la DR et améliorer l'issue fonctionnelle.
Matériel et méthode Il s'agit d' étude prospéctive interventionnelle chez 156 pateints opérés pour une FCF. Un PENG bloc à base re bupivacaine 0.25% et 4mg de déxaméthasone a été réalisé avant la mobilisation pour la rachianésthésie unilatérale. La douleur post opératoire moyenant l'EN a été évalué au repos et la mobilisation jusqu'à la 24e heure post opératoire.les patients avait recu du paracétamol, AINS; dans le cadre de l'analgésie multimodale et oipiodes si inssuffisante. Resultats: on a observé une chute rapide des scores: l'EN moy à H0 de 4,79 ± 2,90 au repos, et de 7,55 ± 2,01 à la mobilisation, Dès 15 minutes,: EN moyenne à H15 à 1,48 ± 1,60 au repos et 0,51 ± 1,30 à la mobilisation à H30. Au moment de la rachianesthésie 98,7 % des patients présentaient EN<3 . 98.7 % présentaient une douleur légère à la levée de la rachianesthésie. quasi-totalité des patients avaient une douleur légère tout au long de la période post-opératoire. Seulement 9% des patients ont reçu du tramadol en complément d'analgésie.100 % des patients avaient été mis en position assise dès le premier jour , 55,8 % verticalisé dès les 24e h. Aucun deficit moteur n'a été constaté. Discussion : La DR est souvent sous-estimee apres rachianesthesie , liée à une levée brutale de l'analgésie régionale sans relais adéquat. Dans notre étude la dans le contexte de la "preemptive analgésia" la prise en charge débutait en préoperatoire afin d'anticiper l'apparition de la douleur rebond. A la levée de la rachianesthesie 98.7% des patients présentaeint une douleur . on note une consommation d'opioides très réduite. Le PENG block, associé à une analgésie multimodale (paracetamol, AINS), a permi une meilleure transition douloureuse. Il prolonge la couverture antalgique au-delà de la durée de la rachianesthésie sans affecter la motricité ce qui pérmi la mobilisation précoce de nos patients . Son intêret est majeur La prise en charge de la douleur et réhabilitaion pour la chirurgie de la hanche. Conclusion : Lutilisation combinée de la rachianesthesie et du PENG block représente une stratégie optimale pour prevenir la douleur rebond. Associé à une approche multimodale et anticipative. En reduisant significativement la l'intensité de la DR ainsi que la consommation d'opiodes, le PENG block améliore le confort du patient en postopératoire immédiat et la qualité de récuperation.

Bibliographie

1.Streb T, et al. "Rebound pain – von der Definition bis zur Therapie." Der Anaesthesist. 2022;71:638–645. doi:10.1007/s00101-022-01120-z
Singh NP, et al. "Prophylactic dexamethasone for rebound pain after peripheral nerve block in adult surgical patients." Br J Anaesth. 2024;132(5):1112–1121. doi:10.1016/j.bja.2023.09.022
Muñoz-Leyva F, et al. "Managing rebound pain after regional anesthesia." Korean J Anesthesiol. 2020;73(5):372–383. doi:10.4097/kja.20436

Admassie BM, et al. "Magnitude and severity of rebound pain after resolution of peripheral nerve block." Ann Med Surg. 2022;84:104915. doi:10.1016/j.amsu.2022.104915
5-Hu X, Chenyang D, Xu B, Lao Y, Sheng H, Zhang S, et al. Pericapsular nerve group block reduces opioid use and pain after hip surgery: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. PLoS One. 2024;19(11):e0310008.
6- Jeevendiran A, Suganya S, Sujatha C, Rajaraman J, R S, Asokan A, et al. Comparative Evaluation of Analgesic Efficacy of Ultrasound-Guided Pericapsular Nerve Group Block and Femoral Nerve Block During Positioning of Patients With Hip Fractures for Spinal Anesthesia: A Prospective, Double-Blind, Randomized Controlled Study. Cureus. 16(3):e56270.
7- Girón-Arango L, Peng PWH, Chin KJ, Brull R, Perlas A. Pericapsular Nerve Group (PENG) Block for Hip Fracture: Regional Anesthesia and Pain Medicine. juill 2018;1.

Évaluation de l'évolution de la consommation en antalgiques des patients de plus de 75 ans à distance d'une chirurgie pour sténose lombaire

Recherche Clinique
A. Ozenne 1, A. Soubieux Bourbon 1, S. Pouplin Jardin 1, M. Ould Slimane 1, R. Varin 1
1 Pharmacien - Rouen (France)

Introduction
La sténose lombaire est l'affection rachidienne la plus fréquente chez les sujets âgés de plus de 60 ans. Elle peut occasionner des douleurs et un handicap fonctionnel. La prise en charge chirurgicale est une alternative thérapeutique efficace [1].
L'objectif principal de l'étude est d'évaluer l'évolution de la consommation en antalgiques avant/après chirurgie d'une sténose du canal lombaire chez les patients de plus de 75 ans. Les objectifs secondaires sont de décrire le statut algofonctionnel à distance de la chirurgie.
Méthodologie
Ont été inclus tous les patients de plus de 75 ans opérés pour sténose lombaire entre juin 2018 et juin 2021 ; ont été exclus les patients refusant l'étude et les patients incapables de s'exprimer.
Deux périodes ont été définies : P1 6 mois avant la chirurgie et P2 post-opératoire (avec un recul minimal post chirurgical d'un an).
Les traitements antalgiques (nom et dose) ont été répertoriés à P1 selon les délivrances pharmaceutiques et à P2 selon les délivrances pharmaceutiques et les interrogatoires téléphoniques réalisés avec le patient. Tous les types d'antalgiques définis selon la classification de Lussier et Beaulieu ont été étudiés.
Les critères secondaires été évalués à P1 et P2 par l'échelle numérique pour la douleur et par le SF12 pour la fonction avec les composantes physiques et mentales. L'existence d'une douleur neuropathique a été recherchée par le DN4.
Résultats
Quarante-quatre patients ont été inclus. L'étude montre une diminution de la consommation en antalgiques entre avant et après chirurgie pour 70,5% des patients ainsi qu'une diminution significative du nombre de molécules antalgiques (2,6 versus 1,7 p=0.023). Les trois principales molécules antalgiques consommées par ordre décroissant sont le paracétamol, les opioïdes faibles et la prégabaline. Le nombre de consommateurs de paracétamol et d'opioïdes faibles diminue au cours du temps ainsi que les doses. La consommation d'opioïdes forts a diminué de 85,5%. Et, 47,7% (n=21) des patients déclarent ne consommer aucun médicament antalgique en dehors du paracétamol versus 20,5% (n=9) avant la chirurgie.
En post-opératoire, les thérapeutiques introduites concernent majoritairement les antiépileptiques et antidépresseurs utilisés dans le cadre de douleurs neuropathiques. Toutefois, ils ne sont utilisés que par 20,5% (n=9) des patients alors que le DN4 est positif pour 46,3% (n=19).
Les bénéfices attendus de la chirurgie concernent également l'amélioration de la fonction selon le SF12 : 44,2% (n=19) des patients ont une amélioration de leur composante physique et 46,5% (n=21) une amélioration de leur composante mentale.
Conclusion
La chirurgie de sténose lombaire semble avoir un impact positif sur l'allègement thérapeutique et la fonction chez les sujets âgés de plus de 75 ans.

Bibliographie

[1] Sobottke R, Herren C, Siewe J, Mannion AF, Röder C, Aghayev E. Predictors of improvement in quality of life and pain relief in lumbar spinal stenosis relative to patient age: a study based on the Spine Tango registry. Eur Spine J. févr 2017;26(2):462-72.

Dolomio.org : évolution du site internet francophone sur la prise en charge de la douleur chronique pédiatrique et arrivée d'une mini-série pédagogique sur la douleur chronique.

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

J. Malek 1, J. Andreu Gallien 2
1 Centre De La Douleur Et De La Migraine, Hôpital Armand Trousseau, Ap-Hp - Paris (France), 2 Association Ville Hôpital Lutter Contre La Douleur - Paris (France)

Le site internet Dolomio.org, seul site francophone réalisé par des professionnel·les de santé (dont de nombreu·ses·x membres de la commission pédiatrique de la SFETD) dédié à la prise en charge de la douleur récurrente et chronique de l'enfant et de l'adolescent·e, a vu le jour en novembre 2021. Ce site est destiné aux patient·es, leurs famille et aux soignant·es, avec des contenus différenciés mais accessibles à tou·tes sans accès privatif ni compte personnel. Ce site a été au fur et à mesure complété, rassemblant des contenus propres, et renvoyant à des ressources existantes, afin de centraliser les outils de compréhension et de prise en charge de la migraine et de la douleur chronique.
Le site est en constante augmentation de consultation :
- il a fait l'objet de 678 visites en 2021, 4221 en 2022, 8599 en 2023 et 13148 en 2024
- il est visité depuis plus de 60 pays dans le monde, dont de nombreux pays non francophones
- il est référencé dans des sites médicaux, des associations de patient·es et auprès des sociétés savantes
- les pages les plus consultées concernent les critères IHS des céphalées primaires, le guide de prescription pour la migraine, la page sur l'algodystrophie, et la page « aller mal et avoir mal »
Une nouvelle section dysménorrhées-douleurs pelviennes chroniques, avec un contenu différencié pour les professionnel·les de santé et les patientes/famille, a vu vu le jour en 2024-2025, et a permis le recueil et la publication de témoignages de patientes sur le sujet.
Enfin, une mini-série composée de 4 épisodes sur la douleur chronique va voir le jour en 2025, dont le scénario a été écrit par deux pédiatres algologues, et qui a été mis en animation par des artistes.
Les 4 épisodes de 3 minutes sont :
- La douleur comment ça marche
- La douleur c'est toujours dans la tête
- Une douleur ou des douleurs ?
- Comment on traite les douleur ?
Cette mini-série pourra être présentée en avant première au congrès de la SFETD en novembre 2025, elle est complémentaire des vidéos de Zernikow et du CHU de Quebec « Comprendre la douleur chronique » puisqu'elle aborde la physiopathologie de la douleur, la matrice de la douleur et les différentes approches thérapeutiques dans des épisodes distincts.
Dolomio.org est au service des professionel·les de santé, et sa promotion au sein de la SFETD a aussi pour objectif de lancer un appel à contribution, pour que cet outil reste au plus près des besoins identifiés par les soignant·es, les patient·es et leur famille.

Exploration des représentations des approches de traitement psychologique chez les cliniciens au sein des cliniques interprofessionnelles de douleur chronique

Recherche Clinique

G. Lavoie-Dias 1, T. Augière 1, Y. Couturier 2, M. Choinière 1, M.G. Pagé 1
1 Université De Montréal - Montréal (Canada), 2 Université De Sherbrooke - Montréal (Canada)

Introduction : Suite à la création d'un Plan d'action en douleur chronique par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, des cliniques interprofessionnelles de première ligne ont été mises en place afin d'améliorer la prise en charge de la douleur chronique. Cette innovation vise à élargir l'offre de services, incluant la dimension psychologique de la douleur. Bien que les approches psychologiques aient démontré leur efficacité en gestion de la douleur chronique, peu d'information existe sur la manière dont les cliniciens œuvrant dans ces milieux se les représentent. Or, ces représentations peuvent influencer l'orientation des patients vers ces traitements. Cette étude vise ainsi à mieux comprendre comment ces approches sont représentées par les cliniciens de ces cliniques.
Méthodologie : Une étude qualitative exploratoire a été menée à l'aide d'entretiens semi-directifs auprès de 23 cliniciens de différentes disciplines (psychologie, médecine, soins infirmiers, travail social, pharmacie, réadaptation) travaillant dans les cinq cliniques participantes. L'analyse thématique réflexive a été utilisée pour identifier les croyances, les compréhensions et les attitudes des cliniciens concernant les approches psychologiques en contexte de traitements interprofessionnels. L'échantillon comprend 20 femmes et 3 hommes, âgés de 25 à 55 ans, avec une expérience clinique allant de 0 à plus de 20 ans.
Résultats : Les cliniciens se représentent les approches psychologiques comme utiles et importantes en principe. Toutefois, leur accessibilité reste souvent limitée par un manque de psychologues. Tous ne partagent pas la même vision du rôle des interventions psychologiques dans la gestion de la douleur chronique. Bien que certains mentionnent un effet possible de ces approches sur l'expérience de la douleur elle-même, elles ne sont généralement pas représentées comme influençant directement son intensité. Elles sont plutôt vues comme des outils complémentaires soutenant les personnes dans leur adaptation, notamment en lien avec leur capacité d'autogestion, leur fonctionnement social et la maîtrise de leur environnement. Par ailleurs, des divergences persistent quant à leur compréhension, notamment sur leur distinction d'avec d'autres interventions psychosociales, certains estimant qu'elles peuvent être accomplies par d'autres professionnels que le psychologue.
Discussion : Les approches psychologiques sont considérées comme importantes en principe. Toutefois, une compréhension variable de ces interventions et un accès restreint à des professionnels formés en matière de traitements psychologiques semblent limiter leur intégration dans les plans de traitement. Des formations ciblées et une clarification des rôles professionnels pourraient permettre une intégration plus efficace dans la pratique interprofessionnelle en douleur chronique.

Étude populationnelle caractérisant les utilisateurs français du paracétamol via leurs habitudes de consommation et leurs niveaux de connaissance sur son bon usage

Recherche Clinique

T. Mati 1, G. Pickering 2, B. Clairaz-Mahiou 3, F. Alliot 4, C. Amand 1, B. Bouchbout 1, S. Mouly 5
1 Opella Healthcare France - Neuilly-Sur-Seine (France), 2 Plateforme D'investigation Clinique, Cic Inserm 1405, Chu De Clermont-Ferrand - Clermont-Ferrand (France), 3 Société Francophone Des Sciences Pharmaceutiques Officinales (sfspo) - Bièvres (France), 4 Association Française De Lutte Antirhumatismale Aflar - Paris (France), 5 Aphp.nord Université Paris Cité, Inserm Umr-S1144, Département De Médecine Interne, Hôpital Lariboisière - Paris (France)

Introduction : La douleur constitue un enjeu majeur de santé publique [1], et le paracétamol demeure l'antalgique le plus utilisé en France. Les autorités de santé françaises ont récemment renforcé les mesures de prévention pour limiter les risques de mésusage [2].
Les objectifs de cette étude étaient de décrire les profils des utilisateurs français et de les classifier selon leurs habitudes de consommation et leurs niveaux de connaissance sur le bon usage du paracétamol.
Méthode : Une enquête transversale a été menée en France (juin-juillet 2023) auprès d'adultes (≥18 ans) ayant utilisé du paracétamol au moins une fois. Un échantillon de 5020 participants, représentatif de la population française a été constitué via un panel OpinionWay. Le questionnaire de cette étude, basé sur des travaux antérieurs de l'OFMA [3], portait sur les caractéristiques sociodémographiques, l'état de santé, l'engagement santé, les perceptions de l'automédication (OTC), la connaissance du paracétamol (bon usage, surdosage, toxicité hépatique) et les habitudes d'utilisation. Les participants ont été classés en quatre sous-groupes selon leurs niveaux de connaissance et de risque comportemental : Risque faible/Bonne connaissance (Vert), Risque faible/Mauvaise connaissance (Jaune), Risque élevé /Bonne connaissance (Bleu) et Risque élevé/Connaissance faible (Rouge). Des statistiques descriptives et des régressions logistiques multivariées ont été conduites.
Résultats : L'échantillon comprenait 52.0% de femmes (âge moyen 49.1 ans). Le paracétamol était utilisé principalement pour des céphalées (69.1%) et majoritairement en automédication (73.4%). La fréquence de prise était plutôt occasionnelle (41.3%) ou rare (18.1%), 81.8% des utilisateurs connaissaient l'intervalle minimale de 4-6h entre les prises, 71.8% connaissaient la dose maximale journalière correcte (≤ 4 g/jour) et 52.0% le risque hépatique en cas de surdosage (car 39% méconnaissaient l'organe affecté). Concernant la classification par sous-groupes, 58.9% appartenaient au groupe Vert, 28.7% au groupe Jaune, 5.6% au groupe Bleu et 6.8% au Rouge. Les utilisateurs avec une mauvaise connaissance (Rouge et Jaune) étaient confirmés pour être le plus souvent des utilisateurs occasionnels, rarement concernés par des pathologies chroniques, plus souvent des hommes, issus des catégories sociales moins privilégiées et se sentant moins vulnérables au risque de mauvais usage du paracétamol. Les régressions ont montré qu'une faible connaissance était associée à la prise de > 4 g/jour et un intervalle < 4h entre les prises.
Conclusion : Cette enquête transversale révèle un niveau globalement satisfaisant de connaissance sur l'usage et les risques liés au paracétamol chez une grande partie des participants. Toutefois, des actions ciblées d'éducation et de sensibilisation envers certains profils restent nécessaires afin de réduire le risque d'effets indésirables graves et d'optimiser l'usage sécurisé du paracétamol.
Les auteurs déclarent que cette étude a été financée par Opella.

Bibliographie

[1] Alain Serrie, La prise en charge de la douleur chronique : un problème de société, Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, Volume 199, Issues 4–5, 2015, Pages 555-565.
[2] Paracétamol : l'ANSM lance une consultation publique pour sensibiliser les patients et les professionnels de santé au risque de toxicité pour le foie en cas de mésusage. Consulté le 23.04.2025
[3] https://www.ofma.fr/paracetamol-sondage-opinionway-automedication. Consulté le 23.04.2025

Étude observationnelle en vie réelle du traitement de la douleur cancéreuse par le chlorhydrate de méthadone (Zoryon®) chez des patients insuffisamment soulagés par d'autres opioïdes de niveau 3 (étude DUNE).

Recherche Clinique

G. Chvetzoff 1, P. Poulain 2, S. Laurent 3, I. Krakowski 4, N. Saffon 5, V. Guastella 6, A. Ghimouz 7, A. Boden 8, J. Collot 9, J.M. Pellat 10, M. Laigre 11, E. Da Silva 12, F. Tremellat-Falière 13, F. Bienfait 14, F.X. Piloquet 15, C. Guillaume 16, A.T. Pena-Ardid 17, C. Ferron-Perraud 18, J.M. Betz 19, C. Koch 19, M.P. Berleur 20
1 Centre Léon Bérard - Lyon (France), 2 Had - Tarbes (France), 3 Maison Jeanne Garnier - Paris (France), 4 Afsos - Paris (France), 5 Chu Toulouse - Toulouse (France), 6 Chu Louise Michel - Clermont Ferrand (France), 7 Institut Curie - Paris (France), 8 Oncopole - Toulouse (France), 9 Ch William Morey - Chalon Sur Saône (France), 10 Ghm Grenoble - Grenoble (France), 11 Icm Val D'aurelle - Montpellier (France), 12 Ch Bourg En Bresse - Bourg En Bresse (France), 13 Chu Nice - Nice (France), 14 Ico Paul Papin - Angers (France), 15 Ico Nantes - Saint Herblain (France), 16 Chu Caen - Caen (France), 17 Clinique De L'ormeau - Tarbes (France), 18 Hôpital Privé Du Confluent - Nantes (France), 19 Laboratoire Bouchara Recordati - Puteaux (France), 20 Ap-Hp - Paris (France)

La douleur chronique du cancer reste l'un des symptômes les plus fréquents en oncologie [1]. La méthadone est un opioïde de recours, recommandé par la HAS [2] autorisé sous le nom de Zoryon depuis 2018 en cas de soulagement insuffisant ou d'effets secondaires excessifs avec d'autres opioïdes.
A la demande de l'ANSM, l'étude DUNE a été réalisée en post-AMM pour produire de nouvelles données de sécurité.
Méthode : Etude de cohorte observationnelle, prospective, multicentrique. Objectif principal : décrire la survenue de surdosage ou d'allongement du QT entre l'initiation et l'obtention de la dose d'équilibre (DE). Objectifs secondaires : décrire les protocoles utilisés, la sécurité, l'efficacité, la tolérance, et l'expérience patients et soignants durant le premier mois d'utilisation.
Résultats : 136 patients (75 hommes, 61 femmes, âge médian 62 ans [17-85]) ont été inclus dans 21 services français, de mars 2022 à décembre 2023. 118 patients (86,9%) avaient un cancer métastatique, 97 (71,3%) une douleur mixte.
55 patients (40,4%) ont été exposés à des médicaments d'intérêt pendant la phase de titration (36 = risque de torsade de pointe, 24 = précaution d'utilisation, 2 = contre-indiqués).
121 patients ont atteint la DE (à 7,8j en moyenne (3,4), médiane 7j [4-27)]. 91 ont atteints J28. La méthode de titration a été « stop and go » pour 66 patients (54,5%) et « progressive » pour 55 (45,5%). La DE moyenne était de 62 mg (51,0), médiane 50 mg [5-300]. 4 patients ont présenté un score de Richmond ≤ - 2 et une fréquence respiratoire < 10/min. Aucun n'a eu un score ≤ - 4 et une fréquence respiratoire <8/min
Tous les patients ont eu un ECG à J0, 53 à la dose d'équilibre, 27 à J28. 12 patients (8,8%) ont eu un allongement du QT >10% à la DE et 6 (6,6%) à J28. Aucun allongement du QT >500ms n'a été observé.
128 patients (92,6%) ont eu au moins un effet indésirable (EI), sérieux pour 53. Les principaux EI ont été somnolence, nausées, bouche sèche, constipation, myoclonies, vomissements, confusion, hallucination, prurit, hypoxie. 8 patients sont décédés, aucun en lien avec Zoryon.
85 patients (70,2%) ont eu une diminution de l'EVA ≥ 2 à DE et 66 (71,7%) à J28. 60,3% étaient satisfais ou très satisfaits à DE et 52,1% à J28.
Conclusion : L'étude DUNE n'a pas montré d'allongement grave de QT ni de surdosage grave dans l'utilisation de Zoryon en vie réelle. Le soulagement est obtenu chez 2/3 des patients, au prix d'effets

secondaires fréquents mais généralement modérés, cohérents avec les données publiées [3]. L'étude confirme l'intérêt de cette molécule dans les douleurs rebelles du cancer.

Bibliographie

1 Fallon M. et al (2018). Management of cancer pain in adults patients: ESMO clinical practive guidelines. Annals of Oncology 29 (Supplement 4): iv166–iv191.
2 Haute Autorité de Santé, Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu'en fin de vie. 2020: www.has-sante.fr.
3- Poulain P, Michenot N, Rostaing S, Collin E, Delorme T, Baron L, Faure S, Hubault P, Minello C, Filbet M, Ammar D, Delorme C, Chvetzoff G, Jovenin N, Krakowski I. Douleur due au cancer : changement d'opioïde fort ou de voie d'administration. Douleurs 2019;20 :211-215

Etude qualitative de la mesure d'impact social d'une équipe mobile douleur handicap déficience intellectuelle 0-25 ans

Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure
F. Insogna 1, L. Claret 2, B. Ploquin 2, P. Le Moine 1
1 Équipe Modidol, Chu - Brest (France), 2 Koreis - Paris (France)

MoDIDol est une innovation qui cherche à améliorer le traitement de la douleur d'enfants, adolescents, et jeunes adultes avec déficience intellectuelle modérée à sévère, au sein de leurs familles ou en institution. Afin d'appréhender l'atteinte de cet objectif et avant un éventuel essaimage du dispositif, nous avons entrepris une mesure d'impact social, conduite par le cabinet KOREIS, grâce au soutien de la Fondation Handicap Malakoff Humanis. Nous présentons ici le volet qualitatif de cette étude.
De janvier à mars 2024, 11 entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès des proches aidants de 3 personnes suivies par MoDIDol, de 4 professionnels (IDE, Kiné, Educatrices spécialisées), et de 4 experts du secteur (directeur adjoint ARS, neuropédiatre, médecin santé douleur pour adultes en situation de handicap, directeur ESMS). Les entretiens cherchent à répondre aux questions évaluatives suivantes : quels sont les freins ou difficultés dans l'identification et le traitement de la douleur des personnes en situation de handicap avec déficience intellectuelle (PSHDI), et dans quelle mesure les activités de MoDIDol permettent d'y répondre et de produire des impacts sur leurs bénéficiaires.
Les principaux besoins illustrés par les entretiens sont :
Pour les aidants familiaux et professionnels, un défaut de connaissance de la douleur (évaluation et traitement);
Pour les établissements ou services médico-sociaux (ESMS), une difficulté à la prise en charge de la douleur ;
Entraînant des risques en santé pour les PSHDI.
Les principaux effets observés sont :
La diffusion d'outils d'évaluation validés
L'évolution concrète de pratiques (par exemple la surveillance systématique de la qualité du transit intestinal)
Des améliorations dans la coopération et la coordination entre les différentes parties prenantes autour des PSHDI (proches aidants, ESMS, professionnels de santé extérieurs).
Enfin, les témoignages recueillis illustrent des améliorations concrètes et durables des parcours de soin des jeunes accompagnés.
Plusieurs facteurs clés du succès sont soulevés : 1) une première intervention sur le lieu de vie de la PSHDI, 2) le suivi (régulier) en téléconsultation intégrant les familles, 3) la posture accessible, la pédagogie et la réactivité de l'équipe.
Plusieurs limites au déploiement apparaissent : 1) des difficultés d'appropriation des outils d'évaluation, 2) l'intégration des professionnels non soignants (éducateurs) à la prise en charge et 3) la gestion du temps de l'équipe compte tenu de l'importance des déplacements dans le périmètre géographique à couvrir.
Interrogés sur le potentiel essaimage du dispositif, les experts rencontrés l'estiment souhaitable compte tenu de l'ampleur des problématiques associées à l'évaluation et la prise en charge de la douleur pour les PSHDI et le manque de dispositifs sur l'ensemble de la région Bretagne. L'activité de formation de l'écosystème sur le sujet de la douleur serait, à cet égard, particulièrement pertinente à déployer au sein des CHU.

Mise en place pratique rapide du MEOPA dans un service d'imagerie : retour d'expérience du CHI Créteil (94).

Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure
J. Chanclud 1, S. Vande Perre 1, N. Ouanes 1, M. Dougarem 1, V. Cellier 1, A. Louis 1, M. Scoubartdrouet 1, V. Zellner 2, L. Vadrot 3, A. Boumediene 2, J. Ngo 2
1 Service De Radiologie, Chi Créteil - Créteil (France), 2 Sdc Pédiatrique, Service De Pédiatrie Générale, Chi Créteil - Créteil (France), 3 Emasp Adulte, Chi Créteil - Créteil (France)

Objectif :
Le Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote (MEOPA) associe une action anxiolytique et un effet antalgique. Son effet est souvent euphorisant (« gaz hilarant »). L'état de conscience est modifié (sédation consciente), le sujet reste éveillé, réagit avec l'environnement et peut dialoguer avec l'entourage. La rapidité d'action (l'effet survient en 3 minutes) et la réversibilité (en moins de 5 minutes) [1-5] rendent son usage particulièrement attrayant dans un service d'imagerie. Nous allons décrire les différentes étapes d'une mise en place de l'utilisation du MEOPA dans un service d'imagerie avec activité pédiatrique, au CHI Créteil (94).

Méthode :
Prise de contact par les radio-pédiatres de l'équipe de la Structure Douleur Chronique (SDC) pédiatrique afin de rapporter les problématiques au sein du service d'imagerie pour la prise en charge de la douleur et de l'anxiété de notre population pédiatrique.
Réunion pluridisciplinaire avec l'équipe d'encadrement du service de radiologie et de la SDC permettant de discuter du calendrier et de la création d'un protocole d'utilisation pour l'ensemble du personnel du service d'imagerie.
Diffusion en radiologie du protocole déjà existant en pédiatrie sur l'usage du MEOPA.
Création d'une fiche-patient regroupant la prescription médicale, le recueil des contre-indications, l'évaluation de la douleur pré, per et post administration ainsi que le suivi de la dose reçue.
Formation délivrée dans le service d'imagerie par l'Infirmière Diplômée d'Etat (IDE) Ressource Douleur de la SDC pédiatrique, aidée d'un IDE Ressource Douleur secteur adulte (avec pour objectif d'identifier les problématiques spécifiques aux patients adultes).
Validation finale par le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD).

Résultats :
Premier contact et réunion en novembre 2024.
Validation en décembre 2024 du questionnaire d'utilisation du MEOPA avec archivage de la fiche dans le dossier patient informatisé.
Début des formations pour le personnel médical et paramédical non formé en mars 2025 et début de la pratique selon le protocole dès janvier pour le personnel déjà formé en amont.

Conclusion :
Notre retour d'expérience au sein du CHI Créteil montre, à travers une bonne coordination entre plusieurs services, la possibilité d'une mise en place rapide en moins de 6 mois du MEOPA dans un service d'imagerie médicale. Elle a été accompagnée d'une formation des soignants et d'un protocole encadré.

Bibliographie

[1] D. Annequin, J. Ngo. Évaluation et prise en charge de la douleur chez le nouveau-né, l'enfant et l'adolescent. EMC - AKOS (Traité de Médecine) 2018;13(4):1-7 [Article 8-1026].
[2] Afssaps. Recommandations de bonne pratique 2009 : Prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant.
[3] Annequin D, Carbajal R, Chauvin P, Gall O, Tourniaire B, Murat I. Fixed 50% nitrous oxide oxygen mixture for painful procedures: A French survey. Pediatrics. 2000 Apr;105(4):E47.
[4] Gall O, Annequin D, Benoit G, Glabeke E, Vrancea F, Murat I. Adverse events of premixed nitrous oxide and oxygen for procedural sedation in children. Lancet. 2001 Nov 3;358(9292):1514-5.
[5] D. Annequin, MEOPA (mélange équimolaire oxygène protoxyde d'azote), un médicament antalgique de référence chez l'enfant, Journal de Pédiatrie et de Puériculture, Volume 38, Issue 1, 2025, Pages 25-31, ISSN 0987-7983.

Evaluation rétrospective de la stimulation magnétique transcrânienne répétée dans la fibromyalgie au CHU de Montpellier

Recherche Clinique
S. Zemmahi 1, R. Gonon-Demoulian 1, P. Ginies 1
1 Chu De Montpellier - Montpellier (France)

La stimulation magnétique transcrânienne répétée (rTMS) devient une option non médicamenteuse intéressante dans le traitement de la douleur chronique. Des données tangibles de son efficacité dans la fibromyalgie (FM) ont conduit à une recommandation de grade B. Cependant, il n'existe pas d'éléments prédictifs de réponse à la rTMS dans la FM. Ce travail a deux objectifs : premièrement, de réaliser une analyse rétrospective de l'intérêt de la rTMS du cortex moteur primaire (M1) chez des patients souffrant de FM traités en soins courants au CHU de Montpellier, et deuxièmement de rechercher de potentiels facteurs prédictifs de la réponse à la rTMS. 49 patients ont bénéficié d'une cure complète de rTMS, on retrouve un bénéfice analgésique significatif pour 30 patients (61,2%) et sur vingts-un patients ayant bénéficié d'un protocole d'entretien complet, ce bénéfice est maintenu pour disette patients (80,95 %). L'EN Douleur diminue en moyenne de 2,43 points (–33 %) en fin de cure et de 3,42 points (–55 %) en fin d'entretien. La sévérité douloureuse à la BPI diminue de 1,47 points (–23%) en fin de cure. La qualité de vie apparait améliorée en fin de cure avec baisse des scores de la FIQ et de l'interférence à la BPI, respectivement de 14,02 points (–20 %) et de 2,05 points (–36 %). Ces résultats paraissent se maintenir en entretien. Concernant la recherche de potentiels facteurs prédictifs de réponse à la rTMS, le maintien d'une activité professionnelle est associé à une meilleure réponse. L'usage de morphiniques et le sexe masculin sont associés à de moindres bénéfices. La rTMS en soins de la FM a des résultats positifs sur la douleur et la qualité de vie avec peu d'effets indésirables. Cette étude confirme l'intérêt de sa place en soins courant de FM. Une meilleure définition du profil des patients auxquels proposer la rTMS et la place de la rTMS dans la séquence thérapeutique constituent des enjeux afin de mieux cibler les soins à proposer pour la FM.
Mots clés : Douleur chronique · fibromyalgie ·neuromodulation · rTMS

Bibliographie
1. Laroche F (2018) La fibromyalgie : diagnostic positif, diagnostics différentiels et diagnostics associés. Rev Rhum Monogr 85:287–94. https://doi.org/10.1016/j.monrhu.2018.07.002
2. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, et al (1990) The american college of rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Arthritis Rheum 33:160–72. https://doi.org/10.1002/art.1780330203
3. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, et al (2010) The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. Arthritis Care Res 62:600–10. https://doi.org/10.1002/acr.20140
4. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, et al (2016) Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. Semin Arthritis Rheum 2016;46:319–29. https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2016.08.012
5. Arnold LM, Hudson JI, Keck PE, et al (2006) Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders. J Clin Psychiatry 67:1219–25. https://doi.org/10.4088/jcp.v67n0807
6. Mcfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, et al (2017) EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. AnnRheum Dis 76:318–28. https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-209724

7. Moisset X, Bouhassira D, Avez Couturier J, et al (2020) Pharmacological and non-pharmacological treatments for neuropathic pain: Systematic review and French recommendations. Rev Neurol (Paris) 176:325–52. https://doi.org/10.1016 j.neurol.2020.01.361
8. Lefaucheur JP, André-Obadia N, Antal A, et al (2014) Evidence- based guidelines on the therapeutic use of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS). Clin Neurophysiol 125:2150–206. https://doi.org/10.1016/j.clinph.2014.05.021
9. Lefaucheur JP, Aleman A, Baeken C, et al (2020) Evidence-based guidelines on the therapeutic use of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS): An update (2014–2018). Clin Neurophysiol 131:474–528. https://doi.org/10.1016/j.clinph.2019.11.002
10. Moisset X, de Andrade DC, Bouhassira D (2016) From pulses to pain relief: an update on the mechanisms of rTMS-induced analgesic effects. Eur J Pain 20:689–700. https://doi.org/10.1002/ejp.811
11. Dworkin RH, Turk DC, Wyrwich KW, et al (2008) Interpreting the clinical importance of treatment outcomes in chronic pain clinical trials: IMMPACT Recommendations. J Pain 9:105–21. https://doi.org/10.1016/j.jpain.2007.09.005
12. Perrot S, Dumont D, Guillemin F, et al (2003) Quality of life in women with fibromyalgia syndrome: validation of the QIF, the French version of the fibromyalgia impact questionnaire. J Rheumatol 30:1054–9
13. Tan G, Jensen MP, Thornby JI, Shanti BF (2004) Validation of the Brief Pain Inventory for chronic nonmalignant pain. J Pain Off JAm Pain Soc 5:133–7. https://doi.org/10.1016/j.jpain.2003.12.005
14. Passard A, Attal N, Benadhira R, et al (2007) Effects of unilateral repetitive transcranial magnetic stimulation of the motor cortex on chronic widespread pain in fibromyalgia. Brain 130:2661–70. https://doi.org/10.1093/brain/awm189
15. Busch AJ, Barber KAR, Overend TJ, et al (2007) Exercise for treating fibromyalgia syndrome. Cochrane Database Syst Rev: CD003786. https://doi.org/10.1002/14651858.CD003786.pub2
16. Bernardy K, Klose P, Busch AJ, et al (2013) Cognitive behaviou- ral therapies for fibromyalgia. Cochrane Database Syst Rev: CD009796. https://doi.org/10.1002/14651858.CD009796.pub2
17. Lunn MPT, Hughes RAC, Wiffen PJ (2014) Duloxetine for trea- ting painful neuropathy, chronic pain or fibromyalgia. Cochrane Database Syst Rev:CD007115. https://doi.org/10.1002/14651858.CD007115.pub3
18. Derry S, Gill D, Phillips T, Moore RA (2012) Milnacipran for neu- ropathic pain and fibromyalgia in adults. Cochrane Database Syst Rev:CD008244. https://doi.org/10.1002/14651858.CD008244.pub2
19. Bennett RM, Kamin M, Karim R, Rosenthal N (2003) Tramadol and acetaminophen combination tablets in the treatment of fibro- myalgia pain: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. Am J Med 114:537–45. https://doi.org/10.1016/s0002-9343 (03)00116-5
20. Üçeyler N, Sommer C, Walitt B, Häuser W (2013) Anticonvulsants for fibromyalgia. Cochrane Database Syst Rev:CD010782. https://doi.org/10.1002/14651858.CD010782
21. Mhalla A, Baudic S, de Andrade DC, et al (2011) Long-term maintenance of the analgesic effects of transcranial magnetic stimulation in fibromyalgia: Pain 152:1478–85. https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.01.034
22. Boyer L, Dousset A, Roussel P, et al (2014) rTMS in fibromyalgia: a randomized trial evaluating QoL and its brain metabolic substrate. Neurology 82:1231–8. https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000000280
23. Laroche F, Azoulay D, Trouvin AP, et al (2019) Fibromyalgia in the workplace: risk factors for sick leave are related to professio- nal context rather than fibromyalgia characteristics— a French national survey of 955 patients. BMC Rheumatol 3:44. https://doi.org/10.1186/s41927-019-0089-0
24. Mannerkorpi K, Gard G (2012) Hinders for continued work among persons with fibromyalgia. BMC Musculoskelet Disord 13:96. https://doi.org/10.1186/1471-2474-13-96

25. Inghilleri M, Conte A, Currà A, et al (2004) Ovarian hormones and cortical excitability. An rTMS study in humans. Clin Neuro- physiol Off J Int Fed Clin Neurophysiol 115:1063–8. https://doi.org/10.1016/j.clinph.2003.12.003
26. Boerner KE, Chambers CT, Gahagan J, et al (2018) Conceptual complexity of gender and its relevance to pain. Pain 159:2137–41. https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001275
27. Wasserman RA, Brummett CM, Goesling J, et al (2014) Characteristics of chronic pain patients who take opioids and persistently report high pain intensity. Reg Anesth Pain Med 39:13–7. https://doi.org/10.1097/AAP.0000000000000024
28. Maarrawi J, Peyron R, Mertens P, et al (2013) Brain opioid receptor density predicts motor cortex stimulation efficacy for chronic pain. Pain 154:2563–8. https://doi.org/10.1016/j.pain.2013.07.042
29. Hoogendam JM, Ramakers GMJ, Di Lazzaro V (2010) Physiology of repetitive transcranial magnetic stimulation of the human brain. Brain Stimulat 3:95–118. https://doi.org/10.1016/j.brs.2009.10.005
30. Berthelot JM, Nizard J, Maugars Y (2019) The negative Haw- thorne effect: Explaining pain overexpression. Joint Bone Spine 86:445–9. https://doi.org/10.1016/j.jbspin.2018.10.0

Vers un nouveau traitement local de la douleur neuropathique périphérique : essai clinique de preuve de concept avec l'IncobotulinumtoxinA (PaiNT)

Recherche Clinique
N. Attal 1, E. Viel 2, M. Stainmesse 3
1 Hospitalière - Paris (France), 2 Hospitalière - Nîmes (France), 3 Industrielle - Paris (France)

Vers un nouveau traitement local de la douleur neuropathique périphérique : essai clinique de preuve de concept avec l'IncobotulinumtoxinA (PaiNT)
Contexte et objectifs : Entre 6 et 10 % des adultes souffrent de douleurs chroniques avec des caractéristiques neuropathiques [1], [2], [3]. Les douleurs neuropathiques impactent significativement le bien-être physique, social, économique et psychologique des patients Les traitements existants présentent une efficacité limitée et sont souvent associés à des effets secondaires. C'est pourquoi, le besoin médical persiste dans la prise en charge des douleurs neuropathiques. Les premières études avec la toxine botulique de type A (BoNT/A) dans la douleur neuropathique périphérique (DNP) ont montré un NNT* associé à ce traitement, supérieur à celui des autres traitements pharmacologiques [4], [5], [6].
Méthode : La plupart des études cliniques réalisées avec la BoNT/A sont de petite taille, monocentriques et avec des biais potentiels, ce qui conduit à des recommandations GRADE faibles en traitement de deuxième ligne par le groupe d'experts de la SFETD [6] ou de troisième ligne par le groupe d'experts du NeuPSIG [4], [5], chez les patients atteints de DNP. Pour répondre au besoin médical, l'essai clinique en cours de phase 2 (PaiNT) évalue l'efficacité et la sécurité de l'incobotulinumtoxinA (NT 201, Xeomin), BoNT/A exempte de protéines complexantes.
Résultats : Cet essai randomisé, en double aveugle et multicentrique (31 sites dans 6 pays), vise à inclure au moins 120 adultes souffrant de DNP chroniques modérées à sévères dues à une névralgie post-zostérienne ou à une lésion nerveuse périphérique consécutive à une chirurgie ou un traumatisme mécanique. Pour la première fois dans un essai clinique avec BoNT/A, le test quantitatif sensoriel au chevet du patient (QST) a été utilisé pour le phénotypage des patients. Les participants recevaient des injections sous-cutanées dans la zone douloureuse, soit d'IncobotulinumtoxinA (≤300 unités) soit de placebo, et étaient suivis pendant 20 semaines. Les évaluations incluaient les variations de l'intensité moyenne quotidienne de la douleur, l'inventaire des symptômes de la douleur neuropathique (NPSI*) et les critères de tolérance.
Conclusions : L'essai PaiNT, mené à grande échelle avec IncobotulinumtoxinA chez des patients atteints de DNP, pourrait ouvrir la voie à un nouveau traitement local pour cette pathologie invalidante.
NNT*: Number needed to treat
NPSI*: Neuropathic Pain Syndrom Inventory

Bibliographie
[1] Bouassira D, et al. Pain. 2008 ; 136(3) :380-387
[2] Kamerman P, et al. Pain. 2015;156(5):793-7
[3] Finnerup N, et al. Physiological Reviews. 2021;101(1):259-301
[4] Soliman N, et al. Lancet Neurol. 2025 ; 24 :413-28
[5] Finnerup N, et al. Lancet Neurol. 2015;14:162-73
[6] Moisset X, et al. Rev Neurol (Paris). 2020;176:325-52

Enquête sur l'état de l'utilisation du Néfopam injectable avant la commercialisation de la forme comprimé au sein d'un CHU.

Recherche Clinique
E.B. Barat 1, S.P. Pouplin 1
1 Chu Rouen - Rouen (France)

Introduction : La commercialisation récente de sa forme comprimé en France pourrait en augmenter l'utilisation. Dans un contexte d'une vigilence particulière quand au risque de pharmaco-dépendance [1], il est essentiel d'évaluer les pratiques actuelles concernant la forme injectable, afin d'identifier les axes de vigilance nécessaires pour accompagner cette évolution. Cette étude vise ainsi à dresser un état des lieux précis de l'utilisation du Néfopam injectable au sein d'un CHU, en vue d'anticiper les risques potentiels liés à l'extension de son usage.
Méthode : Une étude transversale non interventionnelle, monocentrique a été mener au sein d'un centre hospitalier universitaire. Tous le personnel médical et infirmier ont été inclus dans l'étude. Les médecins vacataires ou remplaçants pour un temps ponctuel et le personnels non habilités à la prescription ou l'administration de Néfopam ont été exclus de l'étude. Le recrutement des répondeurs a été réaliser directement auprès des potentiels répondeurs directement dans les services de soins sur la période de mars 2023.
L'élaboration, la validation et diffusion du questionnaire à l'aide d'un groupe de travail composé de médecins, de pharmaciens, d'infirmières et d'étudiant infirmières anesthésiste. Le questionnaire contenait 22 questions : 4 de présentation du répondeur, 11 sur les habitudes d'utilisation du néfopam, 4 sur l'utilisation PO des ampoules injectable de Néfopam, et 5 sur l'utilisation IV du néfopam.
Résultats : Parmi les 339 questionnaires collectés, 11 ont été exclus pour remplissage insuffisant, laissant 328 réponses exploitables (206 paramédicaux, 122 médicaux). Près de 46 % des répondants exerçaient depuis plus de 10 ans au CHU de Rouen.
Le Néfopam est couramment utilisé par 92 % des soignants. La douleur aiguë post-opératoire est l'indication la plus fréquente, notamment en chirurgie (44,9 %), anesthésie/réanimation (39,4 %) et pédiatrie (54,2 %).
L'administration intraveineuse est privilégiée (56,73 %) par rapport à la voie orale (44,05 %). Cependant, 52,8 % des médecins ne prescrivent jamais ou rarement le Néfopam injectable en per os à la sortie d'hospitalisation, bien que 59,2 % des soignants le considèrent aussi efficace que la voie IV. De plus, 40,9 % jugent la voie orale mieux tolérée, tandis qu'un tiers ne se prononcent pas.
Concernant les risques, 18,69 % des paramédicaux et 25 % des médecins connaissent son potentiel addictif. Enfin, 45,15 % des paramédicaux et 9,02 % des médecins pensent que le Néfopam injectable dispose d'une AMM pour la voie orale.
Conclusion : Les résultats montrent une utilisation courante du Néfopam, principalement en intraveineux, avec une perception variable de son efficacité et de sa tolérance selon la voie d'administration. D'autant plus avec la commercialisation récente de la forme comprimé en France, une meilleure sensibilisation aux indications et aux risques de pharmacodépendance apparaît nécessaire.

Bibliographie
[1] Revol, B., Delorme, J., Jouanjus, É., Spadari, M., Djezzar, S., Lepelley, M., Khouri, C., Fouilhé Sam-Laï, N., Mallaret, M., le réseau français des Centres d'addictovigilance (2021). [Thirty years of nefopam abuse in France]. Therapie 76, 527–537.

La bouche douloureuse chez le sujet âgé : un défi multidimensionnel et pluriprofessionnel

Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure
S. Azzaoui-Cuzon 1, C. Gréhalle 1, C. Grilot 1
1 Hôpital Pierre Garraud - Lyon (France)

Dans le cadre du Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD) des Hospices Civils de Lyon (HCL), une équipe pluridisciplinaire a mis en lumière une problématique souvent sous-estimée mais aux conséquences majeures : la bouche douloureuse chez le sujet âgé.
Le vieillissement impacte fortement la cavité buccale, avec des répercussions sur l'alimentation, la qualité de vie et la santé globale des personnes âgées. Ce poster présente une synthèse des causes, conséquences et stratégies de prise en charge de la douleur buccale de ces sujets, en particulier dans un contexte institutionnel.
Avec l'âge, on observe une usure de l'émail, une dégénérescence des glandes salivaires entraînant xérostomie ou hyposialorrhée, ainsi qu'une perte des qualités organoleptiques occasionnant une presbyagueusie / presbyosmie [1, 2, 3, 4]. Ces altérations peuvent être accentuées par des traitements médicaux tels que la chimiothérapie [5], les psychotropes [6], antihypertenseurs, certaines pathologies chroniques et neuro-évolutives associés à une hygiène bucco-dentaire insuffisante.
Les conséquences cliniques incluent douleurs, mucites, aphtes, mycoses, ulcères, gingivites, caries, édentement et troubles de la mastication et/ou de la déglutition. Ces affections conduisent souvent à un déplaisir alimentaire et une dénutrition, compromettant l'état général des patients [5, 7].
Les chiffres de prévalence soulignent cette préoccupation : 60 à 70 % des personnes âgées institutionnalisées souffrent de douleurs chroniques ; 50 % sont édentées ; 55 à 85 % souffrent de sécheresse buccale ; et jusqu'à 60 % présentent des lésions carieuses [2, 8].
L'utilisation d'outils d'évaluation par des grilles standardisées comme l'OAG (Oral Assessment Guide), l'OHAT (Oral Health Assessment Tool), l'EAT-10 (Eating Assessment Tools). L'évaluation de la douleur par l'Échelle Visuelle Simple (EVS), la vérification des prothèses dentaires, ainsi que le dépistage de la dysphagie et de la dénutrition sont essentiels [7, 9].
La prise en charge pluridisciplinaire repose sur l'implication des aides-soignants, infirmiers et médecins. Les traitements associent antalgiques, anti-inflammatoires, antifongiques, antiviraux et soins de bouche [10]. Les principes hygiéno-diététiques ont pour objectif de s'ajuster au confort et au plaisir alimentaire du patient [3, 5, 11, 12].
Les rééducateurs jouent également un rôle-clé dans cette réhabilitation. En effet, le diététicien évalue l'état nutritionnel et propose des ajustements alimentaires ; l'orthophoniste évalue et rééduque la déglutition et les fonctions oro-myo-faciales ; l'ergothérapeute optimise l'installation au repas et participe avec le kinésithérapeute et le psychomotricien à la réhabilitation motrice ; enfin, le psychologue soutient le patient dans son vécu.
En conclusion, la douleur buccale chez le sujet âgé exige une prise en charge globale et coordonnée. Sensibiliser les équipes de soins à cette réalité permet d'améliorer le confort, le plaisir alimentaire grâce aux principes hygiéno-diététiques et la qualité de vie des personnes âgées.

Bibliographie
[1] Sulmont-Rossé, C., Van Wymelbeke, V., & Maître, I. (2016). Perception des odeurs et préférences alimentaires chez la population âgée : quel impact sur la prise alimentaire et le statut nutritionnel ? HAL (le Centre Pour la Communication Scientifique Directe). https://hal.science/hal-01595514

[2] Séguier, S., Bodineau, A., & Folliguet, M. (2010). Vieillissement des muqueuses buccales : aspects fondamentaux et cliniques. NPG. Neurologie, Psychiatrie, Gériatrie/NPG, 10(60), 237-242. https://doi.org/10.1016/j.npg.2010.10.003
[3] Dion, C., Gojard, S., Plessz, M. & Zins, M. (2020). Bien vieillir, bien manger : Avancée en âge et modifications de l'alimentation dans la cohorte Gazel. Gérontologie et société, 42(162), 99-120. https://doi.org/10.3917/gs1.162.0099
[4] Mancopes, R., Gandhi, P., Smaoui, S., & Steele, C. M. (2021). Which Physiological Swallowing Parameters Change with Healthy Aging?. OBM geriatrics, 5(1), 10.21926/obm.geriatr.2101153. https://doi.org/10.21926/obm.geriatr.2101153
[5] Référentiel Inter Régionaux en Soins Oncologiques et de Support. Mucite et candidose. (2015). https://www.afsos.org/wp-content/uploads/2016/09/Mucites_version_finale_AFSOS-2.pdf
[6] Gauzeran, D., & Saricassapian, B. (2013). Pathologies de la muqueuse buccale chez le sujet âgé en perte d'autonomie. Actualités Odonto-Stomatologiques, 262, 13-23. https://doi.org/10.1051/aos/2013204
[7] Cohen, A. (2019). Confort buccal en rapport avec l'alimentation et la santé orale : revue narrative de la littérature. [Thèse de chirurgie dentaire, Paris Diderot]. https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03339886/document
[8] Lamy., M. (2014). La santé bucco-dentaire des personnes âgées. Revue médicale Liège, p. 357-360. https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/169610/1/22%20LAMY%20Bucco.pdf
[9] Derycke, B. Ruglio, V., Jean, C., Augé C., Miserotti, V., Menasria, F., D'Andréa, C., Houdain, C., Erger, A., Lafaille-Roncoroni, V. (2011). Détection et prise en charge des troubles de la déglutition chez le sujet âgé hospitalisé - Recommandations de bonne pratique. Commission Gériatrique du CLAN Central AP-HP.
[10] Société Française D'accompagnement et de Soins Palliatifs. Recommandations sur la toilette buccale. (2015). http://www.sfap.org/system/files/toilette-buccale-2015.pdf
[11] Cottet, I., Marion, G., & Dreyer, P. (2010). Plaisir de manger et refus d'alimentation en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Gérontologie et Société, 33 / n° 134(3), 207-215. https://doi.org/10.3917/gs.134.0207
[12] Féron, G., Vandenberghe-Descamps, M., & Sulmont-Rossé, C. (2020). Comment concevoir et proposer à la personne âgée souffrant de trouble de la salivation et de la mastication une offre alimentaire innovante combinant plaisir à manger et valeur nutritionnelle ? Stratégies et approches scientifiques. Cahiers de Nutrition et de Diététique, 55(6), 295-304. https://doi.org/10.1016/j.cnd.2020.08.004

L'intensité de la douleur chronique prédit l'évolution des symptômes dépressifs à long terme chez les personnes âgées à domicile

Recherche Clinique

I. Rouch 1, M. Koleck 2, A. Edjolo 1, B. Laurent 3, J.F. Dartigues 2, H. Amieva 2
1 Chu De Saint Etienne - Lyon (France), 2 Inserm - Bordeaux (France), 3Inserm - Lyon (France)

Contexte et objectifs : La douleur chronique (DC) a été associée à la dépression chez les personnes âgées dans de nombreuses études transversales. Cependant, l'association longitudinale entre les caractéristiques de la DC et l'élolution à long terme des symptômes dépressifs dans cette population reste à préciser. Nous avons cherché à évaluer le lien prospectif entre l'intensité de la DC et l'évolutin des symptômes dépressifs dans une cohorte de personnes âgées, en tenant compte de différentes covariables liées à la DC et aux symptômes dépressifs.
Méthodes : L'échantillon de l'étude a été sélectionné au sein de la cohorte PAQUID, une cohorte prospective incluant 3777 personnes âgées vivant à domicile suivies depuis 30 ans, et âgées de 65 ans et plus au début de l'étude. Sept cent treize participants ayant renseigné un questionnaire évaluant la DC ont été inclus. Les informations concernant les caractéristiques de la DC ont été recueillies à l'inclusion. Trois groupes de participants ont été constitués en fonction du niveau de DC : absence de DC, DC modérée et DC intense. Les symptômes dépressifs ont été évalués tous les 2 à 3 ans pendant 15 ans à l'aide de l'échelle CES-D. L'association entre la DC et l'évolution du score à la CES-D sur 15 ans a été étudiée à l'aide d'un modèle mixte multivarié à processus latent pour données curvilinéaires.
Résultats : Comparativement aux participants sans DC, les sujets souffrant de DC modérée et intense avaient des niveaux de CES-D significativement plus élevés à l'inclusion, avec une relation dose-réponse en fonction de l'intensité de la douleur (β =0,391, p=0,0224, et 0,696, p <. 0001, respectivement pour les participants avec DC modérée et intense). L'évolution de la symptomatologie dépressive était comparable dans les trois groupes (β =-0,003, p=0,8406, et 0,001, p = 0,9617, pour les groupes avec DC modérée et intense respectivement). L'association entre l'intensité de la DC et le niveau de symptômes dépressifs persistait sur de longues périodes de suivi.
Conclusions : Ces résultats soulignent l'importance du repérage et de la prise en charge multimodale de la DC chez les sujets âgés, afin de prévenir ses conséquences, y compris les symptômes dépressifs.

TENS connecté et lombalgie : une solution pour améliorer la mobilité lors de la prise en charge de la douleur ?

Recherche fondamentale

S. Perrot 1, L. Saleh 2, M. Cisse 3, L. Goigoux 4
1 Cetd Hôpital Cochin - Cochin (France), 2 Expansceince - Paris (France), 3 Sublimed - Moirans (France), 4 Expanscience - Paris (France)

Introduction

La lombalgie représente l'une des affections musculosquelettiques les plus fréquentes, avec un impact majeur en santé publique, tant en termes de limitation fonctionnelle que de coût socio-économique (1). La prise en charge de la lombalgie commune repose, selon les recommandations de la HAS (2019), sur une approche active centrée sur le maintien ou la reprise des activités quotidiennes, y compris professionnelles, et sur l'autogestion des symptômes. L'activité physique est ainsi une prescription de première intention (2). La HAS fixe également comme objectif prioritaire la réduction de la douleur à un seuil acceptable pour le patient (3). Dans ce contexte, la neurostimulation électrique transcutanée (TENS) est recommandée comme solution complémentaire, permettant d'atteindre cet objectif tout en limitant le recours aux médicaments (2).

Objectif

Cette étude vise à analyser la corrélation entre l'évolution de la mobilité et trois dimensions : la douleur, la qualité de vie (QDV) et la consommation de médicaments chez les patients lombalgiques.

Méthode

Une enquête en ligne en vie réelle a été menée entre juillet et septembre 2024 auprès de 157 patients utilisant le TENS connecté pour soulager la douleur. Les participants ont complété un questionnaire recueillant des données démographiques, de santé, ainsi que des informations sur l'utilisation du dispositif (type de programme, durée des séances, etc.). L'efficacité perçue a été évaluée à l'aide de l'échelle PGIC (Patient Global Impression of Change), notée de -3 (forte aggravation) à +3 (forte amélioration), pour la douleur, la QDV, la mobilité et la consommation de médicaments.

Résultats

Parmi les participants, 81 % sont des femmes, 70 % présentent un surpoids ou une obésité, 83 % ont plus de 40 ans, et 70 % souffrent de lombalgie chronique depuis plus de 3 ans. Les taux d'amélioration les plus élevés concernent la douleur (89 %), suivie de la qualité de vie (83%) et de la mobilité (79%). Parmi les 138 patients qui consommaient des médicaments 71 % rapportent une réduction de leur consommation.

Discussion

Les résultats suggèrent une amélioration de la douleur, de la qualité de vie, de la mobilité et la réduction du recours aux médicaments chez les patients lombalgiques utilisant l'actiTENS ayant participé à l'étude. Les résultats de corrélation seront présentés dans le poster. Ces données, bien qu'encourageantes, reposent sur des déclarations ponctuelles, sans protocole structuré dans le temps. Une étude longitudinale avec des critères d'évaluation standardisés serait nécessaire. Cela permettrait d'évaluer plus précisément l'impact du TENS connecté sur la douleur et la mobilité.

Bibliographie

Sources :
1. Hartvigsen J, et al. (2018). The Lancet, 391(10137), 2356–2367. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30480-X
2. HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / mars 2019
3. HAS • Prescription d'activité physique. Lombalgie commune chronique • mars 2024

Étude randomisée de phase 3 évaluant l'efficacité et la sécurité du patch FIRTECH, un dispositif infrarouge, chez des sujets souffrant de lombalgie aiguë légère à modérée

Recherche Clinique

T. Osinski 1, A. Mobasheri 2, M.R. Hamblin 3, B. Giannakopoulos 4, V. Polivka 5, M. Amessou 6, R. Varona 6, J. Gudin 7, J. Mcswa 8, P. Plapler 9
1 Erphan Ur20201 104 Boulevard Raymond Poincaré - Garches (France), 2 Research Unit Of Medical Imaging, Physics And Technology, Faculty Of Medicine, University Of Oulu - Oulu (Finland), 3 Laser Research Centre, Faculty Of Health Science, University Of Johannesburg - Johannesburg (South Africa), 4 Opella Healthcare, Scientific Innovation - Athens (Greece), 5 Aixial Group An Alten Company - Boulogne-Billancourt (France), 6 Pella Healthcare, Consumer Safety And Evidence - Neuilly Sur Seine (France), 7 Department Of Anesthesiology, University Of Miami, Miller School Of Medicine - Miami (United States), 8 Gcphn Persistent Pain Program, Painwise, - Qld (Australia), 9 Division Of Physical Medicine Of The Institute Of Orthopedics And Traumatology (iot), Hospital Das Clinicas Hcfmusp, Faculty Of Medicine, University Of Sao Paulo - Sao Paulo (Brazil)

1)Introduction.
Les troubles musculo-squelettiques (TMS) représentent 10 à 19 % de toutes les douleurs aiguës dans les services d'urgence1. Les thérapies non médicamenteuses sont recommandées comme traitement de première intention pour les douleurs musculosquelettiques2. FIRTECH est un patch sans actif médicamenteux avec des particules biocéramiques qui permet de réémettre les rayonnements infrarouges émis par le corps. Cette étude a évalué l'efficacité et la sécurité du patch FIRTECH dans la lombalgie aiguë légère à modérée.
2)Méthodes : Cette étude ouverte et randomisée (NCT05137041) a comparé le patch FIRTECH au bras de contrôle sans patch chez des adultes (≥18-<65 ans) présentant une lombalgie aiguë légère à modérée (durée <1M, intensité ≤6 sur l'échelle d'évaluation numérique [NRS] 0-10). L'application du patch a été réalisée au jour 1 (baseline) et les évaluations finales avec le retrait du patch au jour 5. Critère d'évaluation principal : Taux de réponse au NRS à J5 (diminution ≥30% de la douleur instantanée par rapport à la valeur de base et aucune médication). Critères d'évaluation secondaires : Somme normalisée de la différence d'intensité de la douleur sur 5 jours (SPID0-5), pourcentage de variation de la mobilité lombaire (test de Schöber) sur 5 jours ; temps pour atteindre une douleur acceptable, temps pour atteindre l'absence de douleur (NRS=0), évolution dans le temps de la différence d'intensité de la douleur (PID) et du soulagement de la douleur sur 5 jours, somme normalisée du soulagement total de la douleur sur 5 jours (TOTPAR0-5).
3) Résultats. Un total de 221 [54,8 % de femmes ; âge moyen : 45,2 ans] sujets a été randomisé (FIRTECH, n=113 ; sans patch, n=108). A J5, le taux de répondeurs NRS était significativement supérieur dans le groupe FIRTECH (72,5% [n=66/91] ; 95%IC : 62,2, 81,4) que dans le groupe sans patch (49,4% [n=44/89] ; 95%IC : 38,7, 60,3 ; p=0,002). Une diminution significative du SPID0-5 (-0.5 [-0.82,-1.14] ; p=0.015), et une amélioration de la mobilité (1.0 [0.51, 1.58] ; p<0.001) à J5 ont été observées dans le bras FIRTECH. L'évolution temporelle de la PID, l'évolution temporelle du soulagement de la douleur et TOTPAR0-5 (1.5 vs 0.8) ont montré un soulagement de la douleur plus important sur 5 jours pour le groupe portant le patch à partir de J1 (soirée).
4) Conclusion. Le patch FIRTECH a montré sa supériorité dans le soulagement de la lombalgie et l'amélioration de la mobilité par rapport à une évolution naturelle sur 5 jours. Il présente un profil de sécurité favorable et constitue une option de traitement non médicamenteuse facile d'utilisation dans la gestion de la lombalgie aiguë modérée.
Les auteurs déclarent que cette étude a été financée par Opella.

Bibliographie
de Sire, et al. Medicina. 2021;57:1208.
McSwan J, et al. J Pain Res. 2021;14:2943–58.

Critères de priorisation des patients atteints de douleurs chroniques dans les structures douleurs chroniques : une analyse qualitative des perspectives des professionnels

Recherche Clinique

J. Gastellu 1, G. Durand 1, J. Nizard 2
1 Centre Atlantique De Philosophie (caphi, Ea 7463), Nantes Université - Nantes (France), 2 Chu Nantes, Inserm, Regenerative Médicine And Skeleton, Rmes, Umr 1229, F-44000 Nantes, France - Nantes (France)

Contexte
Les Structures Douleur Chroniques (SDC) sont confrontées à des défis persistants concernant la priorisation des patients, en raison des complexités des douleurs chroniques et des délais d'attente importants pour accéder à ces structures [1]. Bien que l'IASP (International Association for the Study of Pain) propose des critères de triage temporels standardisés (Très urgent (1 semaine) ; Urgent ou semi-urgent (1 mois) ; Routine ou régulier (8semaines)) [2], ces recommandations présentent des limitations en termes de spécificité et d'applicabilité clinique pour guider la priorisation de patients. Cette étude vise à explorer les perspectives des professionnels concernant les critères de priorisation qu'il paraitrait pertinent d'utiliser en SDC, en se focalisant sur les dilemmes éthiques rencontrés.
Méthodes
Une approche qualitative multicentrique a été utilisée, impliquant 12 entretiens semi-structurés de professionnels (médecin, kinésithérapeute, assistant social, psychologue et infirmier) travaillant dans 3 SDC en France. Un tableau de critères potentiels a été présenté en cours d'entretien afin d'ouvrir les échanges concernant des critères de priorisation tabous parmi les professionnels de santé, tels que les considérations économiques. Une analyse thématique, avant et après présentation du tableau, a été menée pour identifier les thèmes clés et les préoccupations éthiques.
Résultats
Les résultats révèlent une variabilité significative dans la façon dont les professionnels souhaitent prioriser les patients, avec des difficultés pour distinguer les facteurs cliniques des critères de priorisation. Les critères tels que "le risque d'aggravation de la douleur au fil du temps" (12/12), "l'altération de la qualité de vie" (10/12), "les situations d'urgence" (9/12), "la motivation du patient" (9/12) et "la perte d'autonomie" (8/12) ont émergé comme critères préférentiels pour prioriser des patients, mais soulèvent des questions quant à leur pondération.
L'étude met également en évidence un changement significatif dans les critères cités et justifications apportées, avant et après la présentation du tableau structuré de critères potentiels, suggérant que la fourniture d'outils appropriés pourrait améliorer l'équité dans l'allocation des ressources.
Discussion
Cette étude met en lumière la complexité du processus de priorisation et les tensions éthiques inhérentes à chaque critère. Les professionnels font face à une dissonance cognitive entre leur rôle de "soignant" et leur fonction de "gestionnaire" [3] responsable de l'allocation des places en SDC. Cette tension est exacerbée par les insuffisances des lignes directrices actuelles concernant le triage des patients souffrant de douleurs chroniques. Les recommandations de l'IASP, bien qu'utiles comme cadre général, ne permettant pas d'appréhender pleinement les difficultés de triage auxquels les professionnels font face.
Conclusion
Cette étude éclaire les défis éthiques, cliniques et organisationnels de la priorisation des patients atteints de douleurs chroniques et souligne la nécessité d'une approche multicritères. De futurs recherches sont nécessaires afin d'harmoniser la priorisation des patients en SDC.

Bibliographie
[1] : Best Brains Exchange report: Treatment of chronic pain and complex concurrent mental health and substance use conditions. (2023, September 28). [research]. Retrieved 18 July 2024, from https://www.canada.ca/en/health-canada/services/publications/healthy-living/best-brains-exchange-report-2023.html
Perrot, S., Pickering, G., Lantéri-Minet, M., & Attal Md PhD, N. (2021). Real-Life Management Pathways for Chronic Peripheral Neuropathic Pain at Tertiary Pain Clinics in France. Pain Medicine (Malden, Mass.). 22(4), 875–882. https://doi.org/10.1093/pm/pnaa443
Choinière, M., Peng, P., Gilron, I., Buckley, N., Williamson, O., Janelle-Montcalm, A., … Pereira, J. (2020). Accessing care in multidisciplinary pain treatment facilities continues to be a challenge in Canada. Regional Anesthesia and Pain Medicine. 45(12), 943–948. https://doi.org/10.1136/rapm-2020-101935
Aubrun, F., Conradi, S., Le Chevalier, A., Piano, V., & Société française d'étude et de traitement de la douleur. (2019). Structures Douleur Chronique en France (SDC): guide de bonnes pratiques. Paris, France: Éditions Med-line.
De Meij, N., Köke, A., Van Der Weijden, T., Van Kleef, M., & Patijn, J. (2014). Pain treatment facilities: do we need quantity or quality? Journal of Evaluation in Clinical Practice. 20(5), 578–581. https://doi.org/10.1111/jep.12148
Lynch, M.E., Campbell, F., Clark, A.J., Dunbar, M.J., Goldstein, D., Peng, P., … Tupper, H. (2008). A systematic review of the effect of waiting for treatment for chronic pain. Pain. 136(1–2), 97–116. https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.06.018
Lynch, M.E., Campbell, F.A., Clark, A.J., Dunbar, M.J., Goldstein, D., Peng, P., … Canadian Pain Society Wait Times Task Force. (2007). Waiting for treatment for chronic pain - a survey of existing benchmarks: toward establishing evidence-based benchmarks for medically acceptable waiting times. Pain Research & Management. 12(4), 245–248. https://doi.org/10.1155/2007/891951Morley-Forster, P.K. (2007)
Tomorrow and tomorrow and tomorrow: wait times for multidisciplinary pain clinics in Canada. Canadian Journal of Anaesthesia = Journal Canadien D'anesthesie. 54(12), 963–968. https://doi.org/10.1007/BF03016629
Peng, P., Choiniere, M., Dion, D., Intrater, H., Lefort, S., Lynch, M., … STOPPAIN Investigators Group. (2007). Challenges in accessing multidisciplinary pain treatment facilities in Canada. Canadian Journal of Anaesthesia = Journal Canadien D'anesthesie. 54(12), 977–984. https://doi.org/10.1007/BF03016631

[2]: IASP-Recommendations-for-Wait-Times-for-Treatment-of-Pain.pdf. (n.d.). Retrieved from https://iaspfiles.s3.amazonaws.com/production/public/2021/IASP-Recommendations-for-Wait-Times-for-Treatment-of-Pain.pdf

Création d'un groupe: retour d'expérience des infirmières

Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure
E. Malric 1
1 Hopital Pierre Wertheimer Bron - Bron (France)

Objectif
Partage d'expérience sur la mise en place d'un nouveau projet infirmier consistant à créer un groupe d'apprentissage à l'utilisation de la TENS.
Contexte
Fin 2023, les infirmières du CETD souhaitent créer un groupe d'apprentissage à l'utilisation de la TENS afin de proposer un échange entre les patients sur cette pratique. De plus, le groupe peut permettre de répondre à la demande de certains patients du service d'avoir un temps d'échange avec d'autres patients. Par ailleurs, cela pourrait optimiser le temps infirmier et réduire les délais sur ce traitement.
Il s'agit d'une première expérience pour les infirmières qui n'ont pas de méthodologie ni de connaissance dans la mise en place d'un projet. De plus, elles ont peu ou pas de pratique dans l'animation d'un groupe de patient.
Mise en place du projet
Elles transposent leur savoir-faire en individuel à une dynamique de groupe. Il leur parait important de garder un temps spécifique avec le patient afin de lui permettre de s'exprimer librement. Il a été construit un schéma de trois rendez-vous espacés de 1 à 2 mois. Le premier, en groupe, rassemble trois patients et une infirmière. Le deuxième, en individuel, avec la même infirmière. Le troisième rassemble deux à trois groupes, soit six à neuf patients, avec une ou deux infirmières. A noter, lors de ce troisième rendez-vous, l'infirmière du premier et deuxième rendez-vous peut ne pas être présente.
Constat
Il y a eu 9 groupes en tout. Nous avons remarqué un absentéisme pour le troisième rendez-vous, 58% en moyenne. Dont un groupe avec un taux à 0%, les autres oscillant entre 44,5% et 85,7%. Les patients ne prévenant pas toujours de leur absence.
Discussion
Il est difficile de connaitre la raison précise de cet absentéisme, faute de questionnaire de satisfaction. Cela engendre une incompréhension et une remise en question qui sont évoquées en réunion d'équipe. Il a été mis en évidence une problématique de mouvance de dynamique entre les RDV : individuel, collectif, nouvelles personnes intégrant le groupe. Ces fluctuations peuvent ébranler l'adhésion du patient et ne permettent pas la facilité des échanges.
Les infirmières réorganisent le dispositif avec un groupe fermé de patients en présence de la même infirmière. Un questionnaire de satisfaction est créé.
Conclusion
Il est important d'avoir des connaissances sur la méthodologie de construction de projet.
L'engagement, le dynamisme et la remise en question d'une équipe infirmière a permis de rebondir et de réajuster afin de répondre au mieux à l'attente du patient.
Les infirmières sont confiantes sur ce nouveau dispositif mis en place début 2025.
C.GREUGNY , B.MARGUIN, Z.KEBIR, E.MALRIC, F.TROUDI

Dimorphisme sexuel dans un modèle de constriction chronique du nerf sciatique chez la souris

Recherche fondamentale

M. Gaborit 1, M. Kremer 1, K. Befort 2, D. Massotte 1
1 Inci Upr3212 - Strasbourg (France), 2 Lnca Umr 7364 - Strasbourg (France)

La douleur neuropathique touche environ 7 à 8 % de la population et est associée à un niveau élevé de comorbidités anxio-dépressives au cours de la vie. Malgré l'incidence plus forte de la pathologie chez les femmes, les études précliniques se sont concentrées presque exclusivement sur les rongeurs mâles. Notre étude, basée sur l'utilisation d'un modèle de neuropathie impliquant une constriction du nerf sciatique, confirme que les souris mâles et femelles développent une hypersensibilité mécanique suite à la chirurgie. Par contre, elle révèle que les souris femelles ne développent pas de comorbidités émotionnelles au cours des sept premières semaines suivant l'opération, contrairement aux mâles. En outre, elle met en évidence des différences liées au sexe dans l'expression de cytokines impliquées dans la neuropathie chez l'homme au niveau des voies descendantes de la douleur. Ces résultats soulignent une contribution critique de la neuroinflammation et la nécessité de prendre en compte le dimorphisme sexuel dans les études précliniques pour mieux appréhender la sensibilisation à la douleur et les comorbidités émotionnelles.

Étude de la prise en charge des patients fibromyalgiques en cabinet de médecine générale : État des lieux des connaissances des médecins généralistes au sujet de la fibromyalgie, et évaluation des thérapeutiques utilisées

Recherche fondamentale
L. Gouthière 1, E. De Chauvigny 1, J. Nizard 1
1 Université Nantes - Nantes (France)

Étude de la prise en charge des patients fibromyalgiques en cabinet de médecine générale : État des lieux des connaissances des médecins généralistes au sujet de la fibromyalgie, et évaluation des thérapeutiques utilisées

Gouthiere L. , De Chauvigny E. , Nizard J.

Objectifs : Nous avons évalué les pratiques des médecins généralistes dans la prise en charge des patients fibromyalgiques, afin d'améliorer les soins qui leur sont proposés, en évaluant leurs connaissances, mais aussi les modalités thérapeutiques proposées.
Matériel et méthodes : Nous avons réalisé une étude épidémiologique observationnelle basée sur un questionnaire distribué aux médecins généralistes de la région des Pays de la Loire. La collecte des données s'est faite de manière prospective sur une durée de six mois.
Résultats : Vingt-six médecins de l'ensemble des Pays de la Loire ont répondu au questionnaire, grâce auquel une analyse descriptive de leurs pratiques a été réalisée. Il a été montré qu'environ deux tiers des médecins généralistes de l'étude rapportent des difficultés, que ce soit dans leurs connaissances sur la fibromyalgie ou dans la gestion des symptômes des patients fibromyalgiques. Cela se traduit par une surconsommation d'examens complémentaires et un recours accru aux spécialistes.
Conclusion : L'étude révèle que les médecins généralistes ont un recours encore trop fréquent aux centres de traitement de la douleur, même si l'accès reste compliqué. La reconnaissance clinique de la fibromyalgie demeure encore complexe, se traduisant par des retards de prise en charge, du fait d'un manque d'adhésion des médecins généralistes aux dernières recommandations. Bien que les thérapeutiques prescrites restent globalement conformes aux recommandations, un besoin de formation continue est souligné.

Mésusage du Néfopam : illustration d'une étude transversale en France

Recherche Clinique
E.B. Barat 1, E.L. Lacroix 1, A.G. Gillibert 1, B.G. Gerard 1, P.B. Brevet 1, R.L. Leguillon 1, S.P. Pouplin 1, J.G. Grosjean 1, R.V. Varin 1
1 Chu Rouen - Roeun (France)

Contexte : Le Néfopam est un analgésique non opioïde, cependant la description de plus en plus fréquente de cas de pharmacodépendance [1] soulève des questions sur le bon usage de ce traitement dans un contexte de mise sur le marché français d'une forme comprimé.
Méthodes : Cette étude est une étude observationnelle rétrospective sur la consommation de Néfopam en France durant la période du 1er janvier 2016 au 31 décembre 2022. Les données ont été obtenue via l'utilisation des bases de données nationales SNIIRAM (Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie), appartenant au SNDS (Système National des Données de Santé). De plus, nous avons observé l'utilisation de ce traitement en fonction du statut social, de l'âge, de l'utilisation répété et de l'utilisation chez les sujets épileptiques. Aucune analyse statistique comparative n'a été réalisée dans le cadre de cette étude, cependant une standardisation basée sur la structure (âge et sexe) de la population INSEE 2022 en France a été réalisée.
Résultats : Entre 2016 et 2022, 51,8 millions de boîtes de néfopam ont été vendues à 6,5 millions de patients, avec un âge moyen des patients de 56 ans et un ratio homme/femme de 0,6. Le nombre de patients ayant une prescription de Néfopam entre 2016 et 2022 a été multiplié par 2,1 par rapport à une statdardisation basée sur la population de l'Insee en 2022. Ainsi l'utilisation du néfopam a augmenté de 121,7%, contrastant avec les baisses de la codéine (-7%) et du tramadol (-17%), faisant passer sa part de 5,0% à 11,6%. L'utilisation contre-indiquée chez les patients de moins de 15 ans a été multipliée par 2,8 et l'utilisation chez les personnes de plus de 65 ans a été multipliée par 1,7 après la standardisation. En outre, le nombre d'utilisateurs de néfopam souffrant d'épilepsie a été multiplié par 1,7. Les bénéficiaires de la CMU consomment de plus en plus de néfopam. Depuis 2020, la proportion d'usagers du Néfopam bénéficiant de la CMU est plus élevée que dans la population générale française alors que le coût du médicament était 4,3 fois plus élevé que celui des alternatives. Sur une année moyenne de la période 2016-2022, 8,23‰ de la population générale française a eu 1 à 4 boîtes de néfopam délivrées sur l'année, 4,68‰ a eu 6 à 19 boîtes et 0,91‰ a eu ≥ 20 boîtes.
Conclusions : Cette étude met en évidence une utilisation inappropriée et répandue du néfopam, en particulier dans les populations contre-indiquées et les groupes vulnérables. La disponibilité récente de la forme orale en France pourrait aggraver ces tendances. Une surveillance étroite au niveau national et européen est importante pour évaluer l'étendue de ces pratiques et guider la future réglementation.

Bibliographie
[1] Revol, B., Delorme, J., Jouanjus, É., Spadari, M., Djezzar, S., Lepelley, M., Khouri, C., Fouilhé Sam-Laï, N., Mallaret, M., le réseau français des Centres d'addictovigilance (2021). [Thirty years of nefopam abuse in France]. Therapie 76, 527–537.

Evaluation de la qualité de vie par SF-36 en rhumatologie : étude de 185 observations tchadiennes.

Recherche fondamentale

H.A. Garba 1
1 Université De N'djamena - N'djamena (Chad)

Evaluation de la qualité de vie par SF-36 en rhumatologie : étude de 185 observations tchadiennes.

H.A.A.Garba B. Ramadhane, Lienou Tagne V, Adamou HS, Doun Fouda E, Y. Tcheinda, H.A.A Hamid,Niasse M, Diallo S.
Service de Rhumatologie du CHU Référence nationale de N'Djamena, Université de N'Djamena
Service de Rhumatologie du Coud, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Sénégal
Service de Rhumatologie du CHU Ignace Deen, Université de Gamal Abdel Nasser de Conakry, Guinée
Unité de Rhumatologie du CHU de Renaissance du Tchad, Université d'Adam Barka d'Abeché
Service de médecine Interne de HRT

Introduction.

Le SF-36 est un outil d'évaluation non spécifique de la qualité de vie liée à la santé. Notre objectif était d'évaluer la qualité de vie par SF-36 chez des patients atteints de rhumatismes dans le service de rhumatologie du CHU de Reference nationale de N'djamena.

Patients et méthodes

Etude rétrospective réalisée dans le service de rhumatologie du CHU de Reference nationale de N'Djamena au Tchad, sur une période de 4 ans (Janvier 2019 à Septembre 2022). Les patients étaient suivis en consultation externe. Le questionnaire SF-36 était soit auto-administré ou administré avec l'aide du médecin. Il comporte 36 items et évalue 8 dimensions : activité physique (physical function: PF); limitations dues à l'état physique (role physical: RP); douleurs physiques (bodily pain: BP); santé perçue (general health: GH); vitalité (vitality: VT); vie et relation avec les autres (social function: SF); limitations dues à l'état physique (rôle émotional: RE); et santé psychique (mental health: MH) ainsi qu'une dimension particulière à savoir l'évaluation de la santé perçue comparée à un an auparavant (health thinking: HT).

Résultats.

Nous avons colligé 185 observations dont 138 femmes (74,60 %) et 47 hommes (25,40 %), d'âge moyen au diagnostic de 44,61 ans (extrêmes : 18 ans-85 ans). Parmi les dossiers nous avons retrouvés : 82 cas de spondylarthrite, 29 cas de polyarthrite rhumatoïde (PR), 9 cas de syndrome de Gougerot Sjögren primitif (SGSp), 23 cas de PR et SGSS, 16 cas de Lupus systémique, 5 cas de Polymyosite, 4 cas de syndrome auto-immun multiple (SAIM), 3 cas de sclérodermie systémique, 2 cas de Rhumatisme inflammatoire indéterminés, 7 cas de goutte, 2 cas de cancer de la prostate, 2 cas de myélome multiple et 1 cas d'arthrite tuberculeuse. Le Sf-36 montrait une altération de tous les items dans 106 cas. Certains des items sont plus altérés que d'autres.

Conclusion.

Notre étude indique une altération significative de la qualité de vie dans tous les items chez nos patients (soit 57,29 %) toute pathologie confondue.

Mots clés : Qualité de vie, rhumatismes inflammatoires chroniques.

Références bibliographiques :[1]. Diallo S et al. Recherche et thérapie sur l'arthrite 2019 [2]. Georges C et al. Rev Méd Interne 2004.

Bibliographie

[1]. Diallo S et al. Recherche et thérapie sur l'arthrite 2019.
[2]. Georges C et al. Rev Méd Interne 2004.

Neuromodulation des patients douloureux neuropathiques chroniques souffrant de dépression : étude en cross-over entre deux cibles de stimulation magnétique transcrânienne, le cortex moteur primaire et le cortex préfrontal dorsolatéral

Recherche Clinique

S. Grenouillet 1, N. Oriol 1, C. Fauchon 2, R. Peyron 1
1 Université Jean Monnet, Chu Saint-Etienne, Inserm Umr-1028, Neuropain, Centre De Recherche En Neurosciences De Lyon - Saint Etienne (France), 2 Université Clermont-Auvergne, Chu Clermont-Ferrand, Inserm Umr-1107, Neuro-Dol - Clermont-Ferrand (France)

La douleur neuropathique chronique (≥ 3 mois) concerne 7 à 10 % de la population [1]. La stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS) est utilisée dans les formes réfractaires, en ciblant habituellement le cortex moteur primaire (M1) [2].Une comorbidité dépressive est fréquemment observée chez ces patients (environ 65,6 %), avec une corrélation positive entre la sévérité de la dépression et l'intensité de la douleur [3]. Cette comorbidité constitue un facteur de mauvais pronostic, tant pour les douleurs aiguës que chroniques [4]. Par ailleurs, la rTMS est également reconnue comme une option thérapeutique efficace dans les dépressions résistantes, en ciblant cette fois le cortex préfrontal dorsolatéral (DLPFC) [5].
Chez les patients présentant à la fois une douleur neuropathique chronique et une dépression, le choix de la cible de stimulation (M1 ou DLPFC) reste une question ouverte, aucun consensus n'ayant encore émergé de la littérature. Nous faisons l'hypothèse que la stimulation du DLPFC pourrait présenter un double bénéfice en réduisant à la fois les symptômes douloureux et dépressifs, voire que l'efficacité antalgique de la stimulation du DLPFC sera plus efficace que celle de M1 dans cette population.
Pour tester cette hypothèse, nous avons mis en place une étude randomisée, en double-aveugle en cross-over. Chaque patient reçoit une série de 4 séances de rTMS à 20 Hz sur M1 et puis une seconde série de 4 séances ciblant cette fois le DLPFC avec une période de wash-out de 8 semaines entre les deux phases. Les patients inclus présentent une douleur neuropathique permanente modérée à sévère, évaluée par le Neuropathic Pain Symptom Inventory (NPSI), ainsi qu'une dépression diagnostiquée selon les critères du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, et des troubles psychiatriques 5 (DSM-5) et mesurée par l'echelle de dépression de Montgomery et Asberg (MADRS) et l'inventaire de dépression de Beck (BDI). Le critère de jugement principal est le soulagement subjectif de la douleur de 0 (aucun soulagment) à 100 (complétement soulagé). Les critères secondaires sont : l'intensité douloureuse (Echelle Visuelle Analogique), caractéristiques de la douleur neuropathique (NPSI), retentissement fonctionnel (Questionnaire Douleur Saint-Antoine), qualité de vie (EuroQol-5 Dimension), et symptômes dépressifs (MADRS, BDI).
À ce jour, 10 patients ont été inclus et les résultats préliminaires suggèrent un effet antalgique supérieur avec la stimulation de M1 chez cette population souffrant de douleurs neuropathiques associées à une dépression.

Bibliographie

[1] D. Bouhassira, « Neuropathic pain: Definition, assessment and epidemiology », Rev. Neurol. (Paris), vol. 175, no1-2, p. 16-25, 2019, doi: 10.1016/j.neurol.2018.09.016.
[2] N. Soliman et al., « Pharmacotherapy and non-invasive neuromodulation for neuropathic pain: a systematic review and meta-analysis », Lancet Neurol., vol. 24, no 5, p. 413-428, mai 2025, doi: 10.1016/S1474-4422(25)00068-7.

[3] F. Cherif, H. G. Zouari, W. Cherif, M. Hadded, M. Cheour, et R. Damak, « Depression Prevalence in Neuropathic Pain and Its Impact on the Quality of Life », Pain Res. Manag., vol. 2020, no 1, p. 7408508, 2020, doi: 10.1155/2020/7408508.
[4] J. M. Stevans et al., « Risk Factors Associated With Transition From Acute to Chronic Low Back Pain in US Patients Seeking Primary Care », JAMA Netw. Open, vol. 4, no 2, p. e2037371, févr. 2021, doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.37371.
[5] J.-P. Lefaucheur et al., « Evidence-based guidelines on the therapeutic use of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS): An update (2014-2018) », Clin. Neurophysiol. Off. J. Int. Fed. Clin. Neurophysiol., vol. 131, no 2, p. 474-528, févr. 2020, doi: 10.1016/j.clinph.2019.11.002.

Possibles apports de l'hypnothérapie dans la prise en charge de la migraine chronique sans aura (ICHD3) chez l'adulte à propos de quatre cas

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

N. Fontaine 1, W. Martineau 2, J.J. Nizard 3
1 Somed Centre De Santé - Les Sables D'olonne (France), 2 Chu - Nantes (France), 3 Chu Site Hôtel Dieu - Nantes (France)

La migraine chronique sans aura (MCSA) est une pathologie neurologique handicapante qui se caractérise par des céphalées migraineuses ou tensives au moins 15 jours par mois avec plus de 8 jours de migraines depuis plus de 3 mois [1]. Rarement primaire, elle résulte le plus souvent de l'évolution d'une migraine épisodique à haute fréquence possiblement ou par abus ou mésusage médicamenteux [2]. Elle toucherait 2,3% de la population générale [3] avec une altération de la qualité de vie importante [4] ; [5].

Sa physiopathologie est complexe et encore incomplètement appréhendée. Elle résulte d'une hyperexcitabilité des neurones corticaux et d'une dysfonction des centres modulateurs de la nociception céphalique [6] avec possible sensibilisation à la douleur [7]. La prise en charge de la MCSA est souvent réalisée par une pharmacopée insuffisante pour soulager le patient effcacement et pérennement [8] ; [9] ; [10].

Nous avons donc réalisé ce travail afin d'évaluer les effets de l'hypnose médicale chez 4 patients MCSA en appliquant des critères d'inclusions et d'exclusions stricts pour ces derniers. Le critère de jugement principal de notre étude a été le nombre de crises migraineuses par mois et les critères de jugements secondaires, la gestion du stress et l'évaluation du handicap fonctionnel résultant. Quatre séances par patient ont été effectuées après avoir défini des objectifs de travail, individuellement ciblés avec systématiquement des séances induisant un état de conscience modifié, un travail hypnotique puis un retour à l'état de conscience enrichi du travail réalisé [11] (délaissement des techniques hypnotiques favorisant les fortes régressions ou risquant l'élaboration de faux souvenirs [11]). La méthodologie du travail hypnotique différait d'un patient à l'autre dans une prise en charge globale, pluridisciplinaire [12], associant des règles hygiéno-diététiques [13].
Le nombre de crises par mois a été diminué chez trois patients avec le passage d'un phénotype de la migraine chronique à épisodique chez deux patients.
L'hypnothérapie semblait également efficace sur la gestion du stress et l'amélioration de la qualité de vie chez ces mêmes patients, le stress ayant été identifié comme puissamment délétère chez le MCSA [14] ; [15].

L'hypnose apparait donc comme une thérapeutique complémentaire voire alternative en cas de contre-indication (CI) ou d'intolérance aux traitements pharmacologiques recommandés par la SFEMC. C'est une technique facile à mettre en œuvre, ne présentant que peu de CI d'utilisation [16]. Cependant, il serait souhaitable de réaliser une étude avec un protocole standard et un effectif de patients beaucoup plus important dans cette indication, afin d'obtenir des résultats plus probants [17].
Dans tous les cas, la réalisation des séances avec un hypnopraticien professionnel de santé doit permettre d'amener le patient à mieux gérer ses migraines grâce à une autopratique régulière [18].

Bibliographie

[1] The International Classification of Headache Disorders, (beta version)
Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS)
Cephalalgia, 2013 journals.sagepub.com

[2] Lantéri-Minet M, Demarquay G, Alchaar H, J. Bonnin J , Cornet P, Douay X, Dousset V, Géraud G, Guillouf V, Navez M, Radat F, Radenne S, Revol A, Valade D, Donnet A. Management of chronic daily headache in migraine patients : Medication overuse headache and chronic migraine. French guidelines (French Headache Society, French Private Neurologists Association, French Pain Society). Neurology. March 2014 ; 170 (7) : 162-76
[3] Ducros A, Donnet A, Demarquay G. Recommandations pour le diagnostic et la prise en charge de la migraine chez l'adulte : situations spécifiques chez les femmes migraineuses, Presse Med Form 2022 ; 3 : 421-26
[4] Leonardi M, Raggi A. A narrative review on the burden of migraine: when the burden is the impact on people's life. J Headache Pain. 2019 ; 20 : 41
[5] Buse BD, Fanning KM, Reed ML, Murray S, Dumas PK, Adams AM.Life with migraine: effects on relationships, career, and finances from the Chronic Migraine Epidemiology and Outcomes (CaMEO) study. Headache, 2019 : 59 1286-99
[6] Geraud G, Donnet A. Migraine and Hyphotalamus. Revue Neurologique, 2013 : 169 (5) : 372-79
[7] Géraud G, Fabre N, Lantéri-Minet M, Valade D. Les Céphalées en trente leçons. Ed elsevier Masson (Abrégés), 2ième édition. Paris (France) ; 2015 : 34-44
[8] Demarquay G, Moisset X, Lantéri-Minet M, de Gaalon S, Donnet A, Giraud P. Revised guidelines of the French Headache Society for the diagnosis and management of migraine in adults. Part 1: Diagnosis and assessment Rev Neurol (Paris). 2021 ; 177 : 725-33
[9] Demarquay G, J. Mawet, E. Guégan-Massardier, S. de Gaalon, A. Donnet, P. Giraud, et al. Revised guidelines of the French headache society for the diagnosis and management of migraine in adults. Part 3: Non-pharmacological treatment. Rev Neurol (Paris). 2021 ; 177 : 753-9
[10] Ducros A, de Gaalon, S, Roos C, Donnet A, Giraud P, Guégan-Massardier E. Revised guidelines of the French headache society for the diagnosis and management of migraine in adults. Part 2: Pharmacological treatment. Rev Neurol (Paris). 2021 ; 177 : 734-52
[11] Bioy A & Michaux D. Traité d'hypnothérapie. Fondements, méthodes, applications. Ed : Dunod. Paris (France) ; 2007
[12] Fried N, Elliott M, Oshinsky M. The Role of adenosine signaling in headache : a review. Brain Sci. 2017 ; 7 : 30. 10.3390/brainsci7030030
[13] Mendinatou A, Adoukonou T. Lifestyle modifications for Migraine Managements. Frontiers in Neuroly. 18 Mar 2022 ; 13 : 719467 PMID : 35370920
[14] Schoonman GG, Evers DJ, Ballieux BE, de Geus EJ, de Kloet ER, Terwindt GM, van Dijk JG, Ferrari MD. Is stress a trigger factor for migraine ? Psychoneuroendocrinology. June 2007 ; 32 (5) : 532-38
[15] Khara MS & Werner JB. The stress and migraine interaction. Headache. 2009 Oct ; 49(9) : 1378-86
[16] Patel PS, Minen MT. Complementary and Integrative Health Treatments for Migraine. J Neuroophthalmol. 2019 Sep ; 39 (3) : 360-69
[17] Treadwell JR, Tsou AY, Rouse B, Ivlev I, Fricke J, Buse DC, Powers SW, Minen M, SzperkabCL, Mull NK. Behavioral interventions for migraine prevention: A systematic review and meta-analysis. Headache. 2025 Feb 19 ; 65 (4) : 668 -94
[18] Calof DL, Simon R, Lecler C. Monsieur ma femme Madame mon mari. Dix histoires de guérison exceptionnelles par l'hypnose. Ed IFHE. Paris (France) ; 2008.

Traitement à domicile des patientes en poussée aigüe de douleur pelvienne, dysménorrhée avec ou sans endométriose. Résultats d'une étude rétrospective de 51 patientes.

Recherche Clinique
E. Bautrant 1, C. Lacoste 1, S. Coudin 2, O. Maillet 2
1 Fondation Hôpital Saint Joseph - Paris (France), 2 Homeperf - Paris (France)

Traitement à domicile des patientes en poussée aigüe de douleur pelvienne et dysménorrhée avec ou sans endométriose. Résultats d'une étude rétrospective de 51 patientes
OBJECTIFS DE L'ÉTUDE : rapporter l'efficacité d'un protocole intra-veineux à domicile, associant Nefopam (40 mg: 2 perfusions de 12h / 24 heures), Amitriptyline (50 mg: 2 perfusions de 12h / 24 heures) et Ketoprofene 100 mg par voie intra-musculaire (100 mg X 2 / 24 heures).
DESIGN : étude rétrospective
PATIENTES : De nombreuses études robustes démontrent que les patientes porteuses d'une dysménorrhée primaire sévère de grade 3 d'Andersch et Milsom, sont en situation d'hypersensibilisation pelvienne centrale (1-8). Les mécanismes des douleurs sont donc pour la majeure partie de type nociplastique, comme en témoigne l'association avec des douleurs pelviennes à imagerie négative et des comorbidités (9). Si la dysménorrhée primaire peut représenter pour plusieurs auteurs un précurseur de l'endométriose (10), celle-ci n'est que rarement en cause dans les poussées aigües.
Les passages aux urgences s'avèrent une expérience difficile pour ces jeunes patientes. D'autre part, les protocoles thérapeutiques, utilisent des titrages en morphine peu adaptés aux mécanismes de ces crises douloureuses, avec un contrôle médiocre de la douleur.
PROTOCOLE THERAPEUTIQUE : A partir du premier trimestre 2023, les patientes connues du service ont pu nous contacter, sur une adresse dédiée en cas de crise aigüe. Après vérification du dossier, le protocole thérapeutique par voie veineuse à domicile est déclenché.
Le Nefopam à l'AMM dans la crise douloureuse aigüe. L'efficacité de l'amitriptyline dans ce type d'indication a été décrite dès 1996 par D Stein dans les lombalgies en poussées aigües (11). Cette efficacité a également été confirmé, dans cette indication par plusieurs études chez l'animal (12).
La moyenne d'âge est de 25 ans (17-36), les contre-indications sont exceptionnelles. Toutes les patientes susceptibles de bénéficier du protocole en cas de crise aigüe, ont eu un ECG préalable.
RÉSULTATS PRINCIPAUX : Le protocole est mis en place pour 5 à 10 jours. Les résultats apparaissent tous significatifs : sur la douleur (EVA divisée par 2 dès le 3e jour, pour 80% des patientes et EVA 0-1 pour 30%), sur l'absence de passage aux urgences pour 98% des patientes et sur la reprise de l'activité scolaire, étudiante ou professionnelle pour 72%.
CONCLUSION : Les traitements de ce protocole thérapeutique sont utilisés pour leur effets anti-hyperalgésiques et donc comme traitement de la sensibilisation centrale, ce qui en fait un protocole plus adapté aux mécanismes physiopathologiques de la douleur aigüe de ce groupe de patientes. Il permet un bon contrôle de la douleur, d'éviter passages aux urgences, et hospitalisation. Il autorise une prise en charge rassurante à domicile pour les patientes.

Bibliographie
1: Iacovides S, Baker FC, Avidon I, Bentley A. Women with dysmenorrhea are hypersensitive to experimental deep muscle pain across the menstrual cycle. J Pain (2013) Oct; 14(10):1066-76.
2: Iacovides S, Avidon I, Baker FC. What we know about primary dysmenorrhea today: a critical review. Hum Reprod Update. (2015) Nov-Dec; 21(6):762-78.
3: Jarrell J, Arendt-Nielsen. Allodynia and Dysmenorrhea. J Obstet Gynaecol Can (2016) Mar; 38(3):270-4.
3: Jarrell J, Arendt-Nielsen. Evolutionary considerations in the development of chronic pelvic pain. Am J Obstet Gynecol (2016) Aug; 215(2):201-4.
5: Aredo JV, Heyrana KJ, Stratton P. Relating chronic pelvic pain and endometriosis to signs of sensitization and myofascial pain and dysfunction. Semin Reprod Med (2017) Jan;35(1):88-97.
6 : Payne L, Rapkin AJ, Seidman LJ et al. Experimental and procedural pain responses in primary dysmenorrhea : a systematic review. J Pain Res (2017) Sep ;12(10) :2233-46.
7 : Payne L, Seidman LC, Sim MS et al. Experimental evaluation of central pain processes in young women with primary dysmenorrhea. Pain (2019) Jun;160 (6): 1421-1430.
8 : Grundström H, Gerdle G, Alehagen S et al. Reduced pain thresholds and signs of sensitization in women with persistent pelvic pain and suspected endometriosis. Acta Obstet Gynecol Scand (2019) Mar;98(3):327-336
9 : Evans SF, Brooks TA, Esterman AJ et al. The comorbidities of dysmenorrhea: a clinical survey comparing symptom profile in women with and without endometriosis. J Pain Res (2018) Dec 13;11:3181–3194
10: Clemenza S, Vannuccini S, Capezzuoli T et al. Is primary dysmenorrhea a precursor of future endometriosis development? Gynecol Endocrinol. (2021) Apr;37(4):287-293.
11: Stein D, Peri T, EDELSTEIN E et al. The efficacy of Amitriptyline and Acetaminophen in the management of acute low back pain. Psychosomatics (1996) Jan; 37(1):63-70
12: Arsenault A, Sawynok J: Perisurgical amitriptyline produces a preventive effect on afferent hypersensitivity following spared nerve injury. Pain 2009, 146(3):308–314.

Partenariat Pôle Saint-Hélier (35) - Ville de Cesson-Sévigné (35) : Illustration de la promotion du Sport-Santé face aux enjeux nationaux

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

A. Isidore-Maslo 1, M. Chantrelle-Boucherit 1, J. Houedakor 1, T. Lambert 1, A. Le Guiet 1, B. Nicolas 1, P. Piette 1
1 Fondation Saint Hélier - Rennes (France)

1. Contexte
Le Pôle Saint-Hélier, établissement privé à but non lucratif avec une expertise sanitaire et médico-sociale, se consacre à la réadaptation et à l'accompagnement des personnes en situation de handicap, quel que soit leur âge. Il se positionne activement sur l'axe sport-santé "handicap/autonomie", promouvant l'activité physique (AP), la prévention et le lien social. Ce positionnement s'inscrit dans un contexte national marqué par des enjeux de santé publique majeurs, tels que la lutte contre la sédentarité mais aussi l'amélioration de la prise en charge de la douleur chronique, qui affecte particulièrement les personnes en situation de handicap et en perte d'autonomie
2. Objectifs du Partenariat
Dans ce contexte, le partenariat établi en 2018 entre le Pôle Saint-Hélier et la Ville de Cesson-Sévigné vise à créer une synergie territoriale pour répondre aux enjeux locaux et nationaux. Fondé sur un échange réciproque de services, compétences et engagements, il repose sur un principe de solidarité inter-institutionnelle et d'optimisation des ressources, permettant de mutualiser les savoir-faire à coût nul.
3. Résultats et Actions Clés
La collaboration se concrétise par des actions reposant sur la complémentarité des partenaires :
• La Ville met à disposition ses infrastructures et éducateurs sportifs pour accueillir des patients du Pôle Saint-Hélier dans le cadre de cycles d'activités physiques adaptées.
• Le Pôle Saint-Hélier dispense des formations et mène des actions de sensibilisation à la santé au travail auprès des agents municipaux .
• Des actions conjointes de sensibilisation du grand public sont organisées.
4. Conclusion
Le partenariat Pôle Saint-Hélier / Ville de Cesson-Sévigné est un exemple éloquent de démarche vertueuse, reproductible et à coût nul. Il répond directement aux constats et orientations des sources nationales :
• Il contribue à la structuration territoriale préconisée par le rapport Delandre. [1] en créant un réseau d'acteurs locaux.
• Il s'attaque aux freins identifiés par l'ONAPS [2] pour les PSH en proposant une offre d'AP adaptée et un accès facilité aux infrastructures.
• Il s'aligne sur les principes du guide HAS [3] en facilitant l'accès à l'AP pour les populations en parcours de réadaptation et en promouvant une approche globale et la prévention.
Avec un fort impact social, ce partenariat améliore la qualité de vie, renforce l'inclusion des personnes en situation de handicap, et participe activement à la prévention contre la sédentarité et les maladies chroniques. Il positionne le sport comme un vecteur essentiel pour l'inclusion, la prévention et la formation, constituant un modèle inspirant pour d'autres territoires confrontés à des défis similaires.

Bibliographie

[1] Delandre, D. (2025). Rapport de la mission interministérielle sport-santé "Delandre". Ministère des Sports. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-delandre-sport-sant-2025.pdf
[2] ONAPS & FNORS. (2023). Pratiques d'activités physiques et sportives des adultes en situation de handicap vivant à domicile en France : Résultats de la phase quantitative. https://onaps.fr/wp-content/uploads/2024/09/2023-06-21_rapport_psh.pdf
[3] Haute Autorité de Santé. (2023). Parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-02/guide._parcours_de_sante_dune_personne_presentant_une_douleur_chronique.pdf

Evaluation de la médecine traditionnelle dans le traitement des troubles neurologiques au Mali : prélude à une collaboration efficace

Recherche Clinique

Y. Maiga 1, M. Daou 1, S.H. Diallo 1, A. Coulibaly 1, J. Nizard 2
1 (1) service De Neurologie, Chu Gabriel Touré Bamako - Bamako (Mali), 2 Centre Fédératif Douleur Soins Palliatifs Et Support, Laboratoire De Thérapeutique, Chu Nantes, Nantes, France - Nantes (France)

Les données sur la médecine traditionnelle et les personnes qui l'utilisent dans le traitement de la MN en Afrique subsaharienne sont rares. Ici, nous analysons systématiquement son rôle en tant que modalité thérapeutique pour la MN au Mali, les caractéristiques sociodémographiques de ses utilisateurs, et proposons les prochaines étapes pour optimiser la double utilisation de la MT et de la MC pour les patients atteints de MN.
Méthodes
Nous avons mené une étude par questionnaire en deux phases. Dans la première phase, les patients atteints de MN ont répondu aux questions sur leur utilisation de la MT et leurs attitudes à l'égard de la MT. Dans la deuxième phase, les thérapeutes en MT qui ont prodigué des soins aux patients dans la première phase ont répondu à des questions concernant leurs propres pratiques de traitement de la MN. Les patients ont été recrutés sur le site dans les deux départements universitaires de neurologie du pays.
Résultats
Nous avons inclus 3 534 dans les services de neurologie de Bamako en 2019 répondaient aux critères d'inclusion. Parmi ces 3 534 patients, 2 430 (68,8%) avaient déjà consulté la MT pour leur MN actuelle. Les patients âgés de plus de 60 ans ont le plus souvent eu recours à la MT (83,1%). Selon le niveau d'éducation, les patients analphabètes sont ceux qui ont le plus recours à la MT (85,5 %). Un revenu supérieur au salaire minimum garanti était associé à une moindre utilisation de la médecine traditionnelle (OR 0,29, CI 0,25-0,35, p < 0,001). Parmi les personnes ayant recours à la MT, elle était considérée comme plus efficace que la CM (84,6 %).
Les causes supposées surnaturelles de la maladie dont les thérapeutes traditionnels avaient une meilleure compréhension étaient les raisons les plus courantes pour lesquelles les patients utilisaient la médecine traditionnelle (82,3 % et 80,5 %, respectivement). Nous avons ensuite interrogé 171 thérapeutes en MT qui avaient prodigué des soins aux patients lors de la première phase de notre étude. Une majorité de prestataires de MT (62,6 %) pensent que la collaboration avec le CM pourrait être améliorée si le médecin « prenait en compte » notre existence.
Conclusion
Notre travail montre que la MT joue un rôle central dans la prestation de soins aux patients atteints de MN dans le SSA, certaines cohortes l'utilisant à des taux plus élevés. Le développement futur du traitement de la MN en Afrique subsaharienne nécessitera l'optimisation de l'utilisation de la MT.

Bibliographie

Maiga Y. Assessing traditional medicine in the treatment of neurological disorders in Mali : prelude to efficient collaboration. BMC Complement Med Ther 2024 ;24(1):352. doi: 10.1186/s12906-024-04645-5

Douloureux pour accepter d'être vieux

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

C. Gov 1, I. Tapesar 2
1 cetd. Chu - Lyon (France), 2 Hopital Saint Louis - Ax Les Thermes (France)

La douleur est fréquente chez la personne âgée et la bonne utilisation des médicaments est proposée par un consensus d'experts [1]. Pour bien traiter, il faut bien évaluer. L'évaluation algologique est multidimensionnelle, basée sur le modèle bio-psycho-sociale [2] voire anthropologique [3,4,5]. Vieillir peut être douloureux, car il s'agit de faire face à la finitude, à la limite et à la perte [6]. Nous rapportons 2 cas cliniques de patients dont le rattrapage de l'âge physiologique avec l'âge chronologique s'exprime par une douleur chronique.

Mr Beb est né en 1938. Il est accompagné au CETD depuis 2020 pour des douleurs des membres inférieurs et des mains dans un contexte de chirurgies de canal lombaire étroit et de neuropathie dégénérative. Il vit avec son épouse et conduit. Son traitement quotidien comprend Clonazepam 5 gouttes la nuit, Oxazepam 10mg soir, Prégabaline 100mg x 3 et Dronabinol 2,5mg x 3. Ce dernier a permis une amélioration spectaculaire avec des journées sans aucune douleur. L'activité physique est quotidienne d'environ 3 heures comprenant gainage, marche, vélo d'appartement et vélo à assistance électrique bi-hebdomadaire. Lorsqu'il chevauche son vélo, la douleur est absente.

Au bout de 3 ans, l'état algologique est satisfaisant. La tentative d'allègement du traitement est responsable d'une décompensation douloureuse qui sera recontrôlée au bout de 12 mois. Clonazépam est sevré. Le patient a fêté ses 86 ans en faisant l'ascension du mont Ventoux en vélo à assistance électrique en 2024. Il a vendu son véhicule et arrête la conduite. Le suivi est semestriel.

Mr Run est né en 1942. Son traitement quotidien comprend Allopurinol, Losartan, Tramadol + paracétamol x 1, Paracétamol 1000mg x 1. Il consulte pour des douleurs de la tête, des épaules et de l'axe rachidien depuis 2,5 ans. Les examens complémentaires sont rassurants. Le retentissement est jugé important sur ses activités sportives (course à pied, pompes et abdominaux …) et la difficulté à utiliser sa tondeuse non tractée. La plainte associée concerne une perte de sa masse musculaire. Il aura fallu 4 consultations pour accompagner cette transition.

« Le drame de la vieillesse n'est pas qu'on se fait vieux c'est qu'on reste jeune » cette citation d'Oscar Wilde

illustre bien le décalage ressenti du vieillissement. De la douleur choisie du sportif à celle subie par le vieillissement du corps et la dégradation des performances. Bien vieillir c'est avoir une activité physique
régulière adaptée [7, 8] ; Que dire de trop d'activité physique pour tenter de ralentir le temps. Dans le cas
de ces 2 patients, la douleur de vieillir est une épreuve du corps et l'acceptation d'une limite décroissante,
difficile chez les sportifs.
L'évaluation algologique des patients vieillissants doit se faire aussi sous l'angle anthropologique au risque
de prescrire des médicaments contre productifs.

Bibliographie

[1] Capriz F et coll. Consensus multidisciplinaire d'experts en douleur et gériatrie : utilisation des antalgiques dans la prise en charge de la douleur de la personne âgée (hors anesthésie). Douleurs Évaluation - Diagnostic - Traitement (2017) 18, 234—247
http://dx.doi.org/10.1016/j.douler.2017.07.007 1624-5687
[2] Aubrun F. et coll. Structures Douleur Chronique en France. Guide de bonnes pratiques. Med-line 2019
[3] Le Breton D. Anthropologie de la douleur. Métailié 1995
[4] Le Breton D. Expériences de la douleur. Métailié 2010
[5] Poret Czorny E. Douleurs, souffrance et mémoire. Le galion 2003
[6] Polard J. La difficulté de vieillir. https://www.jdpsychologues.fr/article/la difficulté de viellir
[7] Activité physique : Prévention et traitement des maladies chroniques. Expertise collective INSERM.
Éditions EDP Sciences, 2019
[8] Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte. Recommander les bonnes pratiques. HAS 2022

Profils des patients migraineux traités par triptan en France : Etude basée sur les données de remboursements de soins de l'Assurance Maladie

Recherche Clinique

X. Moisset1, M. Lanteri-Minet2, C. Lucas3, J. Mawet4, M. Dalichampt5
1Université Clermont Auvergne, Centre Hospitalier Universitaire De Clermont-Ferrand, Inserm, Neuro-Dol - Clermont-Ferrand (France), 2Département De La Douleur Et Fhu Inovpain, Chu Nice Et Université Côte D'azur, Nice, France ; Inserm U1107 Migraine Et Douleur Du Trijumeau, Université D'auvergne - Clermont-Ferrand (France), 3Unité De La Douleur, Service De Neurochirurgie, Chu De Lille - Lille (France), 4Centre D'urgences Céphalées, Département De Neurologie, Lariboisière Hospital, Ap-Hp - Paris (France), 5Observatoire Régional De La Santé, Pays De La Loire - Nantes (France)

Résumé
Introduction Malgré les recommandations, la prise en charge de la migraine reste très hétérogène. Cette étude décrit les profils et les parcours de soins des patients migraineux traités par triptan en France.
Méthodes Cohorte rétrospective de patients migraineux traités par au moins un triptan, identifiés dans l'ESND (échantillon au 2/100ème du système National des Données de Santé) de 2016 à 2021 et analysée de 2006 à 2022.
Résultats Parmi les 37 884 patients migraineux identifiés, 76 % étaient des femmes et 30 % bénéficiaient de la CMUc. L'âge moyen à la première prescription de triptan était de 36,6 ans. Cette première prescription était réalisée par un médecin généraliste pour 91 % des patients et par un neurologue pour 4 %.
Parmi les patients traités par triptan moins de 4 mois (39 %), 71 % recevaient en concomitance des antalgiques de classe I, principalement des AINS (43 %) et 18 % des antalgiques de classe II. Chez les patients traités plus de 4 mois (61 %), la co-délivrance d'antalgique de classe I concernait 94 % des patients, principalement du paracétamol (87 %) et des AINS (85 %) et 51 % recevaient des antalgiques de classe II.
La prise en charge des patients évoluait après l'instauration du traitement par triptan. Ainsi, sur le plan médicamenteux, les AINS prescrits étaient dispensés à 52 % des patients dans l'année précédant la première délivrance de triptan et à 89 % dans l'année suivante. Une évolution similaire était observée pour les antalgiques de classes II (30 % avant et 73 % après) et de classe III (1 % avant et 7 % après). Des traitements préventifs de la migraine étaient quant à eux dispensés à 9 % avant et 39 % après la première délivrance de triptan. Par ailleurs, le nombre moyen de consultations passait de 5,4 à 6,1 en médecine générale, de 2,5 à 3,3 en psychiatrie et de 0,3 à 0,5 en neurologie. Enfin, la proportion de patients ayant eu un arrêt maladie passait de 43 % à 52 % après la première délivrance de triptan.
Conclusion La prise en charge des utilisateurs de triptan est hétérogène. Il existe une augmentation des consommations de soins dans l'année suivant la première prescription.

Arrêt des opioïdes chez des bénéficiaires de soins en psychiatrie, douloureux chroniques

Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure
E. Cotte Raffour 1, F. Melis 2, S. Blache 2, M. Dransart 2
1 Ch Alpes Isère; Ghm Grenoble - Grenoble (France), 2 Ch Alpes Isère - Grenoble (France)

Il existe une forte association entre troubles psychiques et douleurs chroniques [1] mais aussi avec la consommation de substances psychoactives. En psychiatrie, la question des antalgiques opioïdes se pose particulièrement avec le surrisque de mésusage (usage anxiolytique par exemple) qui s'ajoute aux potentiels effets indésirables (hyperalgésie et tolérance). Le CH Alpes Isère a mis en place des consultations douleur permettant d'optimiser la prise en charge avec une vigilance accrue pour le bon usage des opioïdes [2] et pour le tabagisme, impactant les douleurs de manière bidirectionnelle [3]. Ce poster décrit 3 cas cliniques avec de nouvelles propositions pour permettre le sevrage des opioïdes lorsqu'ils ne sont plus indiqués, et tout en gardant l'alliance thérapeutique pour la prise en soin psychiatrique.

Patiente 1 : Femme de 50 ans, hospitalisée suite à une tentative de suicide présentant un trouble de l'usage d'alcool et de cannabis. Ses lombalgies chroniques sont d'intensité modérée (EN entre 4 et 6). Les explorations ont éliminé une pathologie rhumatismale. L'ORT* est à 15. Il lui est proposé des séances de TENS hebdomadaires avec musicothérapie en U et des activités physiques adaptées, pour arrêter le tramadol. Une substitution nicotinique (35 mg/24h + vapoteuse) lui permet de baisser son imprégnation (CO expiré de 15 à 3 ppm) et la motivera pour l'arrêt du cannabis et du tabac.
Patient 2: Homme de 40 ans, hospitalisé pour troubles de l'humeur. Victime d'un AVP à 18 ans, il garde des séquelles cérébrales (lobectomie), une cécité partielle et des dorsalgies mal contrôlées (EN à 7). Il est sevré de l'alcool depuis plusieurs mois mais fume toujours. La substitution nicotinique (35 mg/24h) permet de baisser son imprégnation (CO expiré de 22 à 7 ppm). L'ORT est à 12. Il lui est proposé des séances de TENS quotidiennes avec musicothérapie en U et kinésithérapie, pour arrêter le tramadol.
Patiente 3 : Femme de 53 ans, bipolaire. Elle présente un emphysème (non tabagique). Elle est sous oxygénothérapie en continu. Elle a des cervicalgies liées à une arthrose (EN à 7). L'ORT est à 7. Il lui est proposé des séances de TENS quotidiennes avec musicothérapie en U pour arrêter la poudre d'opium, associées à de la kinésithérapie.

Résultats : L'adhésion et la tolérance sont bonnes. 2 patients/3 sont suffisamment autonomes pour bénéficier de la location. L'efficacité (soulagement > 30%) concerne 2 patients /3. On note une augmentation de l'activité physique, de l'autonomie et de la satisfaction pour les 3 patients, tout en ayant supprimé les opioïdes et fortement diminué le tabagisme des fumeurs [3].

Conclusion: La prévalence des douleurs, la nécessité éthique de soulagement tout en limitant le risque addictologique sont un défi en psychiatrie. Le TENS et la musicothérapie sont des aides précieuses.
*ORT = opioid risk tool

Bibliographie
[1] Hooten WM. Chronic Pain and Mental Health Disorders: Shared Neural Mechanisms, Epidemiology, and Treatment. Mayo Clin Proc. 2016 Jul;91(7):955-70.
[2] HAS 2022, Bon usage des médicaments opioïdes
[3] D. Balayssac, Relation entre tabagisme et douleur : revue narrative de la littérature scientifique, Revue des Maladies Respiratoires, Vol 38, Issue 3, 2021,p 269-277

Approche intégrative, rTMS et thérapies psychocorporelles dans les douleurs neuropathiques centrales : deux cas cliniques

Recherche fondamentale
M.A. Caballero 1, H. Vappou 1, V. Francini 1
1 Cetd Ch Rambouillet - Rambouillet (France)

La prise en charge des douleurs neuropathiques centrales représente un défi thérapeutique majeur. Nous rapportons deux cas illustrant l'intérêt d'une stratégie intégrative associant stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS) et techniques psychocorporelles. [1], [2]
M. B., 58 ans, présente depuis 2008 des douleurs neuropathiques centrales post-chirurgicales, intenses (8–10/10), avec allodynie, brûlures et déficit moteur. Malgré divers traitements (gabapentinoïdes, antidépresseurs, toxine botulique), la douleur persiste. En 2024, il débute la rTMS associée au shiatsu. À la 10e séance, il rapporte une amélioration globale de 30 %, disparition des brûlures et de l'allodynie. Il réduit ses gabapentinoïdes de moitié.
M. L., 65 ans, atteint d'un syndrome parkinsonien atypique depuis 2016, souffre de douleurs neuropathiques fluctuantes et sévères (jusqu'à 10/10), avec paraparésie gauche et syndrome anxiodépressif majeur. En 2025, il bénéficie d'un protocole rTMS associé à l'HypnoVR. [3] Dès la 6e séance, il présente une amélioration de 70 %, avec reprise de la marche. On procède au sevrage des opioïdes.
Les deux patients expriment une forte appétence pour l'approche psychocorporelle, avec une sensation de bien-être majorée et une fatigue perçue diminuée après les séances combinant rTMS et soin psychocorporel.
Conclusion :
Ces cas illustrent l'utilité désormais bien documentée de la rTMS dans les douleurs neuropathiques réfractaires. Son intégration dans une approche biopsychosociale semble potentialiser les effets, notamment chez M. L., dont l'engagement en rééducation et en suivi psychologique est significatif. L'observation et le retour qualitatif de ces patients invitent à explorer à plus grande échelle l'impact de l'intégration de techniques psychocorporelles aux protocoles de rTMS et à réfléchir cette technique en complément d'une approche intégrative et fonctionnelle.

Bibliographie
[1] Lefaucheur J.P. et al. Evidence-based guidelines on the therapeutic use of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS). Clin Neurophysiol. 2020;131(2):474–528.
[2]Bouhassira D., Attal N. Douleurs neuropathiques : définitions, physiopathologie, traitements. Rev Neurol (Paris). 2019;175(1-2):16–25.
[3] Jensen M.P. et al. Hypnosis and guided imagery for pain management. Curr Pain Headache Rep. 2015;19(3):15.

Utilisation et tendance de délivrance des antalgiques opioïdes, non opioïdes et gabapentinoïdes chez les personnes souffrant de douleurs musculosquelettiques

Recherche Clinique

F. Bailly 1, B. Granger 2, V. Foltz 3, S. Kab 4, A. Petit 5, F. Tubach 6, B. Fautrel 6
1 Sorbonne Université, Inserm, Institut Pierre Louis D'epidémiologie Et De Santé Publique, Equipe Pepites, Ap-Hp, Hôpital Pitié Salpêtrière, Centre De La Douleur, F75013 - Paris (France), 2 Sorbonne Université, Inserm, Institut Pierre Louis D'epidémiologie Et De Santé Publique, Equipe Pepites, Ap-Hp, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Département De Santé Publique, F75013 - Paris (France), 3 Rhumatologie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris(6) Sorbonne Universite – Aphp, Pitie Salpetriere Hospital, Department Of Rheumatology - Paris (France), 4 Université Paris Cité, Paris Saclay University, Université De Versailles Saint-Quentin-En-Yvelines, Inserm, Ums 011 « Population-Based Cohorts Unit », Paris, France. - Villejuif (France), 5 Inserm, Ehesp, Irset – Umr_s 1085 F-49000 Angers + Centre De Consultations De Pathologies Professionnelles, L'université Nantes Angers Le Mans (l'unam) Chu Angers - Angers (France), 6 Sorbonne Université, Inserm, Institut Pierre Louis D'epidémiologie Et De Santé Publique, Equipe Pepites, Ap-Hp, Hôpital Pitié Salpêtrière, Service De Rhumatologie, F75013, Paris, France - Paris (France)

Contexte : Une augmentation de l'utilisation de certains antalgiques comme l'oxycodone a été observée en France, mais sans données cliniques associée.
Objectifs : Le but de cette étude était 1/ de décrire l'utilisation des antalgiques chez les personnes souffrant de douleurs musculosquelettiques subaiguës ou chroniques en France 2/ d'évaluer l'évolution de l'usage chronique des opioïdes.
Matériel et méthodes : Etude transversale nichée dans la cohorte CONSTANCES, représentative de la population française de 18 à 69 ans. Les délivrances médicamenteuses dans les 12 mois avant l'inclusion dans la cohorte ont été évaluées (inclusions entre 2012 et 2019). Les douleurs lombaires, cervicales, à l'épaule ou du genou > 30 jours au cours des 12 derniers mois étaient considérées comme significatives. Le syndrome douloureux chronique était défini comme une douleur permanente au cours des 12 derniers mois dans au moins 4 des 6 localisations. Les participants ayant eu un cancer dans les 12 mois précédents ont été exclus. L'exposition d'intérêt était la délivrance d'antalgiques durant les 12 mois précédant l'inclusion. Pour les opioïdes, un équivalent en morphine orale (EMO) a été calculé. Une consommation modérée ou élevée était définie par un EMO > 50 ou > 90 mg/jour. L'usage chronique d'opioïdes était défini comme au moins 4 délivrances sur 12 mois, ou 3 délivrances et au moins 10 boîtes sur 12 mois. Pour évaluer l'évolution selon l'année d'inclusion, un test de tendance de Cochran-Armitage a été réalisé pour les délivrances chroniques d'opioïdes et de gabapentinoïdes.
Résultats : 155 312 personnes ont été incluses. Les délivrances de paracétamol, néfopam, AINS, gabapentinoïdes, opioïdes faibles et forts étaient très similaires quel que soit le site douloureux, et plus élevées que chez les participants sans douleurs musculosquelettiques. Dans l'ensemble de la cohorte, 81 % des participants n'avaient pas eu de délivrance d'opioïdes, 7,8 % avaient une consommation < 50 mg EMO/jour, 4,3 % entre 50 et 90 mg/jour, et 4,3 % plus de 90 mg/jour. L'usage chronique d'opioïdes était de 0,8 % chez les participants sans douleurs musculosquelettiques, de 6,3 à 6,8 % selon les sites douloureux, et de 13 % en cas de syndrome douloureux chronique. Entre 8,8 et 9,1 % des participants avec douleurs avaient une consommation > 90 mg/jour, et 12,9 % en cas de syndrome douloureux chronique. Pour les différents sites douloureux, on observait une diminution des délivrances chroniques d'opioïdes ($p < 0,001$) entre 2012 et 2019 (de 8% à 5,5% pour la lombalgie), mais pas des gabapentinoïdes.

Conclusion : L'utilisation des antalgiques opioïdes et gabapentinoïdes pour les douleurs musculosquelettiques reste modérée en termes de prévalence et de dosage, malgré une utilisation plus importante en cas de syndrome douloureux chronique.

Efficacité de la musicothérapie dans la prise en charge des douleurs chroniques : revue de la littérature

Recherche Clinique
L. Vieira 1, C.A. Rimlinger 1
1 chl Pain Clinic - Luxembourg (Luxembourg)

La douleur chronique constitue un enjeu majeur de santé publique, en raison de sa prévalence élevée, de sa chronicité, de son impact multidimensionnel et de ses lourdes répercussions sur la qualité de vie. Face à cette complexité, les approches non médicamenteuses, telles que la musicothérapie, suscitent un intérêt croissant. Cette discipline, à la croisée du soin, de l'art et de la relation, s'inscrit dans une logique de prise en charge globale et personnalisée.Cette revue narrative visait à évaluer ses effets sur diverses douleurs chroniques.
La question de recherche a été construite selon le modèle PICO. Une recherche documentaire rigoureuse a été menée entre janvier 2000 et février 2025 à partir de plusieurs bases de données (PubMed, ScienceDirect, PsycINFO, Google Scholar, ainsi que les ressources électroniques de l'Université de Lorraine), à l'aide d'une équation de recherche ciblée.
Les 17 études retenues (essais contrôlés randomisés, études observationnelles, expérimentales, revues systématiques, méta-analyse, etc.) montrent des effets globalement positifs sur sur différents types de douleurs chroniques, tant sur la douleur que sur des comorbidités fréquemment associées telles que l'anxiété, la dépression, ou encore le bien-être et la qualité de vie. Ces effets positifs ont été observés, quel que soit le type d'intervention proposé (active, réceptive ou combinée).
Néanmoins, ces résultats restent à nuancer et limite la généralisation des résultats, en raison de plusieurs limites méthodologiques : tailles d'échantillons réduites, variabilité des protocoles, absence fréquente de groupes contrôle, randomisation, et évaluations souvent limitées au court terme [1 ; 2]. Des mécanismes physiologiques possibles sont également évoqués [3 ; 4].
Les perspectives de recherche suggèrent de renforcer la standardisation des protocoles, d'élargir les échantillons et les populations cibles, d'intégrer des suivis à plus long terme, de croiser des mesures subjectives et objectives, et d'intégrer davantage la personnalisation des interventions musicales.
Cette étude souligne l'intérêt clinique de la musicothérapie et ouvre la voie à une réflexion sur son intégration au Centre de la douleur du Centre Hospitalier du Luxembourg.

Bibliographie

[1]. Guétin S, Giniès P, Picot MC, Brun L, Chanques G, Jaber S, et al. Évaluation et standardisation d'une nouvelle technique de musicothérapie dans la prise en charge de la douleur : le montage en « U ». Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement. 1 oct 2010;11(5):213-8.
[2]. Sihvonen AJ, Pitkäniemi A, Särkämö T, Soinila S. Isn't There Room for Music in Chronic Pain Management? The Journal of Pain. 1 juill 2022;23(7):1143-50.
[3]. Parlongue G, Cerdan EV, Koenig J, Williams DP. Smartphone based music intervention in the treatment of episodic migraine headaches – A pilot trial. Complementary Therapies in Medicine. 1 déc 2021;63:102779.
[4]. Wang M, Yi G, Gao H, Wu B, Zhou Y. Music-based interventions to improve fibromyalgia syndrome: A meta-analysis. EXPLORE. 1 nov 2020;16(6):357-62.

Auriculothérapie et céphalées chroniques : une approche non médicamenteuse face à la toxine botulique

Recherche Clinique
H. Vappou 1, T.A.T. Chu 2
1 Cetd Hopital Rambouillet (78) / Diu Auriculothérapie Scientifique, Universite Paris Saclay-Université De Strasbourg - Rambouillet (78) (France), 2 Cabinet Médical Oberhausbergen (67) / Diu Auriculothérapie Scientifique, Universite Paris Saclay-Université De Strasbourg - Oberhausbergen (67) (France)

Les céphalées chroniques représentent un enjeu majeur de santé publique en raison de leur forte prévalence et de leur impact sur la qualité de vie. Face aux limites des traitements médicamenteux, des approches non médicamenteuses comme l'auriculothérapie se développent, en particulier en milieu hospitalier [1]. Cette technique développée par les Drs Nogier et Alimi, repose sur la stimulation de points réflexes de l'oreille pour soulager la douleur. La toxine botulique, traitement prophylactique bien établi dans la migraine chronique (études PREEMPT [2,3]) est ici utilisée comme point de comparaison.
Cette étude observationnelle a comparé l'efficacité de l'auriculothérapie, de la toxine botulique, et de leur association dans la prise en charge des céphalées chroniques, en cabinet de ville et à l'hôpital. Cinquante patients ont été répartis en trois groupes selon le traitement reçu, choisi en concertation entre le patient et le thérapeute. Les critères analysés incluaient la fréquence et l'intensité des céphalées, le recours aux traitements de crise (nombre de prises et efficacité perçue), ainsi que l'impact sur la qualité de vie (travail, loisirs, moral, relations avec les autres).
L'auriculothérapie a permis une amélioration statistiquement significative ($p = 0,0156$) avec une réduction de la fréquence et de l'intensité des céphalées, une baisse des prises médicamenteuses, une amélioration de leur efficacité ressentie, et une meilleure qualité de vie, que ce soit en cabinet de ville ou à l'hôpital. Les résultats obtenus avec l'auriculothérapie étaient comparables à ceux obtenus avec la toxine botulique, sans différence statistiquement significative entre les deux groupes ($p=0,189$). Étonnamment, le groupe combiné n'a pas apporté de bénéfice supplémentaire par rapport aux traitements pris séparément. Ce résultat soulève des questions quant à l'interaction des deux approches et/ou à la perception des patients.
L'auriculothérapie, approche non médicamenteuse, a démontré une amélioration statistiquement significative des paramètres étudiés avec des résultats comparables à ceux de la toxine botulique dans le traitement des céphalées chroniques. Ces résultats invitent à réévaluer la place des thérapies complémentaires dans une prise en charge globale et personnalisée.

Bibliographie
[1] Michel-Cherqui M, Ma S, d'Ussel M, Ebbo D, Spassova A, Chaix-Couturier C, et al. Auriculotherapy in prevention of migraine attacks: an open randomized trial. Front Neurol. 2023;14:1193752. doi:10.3389/fneur.2023.1193752.
[2] Aurora SK, Winner P, Welch KM, Dodick DW, Turkel CC, Silberstein SD, et al. OnabotulinumtoxinA for treatment of chronic migraine: results from the PREEMPT 1 trial. Cephalalgia. 2010;30(7):793–803.
[3] Dodick DW, Turkel CC, DeGryse RE, Aurora SK, Silberstein SD, Lipton RB, et al. OnabotulinumtoxinA for chronic migraine: pooled results from the double-blind, randomized, placebo-controlled phases of the PREEMPT clinical program. Headache. 2010;50(6):921–936.

Intérêt du pistolet de massage dans la douleur chronique musculaire des membres inférieurs

Recherche Clinique
E. Richard 1
1 Soriot Vincent - Abbeville (France)

Dans le cadre de la consultation douleur du Centre Hospitalier d'Abbeville, une étude a été menée au sein de l'UETD pour évaluer l'efficacité du pistolet de massage comme thérapie complémentaire non médicamenteuse dans le traitement de la douleur musculaire chronique des membres inférieurs. Ce dispositif agit par vibrations et percussions, avec des effets supposés sur la stimulation des fibres nerveuses de gros calibre (théorie du "Gate Control"), la circulation sanguine, et la détente musculaire.
L'étude, réalisée sur 5 mois auprès de 24 patients, a consisté en un protocole d'utilisation sur un mois, avec trois séances quotidiennes de dix minutes (5 minutes par membre inférieur), en respectant strictement les contre-indications (troubles de coagulation, pacemaker, allodynie, etc.). Les patients ont évalué leur douleur à l'aide d'une échelle numérique avant et après chaque séance. Un questionnaire comparatif entre l'usage du pistolet et du TENS a également été soumis.
Les résultats indiquent un soulagement significatif de la douleur dans 65 % des cas. Les effets sont principalement temporaires (54 %), mais certains patients rapportent des bénéfices à long terme (33 %), et 13% d'effets immédiats. Des bénéfices secondaires ont aussi été observés par les patients, tels qu'une amélioration du sommeil, une réduction des douleurs nocturnes, et une augmentation du périmètre de marche.
La préférence des patients est légèrement en faveur du pistolet (53 %) par rapport au TENS (48 %). Toutefois, des pistes d'amélioration sont évoquées : adapter le modèle utilisé (taille, puissance), et réfléchir à un éventuel remboursement.
Cette étude préliminaire confirme l'intérêt du pistolet de massage, il constitue un complément pertinent aux thérapeutiques existantes.
L'étude se prolonge sur une année complète, et un support pédagogique illustré est en cours de création et validation par le service qualité du Centre Hospitalier d'Abbeville afin d'accompagner les patients dans l'utilisation de ce dispositif.

Bibliographie
Site internet : getjolt.fr/blogs/infos/mécanisme-des-micro-chocs-et-vibrations
Réduction des courbatures (DOMS) source : Journal of Clinical et Diagnostic Research, 2014
Amélioration de l'Amplitude de mouvement (ROM)source : International Journal of Sports Physical Therapie, 2020
Effet comparable au massage manuel source : Frontiers in Physiology, 2021

Réticences et fausses idées des patients vis-à-vis des médicaments antalgiques : état des lieux et mise en place d'ateliers d'information

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

E. Frauger 1, N. Agnes 2, C. Talbi 2, S. Mezaache 1, F. Turlure 1, N. Fredon 1, A. Donnet 2, J. Micallef 1
1 Centre D'addictovigilance Paca Corse, Service De Pharmacologie Clinique Et Pharmacosurveillance, Assistance Publique-Hôpitaux De Marseille ; Institut De Neurosciences Des Systèmes, Inserm Umr1106, Aix-Marseille Université - Marseille (France), 2 Centre D'évaluation Et De Traitement De La Douleur (cetd), Assistance Publique-Hôpitaux De Marseille - Marseille (France)

Introduction : Plus de 2/3 des patients ont des inquiétudes concernant l'utilisation d'antalgiques [1]. L'objectif de ce travail est d'évaluer les réticences et fausses idées des patients afin de les sensibiliser au bon usage des antalgiques.
Matériel & Méthodes : Deux approches : i) des entretiens semi-directifs avec l'équipe du CETD pour connaître les réticences et les fausses idées des patients vis-à-vis des antalgiques ; ii) des ateliers d'information interactifs auprès de patients douloureux sur le bon usage des antalgiques avec un focus sur les opioïdes (quiz, présentation de kits naloxone, flyers…). Les connaissances des patients ont été évaluées avant et après l'atelier avec un questionnaire anonyme.
Résultats : Les entretiens (n=9) ont mis en évidence un certain nombre de réticences et fausses idées concernant : i) les effets indésirables (EI) : « tous les médicaments donnent les mêmes EI », « à la lecture de la notice, certaines personnes préfèrent ne pas prendre d'antalgiques, alors qu'elles ne se posent pas de question pour le paracétamol » ; ii) la pharmacodépendance : « la dépendance est systématique pour tous les médicaments » ; « bonne image des antalgiques pour la crise (AINS, paracétamol, opioïde) car on peut les arrêter alors qu'ils ont peur de prendre un traitement de fond tous les jours à cause du risque d'accoutumance et que cela soit un traitement à vie » ; iii) les opioïdes : « peur comme si on était toxicomane » ; « utilisé dans la migraine car prescrit par le médecin généraliste » ; iv) triptans : « image d'un médicament fort car le médecin traitant n'y pense pas » ; « réticence du risque de céphalées chroniques » ; v) antidépresseurs : « défiance car fait appel à une représentation négative et pensent être assimilés à des patients dépressifs».
Cinq ateliers ont été organisés auprès de 39 patients. Avant l'atelier, 92% savaient que certains antidépresseurs peuvent être utilisés dans la douleur ; 72% que les opioïdes ne sont pas systématiques dans la douleur chronique ; 66% que si on arrête brusquement un antalgique opioïde on peut ressentir des effets gênants ; 43% que l'on ne devient pas forcement « addict » si l'on prend un opioïde et 11% avait entendu parler de la naloxone. Le taux de bonnes réponses est passé de 63% à 89% après l'atelier et tous étaient très satisfaits/satisfaits de l'atelier.
Conclusion : Il est nécessaire de sensibiliser régulièrement les patients et le grand public sur le bon usage des antalgiques. Des actions sont réalisées dans le cadre du programme POP « Prévention et réduction des risques liés aux surdoses d'opioïdes en région PACA ».

Bibliographie

[1] Programme POP : Connaissances et besoins des patients douloureux chroniques en PACA. http://fr.ap-hm.fr/sites/default/files/files/ceip-addicto/Ceip_AddictovigilanceResultatsDouleur_17102024.pdf

Parentalité et douleur chronique : paroles de parents

Recherche Clinique
J. Andreu-Gallien 1, M. Delattre 1, M. Payet 1, S. Borin 1
1 Association Ville Hopital Lutter Contre La Douleur - Paris (France)

Contexte
La douleur chronique pédiatrique, touchant entre 11% et 38% des enfants et adolescents1, a un retentissement majeur non seulement sur les jeunes patients mais aussi sur leurs parents qui doivent faire face à des bouleversements émotionnels, familiaux, sociaux et professionnels et jouent un rôle déterminant dans le vécu et l'évolution de la douleur chez leur enfant. La littérature met en évidence par exemple l'impact du catastrophisme parental3, de certains styles éducatifs 2 et des difficultés de régulation émotionnelle 4 dans la chronicisation de la douleur.
Objectifs :
Cette étude qualitative vise à :
Explorez comment la douleur chronique de l'enfant influence l'exercice de la parentalité
Identifier les principales difficultés rencontrées par les parents
Mieux comprendre leurs besoins pour adapter l'accompagnement proposé
Méthode
Une première phase d'entretien semi directif a été menée auprès de parents d'enfants suivis pour douleurs chroniques au sein du réseau Lutter Contre la Douleur. L'analyse qualitative apporté sur plusieurs axes : adaptation du cadre éducatif, relation intrafamiliale, retentissement émotionnel, comportement face à la douleur de l'enfant, difficulté quotidienne et ressources perçues.
Premières tendances observées :
Entretien d'environ 1 h ont été à ce jour été réalisés. Sans prétendre à des résultats définitifs, ces premiers entretiens font émerger des tendances récurrentes : un retentissement émotionnel marqué,1 sentiment d'impuissance récurrent face à la douleur de l'enfant, des difficultés nombreuses avec l'institution scolaire virgule et un parcours de soins souvent perçu comme complexe et éprouvant en raison des délais, de l'errance diagnostique ou de la difficulté à trouver des interlocuteurs adaptés.
Conclusion
Ces premiers éléments soulignent la richesse des récits parentaux et confirment l'importance d'un accompagnement spécifique, centré notamment sur le soutien émotionnel et la reconnaissance du rôle parental dans le contexte de douleurs chroniques point une meilleure compréhension de leur vécu permettra d'affiner les dispositifs d'aide, de renforcer la prise en charge globale des familles et d'améliorer le pronostic douloureux

Bibliographie
1. King, S., Chambers, C.T., Huguet, A., MacNevin, R.C., McGrath, P.J., Parker, L., and MacDonald, A.J. (2011). The epidemiology of chronic pain in children and adolescents revisited: a systematic review. Pain 152, 2729–2738. https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.07.016.
2. Martin, S.R., Zeltzer, L.K., Seidman, L.C., Allyn, K.E., and Payne, L.A. (2020). Caregiver–Child Discrepancies in Reports of Child Emotional Symptoms in Pediatric Chronic Pain. J Pediatr Psychol 45, 359–369. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsz098.
3. Shaygan, M., Bostanian, P., Zarmehr, M., Hassanipour, H., and Mollaie, M. (2021). Understanding the relationship between parenting style and chronic pain in adolescents: a structural equation modelling approach. BMC Psychol 9, 201. https://doi.org/10.1186/s40359-021-00704-5.

4. Campo, J.V., Bridge, J., Lucas, A., Savorelli, S., Walker, L., Di Lorenzo, C., Iyengar, S., and Brent, D.A. (2007). Physical and emotional health of mothers of youth with functional abdominal pain. Arch Pediatr Adolesc Med 161, 131–137. https://doi.org/10.1001/archpedi.161.2.131.

Inventaire de L'Evaluation des Douleurs en prélude d'une ré-autonomisation du CLUD au sein d'un hôpital local

Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure
I. Tapesar 1, C. Gov 2, Clud 1
1 Smr Ehpad - Ax Les Thermes (France), 2Centre Douleur Chu Lyon - Lyon (France)

Contexte : Etude observationnelle rétrospective sur 25 séjours (14 ♀ et 11 ♂) au sein des services SMR[1] et sur 10 séjours (6♀ et 4♂) en cours à l'EHPAD[2] adjacent. Pour le SMR[1], la population se révèle gériatrique avec un âge moyen de 75,8 ans), constituée de 2 sexagénaires (> 60 < 65 ans), 9 PA[3] gérontologiques (> 65 et < 75 ans), 11 PA[3] gériatriques (>75 et <85 ans) et 3 PA[3] grand âge (> 85 ans). En EHPAD [2] l'âge moyen est de 85,8 ans.

Epidémiologie : Expressions algiques[4] souvent atypiques en milieu gérontologique, avec des douleurs persistantes 2,5 fois plus fréquentes entre 60 et 70 ans qu'entre 30 et 40 ans, 4 fois plus après 80 ans et avec, comme facteur le plus fréquent de mauvais soulagement, un âge > à 70 ans. En EHPAD[2] la douleur négligée majore à elle seule, le risque de SPCD[5] de 25%.

Objectif : Evaluation de la douleur.

Méthode : Screening des dossiers à travers une grille d'évaluation de la douleur listée ci-dessous :

Résultats :

Dépistage de la douleur	SMR	EHPAD	**Spécificités**
Douleur tracée	100%	100%	**SMR**
Evaluation régulière de la douleur	100%	40%	Courrier de sortie : - Rubrique douleur 40%, - Antalgiques prescrits 88%, - ADL [12] démarche gériatrique 8% - Psychotrophes prescrits 16%.
Procédure TILT[6]			
Type de douleur	0%	0%	
Intensité	100%	10%	
Localisation	52%	40%	
Temporalité	0%	0%	**EHPAD**
Dimension de la douleur[7]	0%	0%	- Risque iatrogénique élevé : . Polymédication 60% (> 7 principes actifs< 11) . Hypermédication 40% (>11 principes actifs) - Evaluation gériatrique réalisée : 100% . Echelles d'Hétéro-évaluation[8] Algoplus 20%
Séquence Dépister-évaluer-traiter-réévaluer	0%	0%	
Echelle d'intensité[8]			
Adaptée à l'âge	88%	20%	
Adaptée à la cognition[9]	24%	20%	
Echelles multiples /même séjour	40%	/	
Traitement médicamenteux			
Antalgiques prescrits	88%	70%	
Opioïdes titrés	0%	0%	

ORT[10] utilisé en pré-prescription d'opioïde	0%	0%	Doloplus, ECPA 0% - Intégration de l'EGS[13] dans la réflexion thérapeutique : 0%
DN4[11] avant prescription	12%	0%	

Conclusion

Au vu des constatations ci-dessus, il y a nécessité de progresser via l'acquisition des compétences algo-gériatriques (étude de la douleur combinée à la gériatrie) dans un souci d'efficacité pour les PA[3] et de cohérence afin de s'accorder avec la loi du 1er Janvier 2016[14] et la loi du 8 avril 2024[15].

De facto, il est temps de substituer, à la trajectoire actuelle de fragilisation des PA, un réel parcours de prévention gérontologique en changeant de paradigme de soins : C'est-à-dire pratiquer la gériatrie quand on prend en soins des personnes âgées, dans n'importe quelle discipline médicale, même dans un système de santé, davantage conçu pour répondre aux besoins de santé épisodiques (Médecine centrée que sur les maladies), que de prendre en soins les polypathologies chroniques.

In fine, pour plus de performance (pertinence, efficience, efficacité), à quand une commission de travail pour définir les nouveaux critères[16][17] HAS douleurs PA[3] ?

Bibliographie

- [1] SMR : Soins Médicaux et de Réadaptation

- [2] EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

- [3] PA : Personne âgée

- [4] Expressions algiques. Pickering G. La douleur gériatrique en France. SFETD, livre blanc de la douleur ; 2017. p. 55-6.

- [5] Syndrome Psycho-comportementaux de la démence. Nouvelles recommandations pour la prise en soins des Symptômes Psychologiques et Comportementaux (SPC) dans les maladies neurocognitives, 21 septembre 2024

- [6] Procédure TILT : Type, Intensité, Localisation, Temps (rythme, durée, fréquence) de la douleur

- [7] Echelle d'intensité d'auto évaluation unidimensionnelle : EVS (Echelle Verbale Simple), EN (Echelle numérique), EVA (Echelle visuelle analogique), Echelle d'hétéro-évaluation : Algoplus, Doloplus, ECPA : Echelle comportementale de la douleur chez la personne âgée

- [8] Dimension de la douleur : Composante sensori-discriminative, composante affectivo-émotionnelle, composante cognitivo-comportementale.

- [9] MoCA : Montreal cognitive Assessment, MMS : Mini Mental Status, Sub tests cognitifs (Test destiné à vérifier un point plus particulier d'un test général), BREF : Batterie rapide d'efficience frontale

- [10] ORT : Opioïde Risk Tool qui évalue le risque de mésusage

- [11] DN4 : Echelle Douleur Neuropathique 4

- [12] ADL : Aptitude fonctionnelle dans les Activités de vie Quotidienne

- [13] EGS : Evaluation gériatrique standardisée, préconisée depuis 1984, Rubenstein LZ et al., N Eng J Med 1984 ; 311 : 1664-70

- [14] Loi du 1er Janvier 2016 : Loi d'adaptation de la société au vieillissement)

- [15] Loi du 8 avril 2024 : Différentes mesures pour prévenir la perte d'autonomie et lutter contre les maltraitances.

- [16] Poster SFEDT 2017 P-016 - Evaluation de la douleur chez les sujets âgés au sein des structures spécialisées douleur chronique de la zone Pyrénéenne de la région Occitanie

- [17] Poster SFEDT 2023PO-48 - L'Algogériatrie : une nécessité de raison du fait du vieillissement croissant de la population française

Une affiche sur les bonnes pratiques à destination des familles : retour d'expérience du développement d'un nouvel outil permettant de lutter contre la douleur et l'inconfort du nouveau-né dans un service de néonatologie.

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

J. Courgeon 1, L. Gavazzi 1, L. Martins 1, N. Rezkini 1, J. Bouvier 1, V. Zellner 2, J. Ngo 3, X. Durrmeyer 1
1 Service De Réanimation Néonatale, Chi Créteil - Creteil 94 (France), 2 Structure Douleur Chronique Pédiatrique, Service De Pédiatrie Générale - Creteil 94 (France), 3 Clud Du Chi Créteil - Creteil 94 (France)

Au CHI Créteil, une formation institutionnelle sur la douleur pédiatrique née en 2023 est portée par les membres d'une Structure Douleur Chronique (SDC) pédiatrique (pédiatres algologues et Infirmière Diplômée d'Etat (IDE) Ressource Douleur) et par un réanimateur néonatologiste spécialisé sur la douleur du nouveau-né. Lors de ces formations, des soignants paramédicaux ont pu émettre le souhait d'être référent douleur en néonatologie, d'autant qu'il existe une réelle difficulté à pérenniser des référents douleur dans les services en raison du turn-over important des soignants. Ainsi se forme dans le service de néonatologie du CHI Créteil un groupe de travail dynamique centré sur la douleur. Ce groupe est composé d'une IDE puéricultrice, de deux IDE et d'une auxiliaire de puériculture, toutes référentes douleur.

Au cours des séances de travail du groupe douleur, vient l'idée de la création d'une affiche. Cet outil est déployé sur les murs du service de néonatologie. L'affiche est destinée à être consultée de tous, en particulier des parents, les rendant acteurs directs dans la prise en charge [1-3].
Des images illustrent l'affiche. Elles ont été soigneusement choisies pour être accessibles et compréhensibles par tous, notamment les parents non francophones et/ou ne sachant pas lire.

L'affiche est divisée en trois parties :
« Signes d'inconfort » : basée sur l'échelle COMFORTneo [4-5] : nous y voyons certains signes évocateurs de douleur, facilement identifiables : éveil, mouvements des membres, tension du visage etc.
« Astuces pour réconforter votre bébé » : où sont illustrés des méthodes simples et efficaces : peau-à-peau, réduction du bruit et de la lumière etc.
Un QR-code permettant d'accéder directement au livret « Réconforter votre bébé en néonatologie», créé par la Pr Franck et diffusé par l'association SOS Préma [6]. Le livret vient compléter les informations de l'affiche avec des conseils supplémentaires.

Cette affiche est amenée à être perpétuellement améliorée et à être déployée plus largement dans le service de néonatologie. Notre affiche est elle-même téléchargeable via un QR-code que vous retrouverez sur le poster.

Bibliographie
[1] Murdoch MR, Franck LS. Gaining confidence and perspective: A phenomenological study of mothers' lived experiences caring for infants at home after neonatal unit discharge. J Adv Nurs. 2012 Sep;68(9):2008-20. doi: 10.1111/j.1365- 2648.2011.05891.x
[2] Franck LS, Oulton K, Nderitu S, Lim M, Fang S, Kaiser A. Parent involvement in pain management for NICU infants: A randomized controlled trial. Pediatrics. 2011 Sep;128(3):510-8. doi: 10.1542/peds.2011-0272.

[3] Franck LS, Oulton K, Bruce E. Parental involvement in neonatal pain management: An empirical and conceptual update. J Nurs Scholar 2012 Mar;44(1) :45- 54. doi : 10.1111/j.1547-5069.2011.01434.x
[4] Van Dijk M, Roofthooft DW, Anand KJ, Guldemond F, de Graaf J, Simons S, de Jager Y, van Goudoever JB, Tibboel D. Taking up the challenge of measuring prolonged pain in (premature) neonates: the COMFORTneo scale seems promising. Clin J Pain. 2009 Sep;25(7):607-16. doi: 10.1097/AJP.0b013e3181a5b52a. PMID: 19692803.
[5] Meesters NJ, Dilles T, van Rosmalen J, van den Bosch GE, Simons SHP, van Dijk M. COMFORTneo scale: a reliable and valid instrument to measure prolonged pain in neonates? J Perinatol. 2023 May;43(5):595-600. doi: 10.1038/s41372-023-01628-1. Epub 2023 Feb 6. PMID: 36746985.
[6] Livret « réconforter votre bébé en néonatalogie » SOS préma 2022. https://www.sosprema.com/livret-reconforter-votre-bebe-en-neonatalogie/