

Douleur

PARIS-La Villette 2003
3^e Congrès annuel de la SETD

Du 13 au 15 Novembre 2003



Douleurs provoquées iatrogènes, aspects fondamentaux et perspectives cliniques

*Sous le haut patronage de Monsieur Jean-François MATTEI,
Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées*



Société d'Etude et de Traitement de la Douleur
Chapitre Français de l'IASP



**PROGRAMME
FINAL**

SOMMAIRE

- Synopsis..... p 2
- Centre de conférences..... p 3
- Séances plénières..... p 4
- Forum Infirmier..... p 7
- Cours Supérieurs..... p 8
- Symposium satellites et déjeuners-débats..... p 10
- GTS..... p 12
- Posters..... p 16
- Instructions aux auteurs..... p 22
- Informations Générales..... p 24
- Résumés des séances plénières..... p 30
- Résumés des séances du Forum Infirmier..... p 47
- Résumés des GTS..... p 53

CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA SETD

Bureau :

Président :
Paul PIONCHON (Clermont-Ferrand)

Vice-Présidents :
Christine RICARD (Montpellier)
et Eric SERRA (Amiens)

Secrétaire Général :
Michel LANTERI-MINET (Nice)

Secrétaire Adjoint :
Chantal WOOD (Paris)

Trésorier :
Gérard MICK (Lyon)

Président d'Honneur :
Ivan KRAKOWSKI
(Vandœuvre Les Nancy)

Conseil d'administration :

Elizabeth COLLIN (Paris)
Eugénie CZORNY (Besançon)
Jocelyne LE GALL (Rennes)
Anne MARGOT-DUCLOT (Paris)
Malou NAVEZ (Saint-Etienne)
Guy SIMONNET (Bordeaux)

COMITE LOCAL D'ORGANISATION

François BOUREAU (Paris)
Louis BRASSEUR (Boulogne)
Jean BRUXELLE (Paris)
Bernard CALVINO (Paris)
François CESSÉLIN (Paris)
Elizabeth COLLIN (Paris)
Gérard CUNIN (Paris)
Mathieu DOUSSE (Paris)
Evelyne PICHARD (Villejuif)
Didier EVENOU (Paris)
Bernard FLEITER (Paris)
Marie-Thérèse GATT (Bobigny)
Evelyne MALAQUIN-PAVAN (Paris)
Anne MARGOT-DUCLOT (Paris)
Sylvaine MONIN (Paris)
Michel MOREL-FATIO (Paris)
Regis PATTE (Paris)
Agnès RICARD (Paris)
Chantal WOOD (Paris)

SECRETARIAT ADMINISTRATIF DE LA SETD

Pascaline LAVALADE
Hôpital Pasteur – Département Douleur
30 avenue de la Voie Romaine
BP 69 – 06002 NICE cedex 1
Tél : 33 4 92 03 79 46
Fax : 33 4 92 03 84 69
e-mail : sofradol@club-internet.fr

SECRETARIAT DU CONGRES

Philippe BREGAINT
Douleur 2003 / Colloquium
12 Rue de la Croix Faubin
75557 PARIS cedex 11
Tél : +33 1 44 64 15 15
Fax : +33 1 44 64 15 16
e-mail : douleur@colloquium.fr

Bienvenue à Paris



Chers collègues et amis,

C'est avec grand plaisir que le Conseil d'Administration et le Comité d'Organisation Ile de France vous souhaitent la bienvenue au 3^{ème} Congrès de la SETD. Gageons que l'environnement de la Cité des Sciences sera favorable à nos travaux.

Notre séance plénière est consacrée à l'un des axes prioritaires du programme national : la lutte contre la douleur provoquée par les soins et la chirurgie. La douleur iatrogène est une préoccupation majeure de santé publique et c'est le rôle de notre société savante d'en faire l'état des lieux et de proposer des évolutions.

La séance Actualités Scientifiques et le Forum Infirmier permettront de réactualiser nos stratégies thérapeutiques face à nos préoccupations quotidiennes. Les ateliers de travail thématiques préparés par les GTS seront l'occasion d'approfondir un domaine, mais aussi de rendre compte de l'activité et de préparer les actions de l'année à venir de ces groupes de travail qui sont l'une des pierres angulaires de la SETD.

Cette année la séance des communications affichées a été réaménagée afin de permettre à tous les participants de venir rencontrer les présentateurs, et témoigner du dynamisme des nombreuses équipes qui ont souhaité faire connaître leur activité. Le soutien à la recherche sera concrétisé par la remise d'un prix poster offert par la SETD, et de deux bourses d'étude, grâce à l'aide de nos partenaires industriels.

En parallèle du programme scientifique, les sessions satellites organisées par l'industrie pharmaceutique et la présence de nombreux exposants pourront apporter des réponses techniques à vos choix thérapeutiques.

Un cours supérieur consacré aux effets placebo complètera notre réflexion sur la prise en charge des patients. De plus, l'heureuse collaboration avec la Journée d'Enseignement Supérieur de la Société d'Etude des Migraines et Céphalées permettra de faire un point pluridisciplinaire sur les névralgies trigéminales.

Tout au long du congrès, vous serez accueillis sur le stand SETD par nos deux secrétaires, Pascaline Lavalade et Sabine Renaud qui seront à votre disposition pour vous renseigner sur les associations de professionnels de la douleur et rencontrer des représentants des associations de malades.

Nous vous attendons dans le village WEB, où notre nouveau maître de toile, Laurent Balp, vous présentera les fonctionnalités du site setd-douleur.org et pourra recevoir vos souhaits et critiques.

L'année 2003 a été endeuillée par le départ de deux éminents membres de notre société, Denise Albe-Fessard et Patrice Baud. Un hommage solennel leur sera rendu à l'issue de la séance Actualités Scientifiques et vous êtes tous invités à vous associer à ce moment de recueillement.

Enfin participer à un grand congrès c'est aussi le plaisir de se retrouver et de rencontrer les collègues d'autres régions. Les membres qui le souhaitent pourront ainsi nous rejoindre à la soirée du vendredi au bord des quais de Seine.

Paul Pionchon

Président de la SETD

Obituaire de Madame le Professeur Albe-Fessard

Denise Albe-Fessard, première Présidente de l'International Association for the Study of Pain (IASP) de 1975 à 1978 est décédée le 7 mai 2003. Née à Paris au milieu de la Première Guerre mondiale (31 mai 1916) elle y fit ses études primaires et secondaires. Après son baccalauréat, elle fut admise dans une école d'ingénieurs particulièrement renommée, l'École de Physique-Chimie de Paris où elle obtint en 1937 le diplôme d'ingénieur en physique.

Pour préparer un doctorat, elle prit un poste d'assistante technique au Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS) et commença dans un laboratoire de botanique à enregistrer des potentiels électriques lents sur des algues (*Nutella*).

A la déclaration de guerre, en 1939, elle se trouva, avec Alfred Fessard dans le groupe de Henri Piéron, professeur de physiologie des sensations au Collège de France, qui avait été affecté à une base aéronautique militaire près de Bordeaux. Le groupe regagna Paris après la défaite de juin 1940 et Denise Albe poursuivit sa collaboration avec Alfred Fessard, qu'elle épousera en 1942. Ce dernier avait installé un petit laboratoire d'électrophysiologie dans les locaux de l'Institut Marey fondé par ce célèbre physiologiste (1830-1904), professeur au Collège de France, qui mit au point pour l'analyse du mouvement animal la chronophotographie qui précéda l'invention du cinéma.

Dans son autobiographie (*The History of Neuroscience, In Autobiography, Volume 1, pp 2-48, Eds: Society for Neurosciences, 1996*) Denise Albe-Fessard décrit avec émotion la vie à Paris durant la longue occupation allemande et bien évidemment les difficultés également rencontrées pour assurer la bonne marche d'un laboratoire, difficulté qui se sont prolongées encore plusieurs années après la fin de la guerre. Ses connaissances en physique l'aidèrent à mettre au point différents équipements pour les recherches en électrophysiologie.

Après avoir bénéficié d'une bourse du CNRS, elle occupa un poste d'assistante en physique-chimie à la Sorbonne pour enseigner en PCB (première année d'étude de préparation et de sélection des étudiants débutant des études médicales).

En 1947, à l'invitation du Professeur Carlos Chagas, elle partit avec Alfred Fessard pour Rio de Janeiro, où il était facile d'étudier les décharges électriques chez les gymnotidés.

De retour en France, elle étendit ses travaux à la torpille et à la raie. Ces recherches originales sur les caractères et l'organisation de la décharge des poissons électriques firent l'objet de son doctorat en sciences en 1950.

Il est amusant de mentionner que celle qui allait devenir une grande autorité scientifique dans le domaine de la physiologie de la douleur se soit intéressée de façon tout à fait fortuite au poisson électrique. En effet ses recherches ont été menées bien avant son engagement dans le domaine de la nociception alors que les poissons électriques étaient utilisés dès l'Antiquité pour le traitement de certaines douleurs rebelles.

Denise Albe-Fessard se consacra à la recherche en même temps qu'elle enseignait à la Faculté des Sciences de Paris où elle occupa un poste de professeur de psychophysiologie de 1957 à sa retraite en 1985.

Son laboratoire qui dépendait de la Faculté des Sciences, et, à partir de 1969, de l'Université Pierre et Marie Curie (Paris VI) était inclus dans le Centre d'Etudes de Physiologie Nerveuse créé par le CNRS et dirigé par Alfred Fessard, nommé professeur au Collège de France en 1950.

Ce Centre d'Etudes se développa à l'Institut Marey à partir du laboratoire qu'avait créé Alfred Fessard avant la guerre. L'institut qui se situait dans le bois de Boulogne à l'Ouest de Paris dans l'enceinte du stade Roland Garros fut détruit dans les années 80. Au début des années 60 il comprenait des groupes travaillant sur l'aplysie, les poissons électriques, les oiseaux et les mammifères. De très nombreux chercheurs français et étrangers, dont beaucoup de grande notoriété, sont passés par l'Institut Marey qui joua un rôle essentiel dans le développement de la recherche neurophysiologique.

Denise Albe-Fessard assurait avec beaucoup de volonté et de dynamisme la direction de son groupe qu'elle avait orienté résolument vers l'étude du système nerveux chez les mammifères.

En ce qui concerne la nociception, ses travaux sur le thalamus médian chez le chat eurent le mérite d'attirer, pour la première fois, l'attention sur l'implication de cette région dans la nociception et la douleur. La contribution majeure de Denise Albe-Fessard porte sur l'organisation centrale des voies de la nociception en distinguant plus particulièrement les rôles respectifs du thalamus médian et du thalamus latéral. Elle publia aussi des travaux princeps sur les neurones spinaux à l'origine du faisceau spino-

thalamique chez le singe, sur un modèle de douleur de déafférentation chez le rat et sur de nombreux autres aspects fondamentaux de la nociception.

L'activité de Denise Albe-Fessard au cours d'environ 50 années de recherche fut considérable et ne fut pas limitée à la nociception. Mentionnons en particulier ses travaux sur le cortex somato-moteur et les ganglions de la base. Ce dernier thème conduit à évoquer le rôle exceptionnel qui fut le sien dans la mise au point des techniques d'enregistrement unitaire et des techniques de neurostimulation profonde chez des patients parkinsoniens. Ses travaux menés en collaboration avec l'équipe de neurochirurgie de l'Hôpital Foch à Suresnes mirent en évidence dès le début des années 60 une activité rythmique au niveau thalamique (noyau ventrolatéral et VIM) lors du tremblement et furent à l'origine de nombreuses investigations systématiques chez l'homme au cours d'interventions neurochirurgicales.

Soulignons qu'après sa retraite de l'Université Pierre et Marie Curie, Denise Albe-Fessard poursuivit ses travaux dans différents laboratoires de la région parisienne, dans différentes universités italiennes et fut invitée pour de longs séjours par des équipes neurochirurgicales au Canada et aux Etats-Unis.

Tout au long de sa carrière elle reçut et forma et ou conseilla d'innombrables doctorants, post-doctorants et collègues en année sabbatique en provenance de divers pays. Elle fut en rapport avec les grands neurophysiologistes mondiaux de l'avant ou de l'après-guerre (voir son autobiographie déjà citée). Elle sut également apporter dans la mesure où elle le pouvait une aide précieuse aux scientifiques en difficulté en particulier dans les pays de l'Est.

Denise Albe-Fessard était une scientifique combattante ; dans les congrès elle était toujours en alerte, prête au cours des discussions à défendre la position de ses collaborateurs. Du fait de sa capacité de travail et du rôle moteur essentiel qu'elle jouait dans son laboratoire ses élèves avaient un profond respect pour elle et les français comme les étrangers l'appelaient entre eux « la maman ». Elle était exigeante aussi bien pour elle que pour les autres. Bien qu'ayant passé 13 ans dans son laboratoire je n'ai que rarement expérimenté directement avec elle. Cependant je me souviens de longues investigations débutant à 9h du matin et continuant jusqu'à 3 ou 4 h le matin suivant : la pression artérielle de l'animal était très basse, j'étais fatigué et suggérais à Madame Albe-Fessard d'arrêter. « Encore une descente » me disait-elle, et c'était reparti pour une heure. Puis avant de rentrer chez elle m'aidait à ranger le matériel, dormait quelques heures avant de partir assurer ses cours à faculté au centre de Paris. Elle était de retour au laboratoire vers 14h où nous examinions les tracés photographiques développés entre temps. Son courage, sa volonté et son intuition scientifique m'ont profondément marqué et son exemple a beaucoup influencé ma carrière.

Un autre aspect, moins connu, des engagements de Denise Albe-Fessard concerne la défense de la condition féminine bien avant la création du comité «Women in Neuroscience » par « The Society for Neuroscience». En effet à part quelques rares exemples il n'était pas facile pour les femmes jusqu'au milieu des années 60 de faire une carrière scientifique. Elle en a souffert et écrivit dans son autobiographie : « my research was thus known only to a restricted circle and most often it was only the french men who went abroad. My husband was punctilious in attributing my work when he presented it, but it is still true that the intellectual activity of women make men suspicious, and they attribute it to a masculine influence- I did not escape this ». Aujourd'hui la situation a heureusement changé grâce à la lutte de celles qui comme elle ont défendu avec énergie la promotion des femmes de valeur.

Denise Albe-Fessard assura la présidence du conseil scientifique du premier congrès de l'International Association for the Study of Pain (Florence 1975) et devint la première Présidente de cette association (1975-1978) jusqu'au second congrès de Montréal. Tout au long de sa vie, notamment lors de cette présidence, elle encouragea les relations entre chercheurs fondamentalistes et cliniciens en particulier avec les neurologues, les neurochirurgiens et les anesthésistes. Denise Albe-Fessard était chevalier de la Légion d'honneur et officier de l'Ordre national du mérite.

A l'heure où vient de disparaître cette grande dame de la neurophysiologie, nous présentons à son fils Jean et sa famille nos plus sincères condoléances.

Jean Marie Besson

Hommage à un grand ami

Patrice BAUD, 46 ans, a été assassiné vers minuit le 12 mai 2003, alors qu'il quittait son cabinet de neurologie à Nemours. Personne ne sait encore par qui ni pourquoi il a été assassiné. Son extraordinaire discrétion et son incroyable modestie expliquent que vous l'ayez peu ou pas connu.

Il exerce en 1981 sa première fonction médicale dans le Service de Rééducation Neurologique à l'Hôpital Raymond Poincaré de Garches, où il mène par ailleurs ses premières expérimentations avec les Professeurs BUSSEL et TARDIEU. Patrice et Nathalie se marient en 1982. Entre 1982 et 1987, il fréquente divers services de neurologie des hôpitaux parisiens et se fixe en 1987 à l'hôpital Henry Dunant où il rencontre celui qui deviendra son éternel compagnon de route, le neurochirurgien Jean-Baptiste THIEBAUT. Electrophysiologiste compétent, il guide ses gestes pendant plus de quinze ans au cours d'interventions chez le patient souffrant de douleurs neuropathiques. **Aurélien** naît en 1984, alors que Nathalie et Patrice habitent une petite maison derrière l'hôpital, où naîtra ensuite **Morgane** en 1986. **Wladimir** les rejoindra en 1988, peu après un déménagement à Versailles où Patrice découvre la neurologie libérale lors d'un remplacement. Il n'a de cesse de compléter sa formation : CES de Rééducation et Réadaptation fonctionnelle, CES de Neurologie, DIU d'Electrophysiologie Clinique, Doctorat en Neurosciences.

Patrice BAUD, Jean-Baptiste THIEBAUT, et Anne MARGOT-DUCLOT créent à Henry Dunant l'**Unité de Traitement de la Douleur**, transférée ultérieurement à la *Fondation Rothschild*. Patrice débute la neurologie libérale en 1989 à Paris et passe deux jours par semaine au *Centre Hospitalier de Nemours*. **Allison** en 1991, puis **Eléonore** en 1994 rejoignent la «tribu BAUD». Un coup de cœur amène tout le monde dans une maison de peintre à *Grez sur-Loing*, près de Nemours. Patrice rejoint finalement ses amis à la Fondation Rothschild et ferme son cabinet parisien pour ouvrir celui de Nemours. Il avait participé activement en 1990 à la création de l'**Unité de Traitement de la Douleur du Centre Hospitalier de Nemours**, consultant, organisant l'activité du service, et préparant la formation continue. Il devient ensuite l'un des artisans du **Réseau Douleur 77**, réseau expérimental Ville-Hôpital destiné à améliorer la prise en charge et le suivi des patients douloureux chroniques. Il donne parallèlement chaque année plusieurs dizaines d'avis à

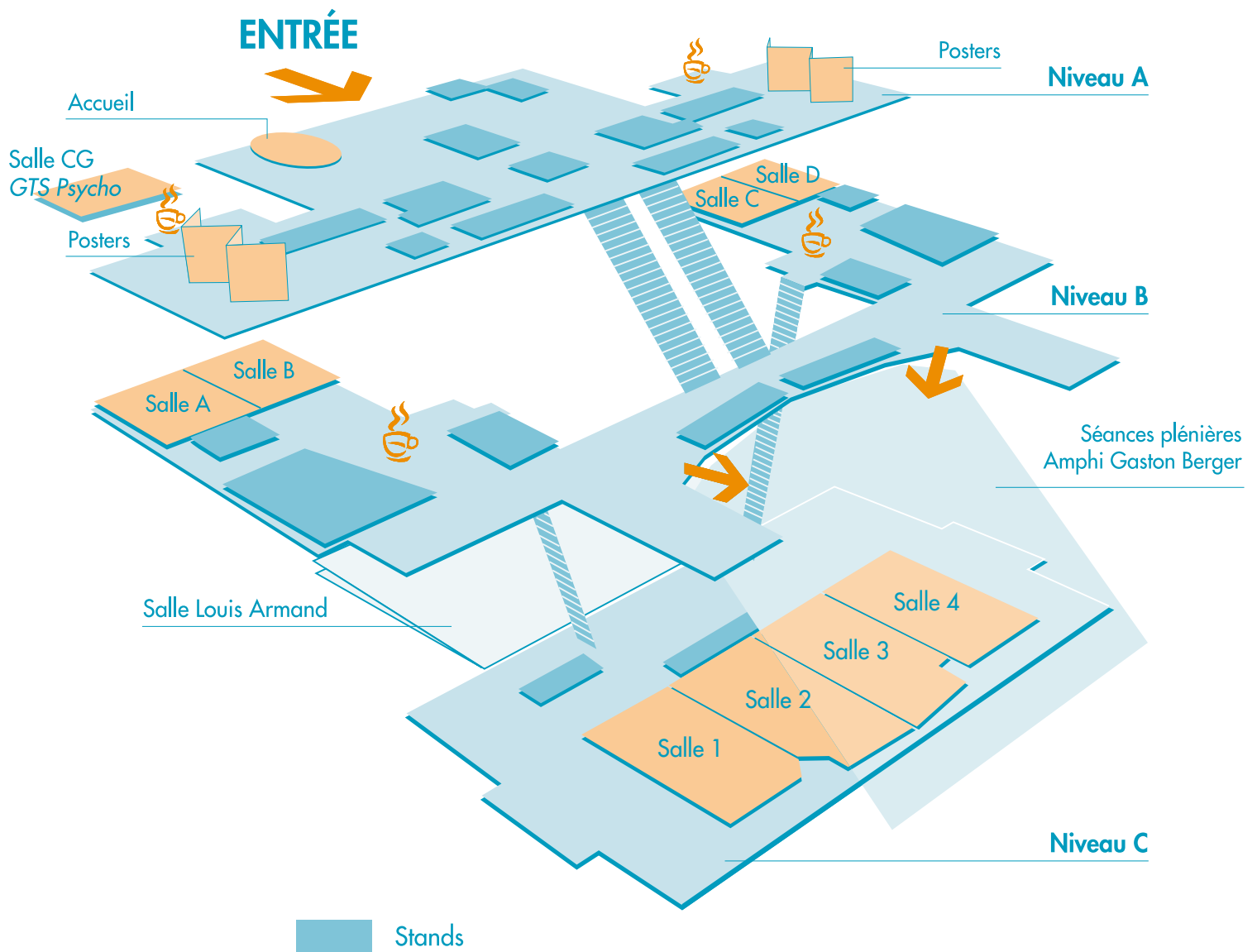
l'**AFSSAPS** et participe régulièrement à plusieurs groupes de travail de la Commission d'AMM. Une de ses grandes missions scientifiques fut la réalisation des recommandations françaises pour la méthodologie des essais cliniques dans le domaine de la douleur neuropathique, en tant que coordinateur du Groupe de Travail Spécifique «Douleurs Neuropathiques» de la SETD. Convaincu de l'avenir de l'imagerie fonctionnelle dans la douleur neuropathique, il convoquait le dimanche ses patients à la Fondation Rothschild pour l'acquisition des images, soumettant le radiologue à un travail forcené pour intégrer les logiciels, alors que lui-même travaillait seul à des heures impossibles pour extraire les données. L'équipe Rhône-Alpine dira qu'il était l'un des seuls interlocuteur français capable de discuter leurs résultats avec acuité. Il avait emporté la conviction du *Royal College of Medicine* lorsqu'il y a quatre ans, son Vice-Président découvrait son travail lors d'un symposium en Italie, qu'il aura heureusement l'occasion de le présenter sous forme préliminaire au Congrès de l'IASP à San Diego en 2002.

Patrice réveillait ses enfants le matin en jouant du piano, avait la fierté d'avoir été dépassé par Wladimir, prodige pianistique découvert un soir de Congrès de la SETD il y a deux ans. Il évoquait son fils Aurélien, major de promotion de Saint-Cyr il y a à peine quelques semaines, en parlant du «Général». Il accompagnait Morgane le matin au lycée, qui s'inspira sans aucun doute de son père pour obtenir des notes presque parfaites au Bac de Français moins d'un mois après son décès. Eléonore et Allison sont encore jeunes, mais ont déjà la douceur, la retenue, le merveilleux sourire de leur père. Patrice était un livre d'histoire inspiré par son épouse, professeur de lettres classiques. Aussi modeste et discrète que Patrice, Nathalie sait raconter les temps anciens et faire revivre les célébrités en les remettant à leur juste place. Patrice et sa «tribu» constituait une famille remarquable et rayonnante. Partout, sur son rocher irlandais ou un chemin de montagne lors des vacances familiales, au bord d'une table de cuisine à la maison, il faisait partager avec passion sa vie de médecin et son âme de chercheur. Il partageait avec tous et à tout moment, souriant, discret, recevant tous et tout comme un cadeau de la vie. Si élogieux que soit cet hommage, il demeure néanmoins en deçà de la réalité : cet homme était simplement hors du commun.

Synopsis du congrès

	Jeudi 13 novembre	Vendredi 14 novembre	Samedi 15 novembre
8H			
8H30			
9H	Amphi Gaston Berger Séance plénière Douleur iatrogène : constats et perspectives	GTS <ul style="list-style-type: none"> • Céphalées et douleurs orofaciales • Douleur et Cancer et Douleurs Neuropathiques • Douleur et Evaluation • Douleur et Gériatrie • Douleur et Handicap • Douleur et Médecine Générale • Douleur et Pédiatrie • Douleur post-opératoire • Douleur et Psychologie • Techniques Interventionnelles 	
9H30			
10H			
10H30			
11H	Séance plénière Douleur iatrogène : constats et perspectives		
11H30		Session Posters	
12H			
12H30	Salle Louis Armand Déjeuner débat Sponsorisé par Aventis	Salle Louis Armand Déjeuner débat Sponsorisé par GlaxoSmithKline	Salle 1 Déjeuner débat Sponsorisé par Pfizer
13H			
13H30			
14H	Amphi Gaston Berger Assemblée Générale de la SETD		
14H30		Amphi Gaston Berger Actualités scientifiques	Amphi Gaston Berger Cours Supérieur 1 <i>et Journée d'Enseignement Supérieur SFEMC</i> Les névralgies trigéminales
15H	Séance plénière Douleur iatrogène : situations cliniques		Amphi Gaston Berger Cours Supérieur 2 Placebo et effet placebo
15H30			
16H		Actualités scientifiques	
16H30		Forum infirmier	
17H	Séance plénière Douleur iatrogène : situations cliniques	Remise des prix	
17H30			
18H		Salle Louis Armand Conférence Institut UPSA de la Douleur	
18H30	Salle Louis Armand Symposium Sponsorisé par Medtronic		
19H			
19H30			
20H		20H30 Soirée du Congrès Restaurant TOUPARY	

Le Congrès Douleur 2003 au Centre des Congrès de La Villette à Paris



Jeudi 13 novembre 2003 Matin

Douleur iatrogène : aspects fondamentaux et perspectives cliniques

Les codes indiqués dans la marge devant les titres de conférences correspondent à la référence du résumé de la communication publiée dans ce programme à partir de la page 30.

Amphithéâtre Gaston Berger

- 8h30 - 9h00** **OUVERTURE DE LA JOURNÉE**
Paul PIONCHON et Danièle CULLET, chef de projet Douleur, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Paris
- 9h00 - 10h15** Présidentes de séance : Christine RICARD - Marie-Claude DEFONTAINE-CATTEAU
- 01** **Douleurs iatrogènes : données épidémiologiques**
Elisabeth COLLIN, Médecin, Consultation de la douleur, hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris
- 02** **Conditionnement et douleur**
Léon PLAGKHI, Médecin Physique, Université Catholique de Louvain, Bruxelles
- 03** **Modulation cognitive de la douleur**
Bernard LAURENT, Neurologue, Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur, CHU de Saint-Étienne
- 04** **Discours médical et douleur iatrogène**
Serban IONESCU, Psychiatre et Psychologue, Universités Paris 8 et René Descartes, Paris 5
- Discussion
- 10h15 - 10h45** Pause
- 10h45 - 12h00** Présidents de séance : Chantal WOOD - Alain ESCHALIER
- 05** **Données précliniques et cibles pharmacologiques**
Guy SIMONNET, Neurobiologiste, Université Victor Segalen, Bordeaux 2
- 06** **Mémoire et douleur chez l'enfant**
Carl von BAEYER, Psychologue, Université de Saskatchewan, Saskatoon, Canada

Jeudi 13 novembre 2003 Après-midi

Douleur iatrogène : situations cliniques

Amphithéâtre Gaston Berger

- 14h30 - 15h45** **SITUATIONS AIGUËS PONCTUELLES OU ITÉRATIVES**
Présidents de séance : Michelle BRESSAND - Alain DELBOS
- 07** **Douleurs iatrogènes périopératoires**
Claude VIDAL-BRASSIER, IADE, CH d'Angoulême
Jocelyne LE GALL, IADE, Clinique Mutualiste La Sagesse, Rennes
- 08** **Douleurs iatrogènes et soins aux brûlés**
Jacques LATARJET, CH Saint Joseph et Saint Luc, Lyon
- 09** **Douleurs iatrogènes en odontologie**
Paul PIONCHON, Odontologiste, Centre de Soins d'Études et de Recherches Dentaires,
INSERM E216, Clermont-Ferrand
- Discussion
- 15h45 - 16h15** Pause
- 16h15 - 17h30** **SITUATIONS CHRONIQUES**
Présidents de séance : Louis BRASSEUR - Jean Baptiste THIEBAUT
- 010** **Douleurs et séquelles du traitement du cancer**
Mario DI PALMA, Oncologue médical, Centre de Soins de Support, IGR ,Villejuif
- 011** **Douleurs neuropathiques post chirurgicales**
Haïel ALCHAAR, Neurologue, Département Douleur, CHU de Nice
- 012** **Céphalées et abus médicamenteux**
Christelle CREAC'H, Neurologue, Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur,
CHU de Saint-Etienne
- Discussion
- 17h30 - 18h00** Présidents de séance : Nadine MEMRAN - Alain SERRIE
- 013** **Ethique et douleur iatrogène**
Eugénie CZORNY, Anthropologue, Besançon
- 014** **Droit et douleurs iatrogènes**
Nathalie LELIEVRE, Juriste spécialisée en droit de la santé, Lyon
- Discussion

Vendredi 14 novembre 2003 8h30 - 11h00

Groupes de Travail Spécifiques



Céphalées et douleurs orofaciales

Réunion commune avec la Société Française d'Etude des Migraines et Céphalées (SFEMC)

GTS 01

L'algie vasculaire de la face et les céphalées trigémino-dysautonomiques

Organisateurs : Gilles GERAUD - Michel LANTERI-MINET

Salle 2

Le concept de céphalés trigémino-dysautonomiques

Aspects physiopathologiques

Michel LANTERI-MINET, Nice

Aspects cliniques

Alain AUTRET, Tours

Adénomes hypophysaires et Algies Vasculaires de la Face

Pierric GIRAUD, Annecy

Rapport de la Bourse Migraine et Céphalées GlaxoSmithKline

Communications libres

Modérateurs : Evelyne GUEGAN-MASSARDIR, Rouen,

Christian LUCAS, Lille



Douleur et Cancer et Douleurs Neuropathiques

Réunion commune

Douleurs iatrogènes en cancérologie : Douleurs neuropathiques, douleurs des actes invasifs. De la physiopathologie aux recommandations.

Organisateurs : Ivan KRAKOWSKI - Haïel ALCHAAR

Salle Louis Armand Est

1. Modèles animaux de douleurs neuropathiques post chimiothérapie : analyse comparative et données physiopathologiques.

Nicolas AUTHIER, Alain ESCHALIER, Clermont-Ferrand,

GTS 02

2. Douleurs neuropathiques: questionnaires cliniques, rappels thérapeutiques.

Nadine ATTAL, Boulogne-Billancourt

GTS 03

3. Douleurs provoquées lors des ponctions sanguines, lombaires et osseuses en cancérologie adulte: Vers des "Standards Options Recommandations".

Ivan KRAKOWSKI, Vandoeuvre les Nancy

4. Douleurs provoquées lors des actes diagnostiques et thérapeutiques en cancérologie adulte: Méthodologie des "Standards Options Recommandations-SOR" FNCLCC-SETD.

Nicolas FABRE, Lyon et Serge THEOBALDE, Strasbourg

Douleur et Evaluation

Mesurer la douleur : les outils pratiques à la pratique des outils

Organisateur : *Patrick GINIES*

Salle **Louis Armand Ouest**

(échelles électroniques, échelles pour malvoyants, outils de mesure de la douleur neurologique)

Rôle des professionnels et des CLUD.

1) Mesure et Recueil QUANTITATIF :

GTS 04 Outils électroniques : EVE, échelle visuelle électronique
Patrick GINIES, Montpellier

GTS 05 Echelle Proportionnelle de douleur
Thierry BINOCHÉ, Paris

GTS 06 Outils sensoriels : échelle analogique en relief
Benoît ARNOULD, Lyon

GTS 07 Echelle sensorielle analogique
Patrick GINIES, Montpellier

2) Mesure et Recueil QUALITATIF :

GTS 08 Evaluation de la douleur au domicile à distance : Résultats des études de validation
Claude DUBRAY, Clermont-Ferrand

GTS 09 Planche topographique de localisation de la douleur et de cotation de l'examen neurologique
Marc SOREL, Nemours

GTS 10 Outils de diagnostic de la douleur neurologique : règlette d'aide à l'examen et à l'interrogatoire
Patrick GINIES, Montpellier

3) Mesures et Recueils INSTITUTIONNELS :

GTS 11 Rôles des Comités de Lutte contre la Douleur : Utilités et actions évaluatives des CLUD
Pierre BASSET, Chambéry

Douleur et Gériatrie

Organisateur : *Gisèle PICKERING*

Salle **1**

1) Recommandations pour la prise en charge de la douleur chez le sujet âgé.

GTS 12 AINS et sujet âgé.
Laurence DAVID, Bagnères de Bigorre, Gisèle PICKERING, Clermont-Ferrand

GTS 13 Effets indésirables des morphiniques chez le sujet âgé
Patrice RAT et Sylvie BONIN-GUILLAUME, Marseille

GTS 14 Rotation des Opioides chez le sujet âgé. Quelles bonnes pratiques ?
Jean-Paul POINSIGNON, Metz, Francis VANHILLE, Rueil -Malmaison

GTS 15 2) Antalgiques et douleurs provoquées chez le sujet âgé
Roland LOPITAUX, Clermont-Ferrand

GTS 16 3) Vieillesse rénale et conséquences thérapeutiques
Jean-Pierre CHARMES, Limoges



Douleur et Handicap

Handicap : quel regard, quelle culture ?

Organisateur : *Anne MARGOT-DUCLOT*

Salle C

Modérateurs : *Serge BOUZNAH, Paris - Jean-Pierre TROTOT, Paris*

- GTS 17** Introduction : Modèle OMS du Handicap : Intérêts et limites
Anne MARGOT-DUCLOT, Paris
- GTS 18** Histoire d'Irène la petite sirène
Eugénie CZORNY, Besançon
- GTS 19** Douleur et Handicap chez l'adolescent
Anne-Claire DE CROUY, Paris, N. MOREAU, S. JUMELET, Neufmoutier en Brie
- GTS 20** L'échange des yeux
Ismaël MAÏGA, Paris
- GTS 21** Association Douleurs sans Frontière : une ONG Anti-Douleur
Alain SERRIE, Paris

Table ronde : discussion

Douleur et Médecine Générale

Les douleurs iatrogènes en médecine générale

Organisateur : *Pierre TAJFEL*

Salle D

- GTS 22** Les douleurs iatrogènes provoquées par le médecin généraliste
Bertrand HOARAU de la SOURCE, Pierre TAJFEL, Le Chesnay
- GTS 23** Prévention de la douleur de l'enfant en médecine générale, présentation d'une brochure destinée aux parents
Francine HIRSZOWSKI, Paris
- GTS 24** Les douleurs au cours des transports en ambulance non médicalisés
Karine LEFEVRE, Pierre TAJFEL, Luc de LAFOURCADE, Versailles

Discussion : Perspectives d'avenir.

Douleur et Pédiatrie

La douleur provoquée par les soins, les actes, les explorations

Organisateur : *Daniel ANNEQUIN*

Salle 4

- GTS 25** La douleur des gestes : recommandations en fonction de la médecine basée sur le niveau de preuve
Isabelle MURAT, Paris
- GTS 26** Conséquences de la douleur provoquée répétée selon l'âge de l'enfant
Carl Von BAEYER, Saskatoon, Canada
- GTS 27** Prise en charge de la douleur aux urgences pédiatriques
Ricardo CARBAJAL, Paris
- GTS 28** Actualités concernant le MEOPA
Daniel ANNEQUIN, Paris

Discussion générale



Douleur post-opératoire

Douleurs provoquées et iatrogènes péri-opératoires

Organisateur : *Eric VASSORT*

Salle 3

1) Rapport annuel d'activité

- 1 - Evaluation de la plaquette d'information patient
- 2 - Rapport sur l'incidence des douleurs résiduelles post-lombotomie
- 3 - Présentation de l'étude multicentrique initiée par le GTS:
" Evaluation de l'action de la kétamine sur la douleur post-opératoire à court et long terme après lombotomie "
- 4 - Mise en œuvre et perspectives de la veille bibliographique douleur post-opératoire

2) Douleurs provoquées et iatrogènes en péri-opératoire

Quelques questions en direct
Issues du futur CD interactif sur la douleur post-opératoire,
des questions seront posées à l'ensemble des participants.

Douleur et Psychologie

GTS 29

Somaticien, psychiatre, psychologue : une alchimie difficile ?

Organisateurs : *Mathieu DOUSSE, Paris - Eric SERRA, Amiens*

Salle CG

- Le point de vue du psychologue.
Antoine BIOY, Paris
- Le point de vue du psychiatre.
Marie Bénédicte GIRARD, Poitiers
- le point de vue du somaticien.
André MULLER, Strasbourg

Techniques Interventionnelles

Syndromes douloureux régional complexe et techniques interventionnelles

Organisateur : *Bernard FERGANE*

Modérateur : *Fabrice-Guy BARRAL*

Salle AB

- GTS 30** Algoneurodystrophies et syndromes apparentés
Maurice BENSIGNOR, Nantes
- GTS 31** Syndromes douloureux régionaux complexes et prise en charge physique
Jean Luc HEILLI, Metz
- GTS 32** Neurolyse Sympathique dans le traitement des neuroalgodystrophies rebelles au traitement médical
Bruno KASTLER, Démosthène MICHALAKIS, Zakia BOULAHDOUR, Bernard FERGANE, Besançon
- GTS 33** Stratégie thérapeutique face à une algodystrophie des membres (SDRC de type I) : quelle place pour les blocs régionaux ?
Eric VIEL, Nimes
- GTS 34** Neuromodulation et Syndrome douloureux complexe (SDRC)
Dominique CHÉDEL, Morges
- GTS 35** Réduction à long terme de la zone d'allodynie après infusions continues de Ropivacaïne 2 mg/ml chez des patients souffrant de SDRC de type II
Denis PERONNET, Mâcon

Déjeuners-débats et symposium satellites

Jeudi 13 novembre 2003

Salle Louis Armand

12h00 - 13h30

Lombalgies Communes : aspects cliniques et éducatifs

Déjeuner-débat sponsorisé par AVENTIS



Modérateur : *Stéphane DONNADIEU,*
Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris

Aspects économiques et prise en charge des patients lombalgiques
Serge POIRAUDEAU, Hôpital Cochin, Paris

Aspect éducatif de la prise en charge des lombalgies communes
Emmanuel COUDEYRE, Hôpital Lapeyronie, Montpellier

Ixprim®: une nouvelle génération d'association antalgique?
Claire DELORME, Hôpital de Bayeux

Synthèse générale et conclusion

Salle Louis Armand

18h00 - 19h30

Place de la neuromodulation dans le traitement des douleurs neuropathiques

Symposium satellite sponsorisé par MEDTRONIC FRANCE



Place de la neuromodulation dans la prise en charge des douleurs
neuropathiques rebelles
Président : *Serge BLOND, CHU Lille*

Douleurs neuropathiques et échec des traitements médicamenteux: que faire ?
Anne MARGOT DUCLOT, Fondation Rothschild - Paris

Stimulation médullaire et douleurs neuropathiques
Serge BLOND, CHU Lille

Cortex moteur et douleurs neuropathiques: où en est on ?
Patrick MERTENS, Hopital Neurologique, Lyon

Vendredi 14 novembre

Salle Louis Armand

12h00 - 13h30

Triptans ou pas triptans : là est la question

Déjeuner-débat sponsorisé par GLAXOSMITHKLINE



Modérateurs : *Dominique VALADE, Hôpital Lariboisière, Paris*
Gilles GÉRAUD, Hôpital Rangueil, Toulouse

Triptanophyles ou triptanophobes : qui a raison ?

Christian LUCAS, Hôpital Roger Salengro, Lille

Les triptans au quotidien : plus vite, plus fort !

Gérard MICK, Unité Douleur, Voiron

Abus de triptans : stop ou encore.

Michel LANTERI MINET, Hôpital Pasteur, Nice

Pharmacologie des triptans : hard ou safe ?

Olivier BLIN, Centre de Pharmacologie Clinique et d'Evaluation Thérapeutique, Marseille

Les triptans : il y toujours une première fois.

Anne DONNET, Hôpital Timone, Marseille

Salle 1

12h00 - 13h30

Traumatisme de la moelle et douleurs neuropathiques

Par Anne MARGOT-DUCLOT, Fondation Rotschild, Paris
Déjeuner-débat sponsorisé par PFIZER



Actualités scientifiques

Vendredi 14 novembre 2003 14h00 - 17h00

Actualités Scientifiques

Amphithéâtre Gaston Berger

Présidents de séance : *Patrick HENRY - Paul PIONCHON*

- 14h00 - 14h15 Douleurs neuropathiques**
Roland PEYRON, Service de Neurologie, Hôpital Bellevue, Saint-Etienne
- 14h15 - 14h30 Douleurs cancéreuses**
Thierry DELORME, Unité Mobile d'Accompagnement et Soins Continus, Institut Curie, Paris
- 14h30 - 14h45 Douleur et pharmacologie**
Olivier BLIN, CPCET Pharmacologie Clinique, CHU Timone, Marseille
- 14h45 - 15h00 Douleurs rhumatologiques**
Bernard BANNWARTH, Service de Rhumatologie, CHU Pellegrin, Bordeaux
- 15h00 - 15h15 Douleur et psychologie**
Laurence BERTHET, Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur, CHU de Nice
- 15h15 - 15h45 Pause**

Présidents de séance : Gérard MICK - Malou NAVEZ

- 15h45 - 16h00 Douleur post-opératoire - Douleur aiguë**
Jean-François PAYEN, Département d'Anesthésie-Réanimation, CHU Grenoble
- 16h00 - 16h15 Douleur de l'enfant**
Ricardo CARBAJAL, Centre National de Lutte contre la Douleur, Hôpital Armand Trousseau, Paris
- 16h15 - 16h30 Migraines et Céphalées**
Claire LE JEUNNE, Centre de prise en charge des migraines et céphalées, Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris
- 16h30 - 16h45 Sciences fondamentales**
Luis VILLANUEVA, INSERM E 216, Neurobiologie de la douleur trigéminal, Clermont-Ferrand
- 16h45 - 17h00 Hommage au Pr Denise ALBE-FESSARD et au Dr Patrice BAUD**
- Remise des Prix**
- Prix Poster offert par la SETD
 - Bourse SETD-IUD
 - Bourse SETD-Janssen-Cilag
- 17h00 - 18h30 III^{ÈME} CONFÉRENCE INTERNATIONALE DE L'INSTITUT UPSA DE LA DOULEUR**
La Douleur Viscérale : de la physiopathologie au diagnostic et au traitement
Maria Adèle GIAMBERARDINO, Chieti, Italie



Forum infirmier

Vendredi 14 novembre 2003 14h00 - 17h00

Les soignants dans la prévention des douleurs provoquées par les soins

Salle Louis Armand

Présidentes de séance : Jocelyne Le GALL - Evelyne MALAQUIN-PAVAN - Sylvaine MONIN

14h00 - 14h30

015

Paroles de soignants, douleurs de soignés

Eugénie CZORNY, CHU, Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur, Besançon

14h30 - 15h30

AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES SOINS DOULOUREUX : QUE PROPOSENT LES SOIGNANTS ?

Lors de la mobilisation des patients douloureux

Marie-Claude LEGUAN, Isabelle DANIELOU, CLUD de la Pitié-Salpêtrière, Paris

016

Au cours de la kinésithérapie

Pierre-Henry HALLER et Elisabeth de MARQUE, Paris, Nathalie BINET, Clamart

15h30 - 16h00

Pause

16h00 - 17h00

017

Après des personnes âgées douloureuses

Anne-Pierre RUPP-BERNARD, Françoise CORLE, Hôpital Corentin-Celton, Issy-les-Moulineaux

018

Dans un service d'imagerie médicale

Solange DAIGREMEONT, Marie-Hélène MOISSONIER, Montpellier



Cours Supérieur n°1

Samedi 15 novembre 2003 9h00 - 17h00

- JOURNEE D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR DE LA SFEMC
- COURS SUPERIEUR SETD



Les névralgies trigéminales

Salle Louis Armand

Présidents de séance : Gilles GERAUD - Michel LANTERI-MINET

La névralgie trigéminalle essentielle : épidémiologie, diagnostic positif, traitement

- 9h00 - 9h30** **Epidémiologie - Histoire naturelle**
Gilles GERAUD, Service de Neurologie et Explorations Fonctionnelles du Système Nerveux, Hôpital de Rangueil, Toulouse
Michel LANTERI-MINET, Département d'Évaluation et Traitement de la Douleur, Hôpital Pasteur - CHU de Nice
- 9h30 - 10h10** **Physiopathologie**
Radhouane DALLEL, INSERM E 216, Neurobiologie de la Douleur Trigéminalle, Faculté de Chirurgie dentaire, Clermont-Ferrand
- 10h10 - 10h30** Pause
- 10h30 - 11h10** **Clinique**
Bernard LAURENT, Neurologue, Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur, CHU de Saint-Etienne
- 11h10 - 11h40** **Radiologie : boucles vasculaires**
Philippe TOURRET, Radiologue, Clinique du Mail, Institut Privé de Cancérologie, Grenoble
- 11h40 - 13h00** Déjeuner
- 13h00 - 13h35** **Moyens thérapeutiques pharmacologiques**
Nadine ATTAL, Centre d'Évaluation et Traitement de la Douleur, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne
- 13h35 - 14h25** **Moyens thérapeutiques neurochirurgicaux**
Jean-Baptiste THIEBAUT, Service de Neurochirurgie et Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur, Fondation Rothschild, Paris
- 14h25 - 15h00** **Stratégie thérapeutique**
Table ronde : *Anne DONNET, Marseille, Jean RÉGIS, Marseille, Alain SERRIE, Paris, Nicolas FABRE, Toulouse, Alain WODA, Clermont-Ferrand*
- 15h00 - 15h20** Pause

Diagnostic différentiel de la névralgie essentielle

- 15h20 - 15h40** **Névralgies du glosso-pharyngien : Particularités cliniques et thérapeutiques**
Serge BLOND, Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur, CHU de Lille
- 15h40 - 16h20** **Névralgies trigéminales secondaires : Particularités cliniques et thérapeutiques**
Dominique VALADE, Centre d'Urgence des Céphalées, Hôpital Lariboisière, Paris
- 16h20 - 17h00** **Les algies trigémino-dysautonomiques : Particularités cliniques et thérapeutiques**
Gérard MICK, Unité Douleur, Voiron - Malou NAVEZ, Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur, CHU de Saint-Etienne

Cours Supérieur n°2

Samedi 15 novembre 2003 9h00 - 17h00

Placebo et effet placebo

Amphithéâtre Gaston Berger

Animateurs : François CESSELIN et Paul PIONCHON



- 9h00 - 09h45** **Placebo et effet placebo : une introduction**
Jean BRUXELLE, Centre d'Évaluation de Traitement de la Douleur, Hôpital Cochin, Paris
Discussion
- 9h45 - 10h30** **Placebo et effet placebo : mécanismes**
Fabrizio BENEDETTI, Département de Neurosciences, Université de Turin, Italie
Discussion
- 10h30 - 11h00** Pause
- 11h00 - 11h45** **Placebo et effet placebo : l'interprétation du comportementaliste**
Philippe OBERLING, Institut de Physiologie, INSERM U 405, Strasbourg
Discussion
- 11h45 - 13h45** Déjeuner
- 13h45 - 14h15** **L'utilisation de placebos dans le traitement de la douleur : résultats d'une enquête préliminaire en milieu hospitalier**
*Colette BATY : CLUD Hopital Robert Debré, CHU REIMS,
Jean-Claude FONDRAS, Service Douleur et Soins Palliatifs,
Centre Hospitalier Jacques Cœur, Bourges*
Discussion
- 14h15 - 14h45** **Placebo et effet placebo dans la prise en charge de la douleur : sa perception par les soignants**
*Frédéric BLOCH, Service de Gériatrie, Hôpital Broca, Paris.
Gabriel ABITBOL Service de Gériatrie et Equipe Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs, Hôpital Broca, Paris.
Bernadette LE NOUVEL, Equipe Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs, Hôpital Broca, Paris
Paulette FERLENDER, Espace éthique, Hôpital Saint-Louis, Paris
Alice TELLIER, Département d'hématologie et d'oncologie médicale, Hôtel-Dieu, Paris.*
Discussion
- 14h45 - 15h15** Pause
- 15h15 - 16h00** **Placebo et effet placebo : le point de vue de l'anthropologue**
Sylvie FAINZANG, INSERM, Cermès, Villejuif
Discussion
- 16h00 - 16h45** **Douleur et placebo : une réflexion éthique**
Christian HERVE, Laboratoire d'Éthique Médicale et de Santé Publique, Université René Descartes, Paris 5
Discussion
- 16h45 - 17h15** **Discussion Générale**

Tous les posters sont affichés pendant les 3 jours du Congrès dans la zone d'exposition. Ils seront également publiés dans le supplément de la Revue "Douleurs, Evaluation – Diagnostic – Traitement".

La ville indiquée entre parenthèses correspond à la ville du 1er auteur de la communication

Cas Cliniques : Céphalée

- CC1** Douleurs des ostéoradionécroses, (ORN) mandibulaires
F. Natali, L. Bonne (Brest Naval)
- CC2** Deux cas d'angiopathie du post-partum associée à des dissections artérielles
M. Sarov, A. Ducros, R. Djomby, C. Roos, M. Gizzi, I. Malissin, D. Valade (Paris)
- CC3** Un cas de fistule carotido-caverneuse bilatérale
M. Sarov, A. Ducros, R. Djomby, C. Roos, M. Gizzi, I. Malissin, D. Valade (Paris)

Cas Cliniques : Douleur neuropathique

- CC4** Cruralgie post opératoire
F. Riaux-Marcaillou, P. Picard, A. Eschalièr (Clermont-Ferrand)
- CC5** Douleurs iatrogènes sévères par lésions des nerfs saphène et sural au cours de l'éveinage
Y. Raffray, A. Langlade (Paris)

Cas cliniques : Enfant

- CC6** Première expérience de l'utilisation du MEOPA pour la réalisation d'une radiothérapie cérébrale de haute précision : la protonthérapie.
L. Feuvret, G. Noël, E. Brune, I. Clarac, C. Gautier, F. Lacroix, C. Wood, J. Mazon (Orsay)

Cas cliniques : Gériatrie

- CC7** A propos d'un cas de potentialisation d'effets antalgique et toxique, entre fentanyl/calcitonine en gériatrie
D. Lhuillery, A. Saraux-Bonneton, O. Parent De Curzon (Paris)
- CC8** Application du TENS (stimulation électrique transcutanée) chez une patiente avec démence d'étiologie vasculaire. Pertinence et perspectives. Cas clinique
T. Joiris, D. Libbrecht, G. Vallem (Liège, Belgique)

Cas cliniques : Psychologie

- CC9** Douleurs post-opératoires et relaxation thérapeutique : ou quand la douleur ne trouve plus d'explication somatique...
N. Clément-Hryniewicz (Paris)
- CC10** Intérêt d'une approche hypnothérapeutique dans la prise en charge des douleurs présumées iatrogènes – A propos d'un cas associant douleurs abdominales chroniques, interventions itératives et corps étranger intra péritonéal méconnu –
P. Delpy, F. Honoré, F. Moncoucy (Bayonne)

Cas cliniques : Rhumatologie

- CC11** Prise en charge de la douleur dans la maladie de Ehlers-Danlos du jeune adulte : exemple à partir d'un cas clinique
I. Franco, H. Plauchu, B. Biot, V. Chaléa-Valayer (Lyon)

Travaux originaux : Assurance-qualité

- T01** Automédication d'antalgiques et conseil officinal
G. Pickering, C. Cottet, A. Eschalier, J. Fialip (Clermont-Ferrand)
- T02** Equipe Mobile Antalgie et Soins Palliatifs : la gestion de la douleur en Gériatrie, quelles perspectives ?
L. Campana, H. Guisado, E. Cabotte, M. Balahoczky, D. Ducloux, F. Jan-Iwaniec, P. Le Lous, S. Pautex (Genève, Suisse)
- T03** La consultation infirmière spécifique de NeuroStimulation Transcutanée :
Enquête de satisfaction auprès des patients
P. De Bonville, L. Douay, F. Leclercq, V. Soriot, E. Serra (Amiens)
- T04** Divergences d'opinion entre les personnels médicaux et paramédicaux sur la prise en charge de la douleur dans un CHU
M.C. Cler, B. Manissol, A. Bourdis, C. Gianola, O. Bourgin, B. Lietard (Saint-Etienne)
- T05** Enquête patient sur leur vécu douloureux périopératoire
G. Carrot (Saint-Etienne)
- T06** Douleurs et kinésithérapie. Enquête auprès de masseurs kinésithérapeutes des Hôpitaux d'Instruction des Armées
P.H. Haller, B. Ceccaldi (Malakoff)

Travaux originaux : Céphalée

- T07** Efficacité d'élétriptan dans le traitement aigu de la migraine après échec des AINS
R. Macalintal-Canlas, S.H. Lim, Y.C. Chia, S.J. Wang, J. Hettiarachchi, A. Grün-Overdyking, N. Pineau (Makati, Philippines)
- T08** Tolérance à long terme d'élétriptan 40mg, (E40) et 80mg, (E80) dans le traitement aigu de la migraine
E. Loder, A. Beckmann-Rheinholdt, J. Hettiarachchi, A. Grün-Overdyking, N. Pineau (Boston, USA)
- T09** Effets sur la qualité de vie de la relaxation et de l'hypnose en traitement de fond chez l'enfant migraineux : étude randomisée contrôlée (résultats préliminaires)
I. Celestin Lhopiteau, R. Amouroux, B. Tourniaire, A. Tonnelli, D. Annequin (Paris)
- T010** Efficacité de la relaxation et de l'hypnose en traitement de fond chez l'enfant migraineux : étude randomisée contrôlée (résultats préliminaires)
D. Annequin, I. Celestin Lhopiteau, R. Amouroux, B. Tourniaire, A. Tonnelli (Paris)
- T011** Amélioration du vécu du sevrage des céphalées par abus médicamenteux à l'aide d'alternative aux médicaments
B. Pandraux, M. Fumex, C. Creache, M. Cancade, D. Baylot, M. Navez (Saint-Etienne)
- T012** Céphalées isolées révélatrices de dissections des artères cervicales
I. Malissin, A. Ducros, R. Djomby, C. Roos, M. Sarov, M. Gizzi, D. Valade (Paris)
- T013** Mignurse : migraine et infirmiers en France
P. Couillet, M. Lantéri-Minet (Nice)

Travaux originaux : Douleur et cancer

- T014** Gestion de la douleur dans les cancers de la prostate d'après l'expérience du centre de traitement de la douleur de la Rabta, Tunisie. Etude retrospective 1997-2002
S. Hajji -Zarrouk, M. Abdelmoula, M. Belkadhi, M. Haddad -Triguy (Tunis, Tunisie)
- T015** Ketorolac intrathécal pour le traitement des douleurs cancéreuses rebelles
M. Lalot, B. Le Polain, P. Lavand'homme (Bruxelles, Belgique)
- T016** Utilisation de la morphine dans la prise en charge de la douleur cancéreuse chronique par les médecins généralistes : quelles évolutions ?
C. Lefranc, J.M. Gomas (Paris)

Travaux originaux : Douleur liée aux soins

- T017** Evaluation des gestes algogènes en réanimation
V. Dujardin, V. Elhorga, S. Larcher, S. Lemonnier, E. Pichard, B. Raynard (Villejuif)
- T018** Analgésie sous rémifentanil en réanimation respiratoire
E. Magois, I. Mayeux-Marquilly (Amiens)
- T019** Analgésie péribulbaire pour la chirurgie du décollement de rétine
J. Morel, J. Pascal, P. Martin, V. De Pasquale, D. Perret, M. Roussier, M. Navez, C. Auboyer (Saint-Etienne)
- T020** Analgésie par bloc du nerf mandibulaire en chirurgie carcinologique ORL.
F. Plantevin, J. Pascal, M. Roussier, V. De Pasquale, D. Perret, M. Navez, C. Auboyer (Saint-Etienne)
- T021** Douleurs liées aux soins : enquête auprès de 671 patients hospitalisés dans deux établissements parisiens
A. Coutaux, L. Salomon, A.S. Baccard, M. Binhas, C. Quiertant, M. Rosenheim, E. Collin, P. Bourgeois (Paris)

Travaux originaux : Douleur neuropathique

- T022** Réduction à long terme de la zone d'allodynie après infusions continues de Ropivacaïne 2 mg/ml chez des patients souffrant de SDRC de type II
D. Péronnet, T. Berthier (Mâcon)
- T023** Application d'une nouvelle technique électro-physiologique dans l'exploration des radiculalgies chroniques
N. Zrek, H. Khemliche, O. Varnet, F. Bour, J. Glowinski, F. Cheliout-Heraut (Gonesse)
- T024** Thoracotomies : de la douleur postopératoire à la douleur chronique neuropathique
V. Guastella, C. Soriano, A. Eschalier, G. Escande (Cebazat)

Travaux originaux : Douleur et urgence

- T025** Traçabilité de l'évaluation de la douleur au SMUR : évolution
A. Queffelec, K. Milojevic, R. Ruiz, C. Broche, J. Cléro, E. Pereira, I. Chassagnol, Y. Lambert (Le Chesnay)
- T026** Continuité de l'analgésie-sédation entre SMUR et Réanimation
C. Broche, K. Milojevic, R. Ruiz, C. Schmit, F. Gandon, L. Berton, J.L. Ricome, Y. Lambert (Le Chesnay)

- T027** Douleur thoracique en SMUR ; évolution des scores EVA - effet des dérivés nitrés
K. Milojevic, C. Broche, C. Dubois-Richard, P. Michel, A. Queffelec, P. Nédelec, L. Arassus, Y. Lambert (Versailles)
- T028** Évolution de la douleur en pathologie traumatique pré-hospitalière
K. Milojevic, I. Chassagnol, P. Michel, A. Queffelec, M.C. Bembaron, J. Cléro, L. Arassus, Y. Lambert (Versailles)
- T029** Quelle échelle d'évaluation de la douleur pour les urgences ?
L. Douay, G. Coste, P. Miroux, P. Mayeur, E. Serra, B. Nemitz (Amiens)
- T030** La douleur aux urgences : étude prospective dans 18 centres hospitaliers du réseau régional douleur en Basse Normandie
D. Harel, C. Le Gal, C. Delorme, P. Thibon, N. Boyer, C. Leroux, F. Prevost (Bayeux)

Travaux originaux : Enfant

- T031** Dire la douleur chez l'enfant : Problème d'élaboration conceptuelle ou problème d'interaction dialogique ?
D. Jacquet, M. Zabalia, S. Paisant (Caen)
- T032** L'efficacité et la sécurité de l'analgésie contrôlée par le patient-parent-infirmier(e), (PPNCA) chez les enfants : résultats d'une étude prospective
P. Meyer, W. Habre, B. Mugnier, R. Greenberg, C. Mamie, M. Pellegrini, A. Cahana (Genève, Suisse)
- T033** Comment les parents évaluent l'hospitalisation de jour après chirurgie ambulatoire ORL pédiatrique ?
R. Amouroux, R. Gooze, D. Cohen-Salmon, P. Cimerman, D. Annequin (Paris)
- T034** La prise en charge de la douleur en chirurgie ambulatoire ORL pédiatrique a-t-elle des conséquences sur le comportement de l'enfant dans la semaine suivant l'intervention ?
R. Amouroux, R. Gooze, D. Cohen-Salmon, P. Cimerman, D. Annequin (Paris)

Travaux originaux : Evaluation

- T035** Impact de l'utilisation des échelles d'évaluation de la douleur sur le soulagement des patients douloureux chroniques
D. Pouchain, D. Huas, B. Gay, B. Avouac, G. Bouvenot (Créteil)
- T036** Utilisation spécifique d'un nouvel outil, le Pain Matcher pour l'évaluation des antalgiques chez le sujet volontaire sain
G. Pickering, M. Estrade, M. Bardin, C. Chassaing, C. Dubray (Clermont-Ferrand)

Travaux originaux : Gériatrie

- T037** Vieillesse et stratégies d'ajustement à la douleur
C. Aguerre, S. Bonnin-Scaon, G. Chasseigne, I. Vannier (Tours)
- T038** Enquête prospective en gérontologie sur l'utilisation des morphiniques
M. Folgoas-Simon, E. Serra, I. Bresson-Raynaud (Montataire)

Travaux originaux : Psychologie

- T039** Plaintes douloureuses post-opératoires et représentation de la maladie après pontage coronarien
H. Campelli, N. Clément-Hryniewicz, J.N. Fabiani, A. Deloche, S.M. Consoli (Paris)
- T040** Modulation de la douleur par son anticipation. Variables explicatives
J. Vinson, C. Créac'h, R. Peyron, B. Laurent, L. Garcia-Larréa, P. Convert (Saint-Etienne)

Travaux originaux : Recherche pré-clinique

- T041** Action du sumatriptan sur le recrutement mastocytaire intrathalamique chez le rat
D. Dubayle, J. Servièrre, M. Lantéri-Minet, D. Menétrey (Paris)
- T042** Contenus sérotoninergiques des mastocytes cérébraux thalamiques et méningés
D. Menétrey, J. Servièrre, M. Lantéri-Minet, D. Dubayle (Paris)
- T043** Mécanisme d'action cholinergique de la clonidine et du ST 91 dans un modèle de douleur aiguë postopératoire
F. Duflo, J.C. Eisenach, D. Chassard (Lyon)
- T044** Effets sur le système nerveux autonome des injections centrales de doses picomolaires de corticolibérine chez la truite
N. Mimassi, F. Lancien, J.M. Conlon, J.C. Le Mevel (Brest)
- T045** Etude expérimentale des voies de la nociception chez le fœtus d'agneau
S. Dalmas, S. Bresson-Just, V. Houfflin-Debarge, F. Elbaz, S. Jaillard, R. Krivosic-Horber, Y. Riou, L. Storme (Lille)

Travaux originaux : Rhumatologie

- T046** Enquête sur la prise en charge de la douleur de l'appareil locomoteur en médecine générale : étude DOMPT
D. Pouchain, N. Attal, A. Langlade, J. Meynadier (Issy-les-Moulineaux)
- T047** Traitement chirurgical de la tendinopathie rotulienne chronique chez le sportif. Résultats à distance et reprise du sport
L. Savalli, P. Puig, T. Trouvé (Cap Breton)
- T048** Prévalence de la Douleur en Rééducation
B. Veys, F. Vertrez, O. Remy Neris, A. Cotrel, S. Blond (Berck-sur-Mer)
- T049** Traitement des cervicalgies chroniques par injection radioguidée péri-facettaire de produit cortisoné : étude rétrospective chez 42 patients
N. Delaunay, F. Courtheoux, C. Delorme, C. Marcelli (Bayeux)
- T050** Enquête : " Regards sur la Polyarthrite Rhumatoïde (PR) ". I. Conséquences physiques, psychiques et sociales de la maladie
J.M. Le Parc, J. Pouchot, P. Sichère, I. Guillou, Association Française Des Polyarthritiques (Paris)
- T051** Enquête : " Regards sur la Polyarthrite Rhumatoïde (PR) ". II. Comparaison des perceptions du vécu de la maladie par les patients avec celles de leur médecin et d'un proche
J.M. Le Parc, J. Pouchot, I. Guillou, P. Sichère, Association Française Des Polyarthritiques (Paris)
- T052** Intérêt de l'utilisation de la Kétamine par voie intra veineuse dans les Syndromes Douloureux Régionaux Complexes de type I
A. Bera Louville, B. Veys, N. Buisset, D. Devillers, F. Vertrez, M.C. Defontaine, S. Blond (Lille)

Expérience professionnelle : Evaluation

- EP1** ALGOVIGILANCE - Système de surveillance rapprochée du patient douloureux chronique, en période d'équilibration. Appel à participation
N. Boisseau, N. Memran (Nice)
- EP2** Fiche d'évaluation et de suivi de la douleur dans la vie quotidienne au cours des maladies neuromusculaires
Y. Raffray, M. Baticle, A.F.M. (Groupe Douleur) (Paris)
- EP3** Evaluation d'une consultation de la douleur chronique: A propos de 300 dossiers
P. Vergne-Salle, F. Laval, P. Bertin, R. Grilo, D. Coyral, C. Bonnet, R. Trèves (Limoges)
- EP4** Aspects méthodologiques liés à l'utilisation des tests psychophysiques pour l'évaluation des médicaments antalgiques
G. Pickering, C. Chassaing, M. Estrade, S. Eschalier, S. Bouillau, M. Bardin, C. Dubray, (Clermont-Ferrand)
- EP5** Attitudes et réactions d'une équipe en soins palliatifs après l'introduction de techniques d'antalgie interventionnelle: Résultats d'une enquête
L. Robert, S. Pautex, M. Diby, P. Mavrocordatos, A. Cahana (Genève, Suisse)
- EP6** Etude sur l'évaluation des pratiques de prise en charge de la douleur en médecine libérale
J. Bally, C. Delval, S. Merle, P. Rey, R. Helenon, R. Robinel, J. Nuissier, D. Pontat (Fort-de-France)

Expérience professionnelle : Formation

- EP7** Fiche pratique pour la mise en place d'un traitement par les morphiniques. Equivalences d'utilisation des morphiniques. Utilisation de la Naloxone.
M.T. De Kergariou Briand (Morlaix)
- EP8** Deux démarches parallèles réunies pour un programme d'amélioration de la qualité, (PAQ) douleur
N. Muratet, C. Chamayou, V. Horak, J.P. Delmas, A. Coumes, N. Fournials (Albi)
- EP9** Mise en place d'un protocole institutionnel d'utilisation du MEOPA et de sa procédure pédagogique de formation du personnel
N. Roux, P. Delassus, C. Pioline, L. Morvan (Caen)
- EP10** Formation à l'utilisation du Mélange Equimoléculaire Oxygène-Protoxyde d'Azote (MEOPA) dans un service d'odontologie
P. Rey, J. Bally, H. Fagour (Fort-de-France)
- EP11** "Au fil de la vie... : la douleur" Film à séquences d'une durée de 30 minutes.
H. Marouani, N. Shifman, S. Hazan, A. Weinbroum (Tel-Aviv, Israël)

Expérience professionnelle : Organisation

- EP12** Consultation d'algologie spécialisée dans l'évaluation et le traitement de la douleur du sujet âgé avec troubles cognitifs et du patient dément. Insertion au sein d'un hôpital de jour psychogériatrique.
T. Joiris, G. Charlier, J. Silvello, F. Charlier, G. Vallem (Liège, Belgique)
- EP13** Aménagement d'un point accueil douleur avec consultation infirmière "au Centre Paul Papin"
M. Mege, E. Buffard, M. Racineux, V. Guerin-Meyer, C. Marteau (Angers)
- EP14** Prise en charge du patient douloureux dans un Centre National de Radiothérapie
H. Mecellem, S. Cornaro, C. Hindahl-Rios, N. Kipgen, Y. Lassen-Ramshad, R. Origer, F. Schroeder, M. Untereiner (Esch sur Alzette, Luxembourg)
- EP15** Utilisation de l'unité de douleur aiguë au delà de ses raisons d'existence et changements d'attitude thérapeutique
H. Marouani, L. Arbel, S. Hazan, A. Weinbroum (Tel-Aviv, Israël)
- EP16** TENS: la place de l'IDE
P. De Bonville, L. Douay, F. Leclercq, V. Soriot, E. Serra (Amiens)
- EP17** Infirmière ressource douleur au sein d'un établissement hospitalier général: deux années d'expérience
C. Bisson, M. Ducouret, C. Delorme (Bayeux)
- EP18** Réseau régional en Basse-Normandie (RRDBN) : deux ans d'existence, et l'avenir?
C. Delorme Morin, A. Le Chevalier, F. Stefani, T. Rombaut, C. Le Gal, C. Thiberge, C. Bisson (Bayeux)
- EP19** La prise en charge de la douleur de l'enfant dans les services de pédiatrie : l'état des lieux en Basse Normandie
C. Thiberge, C. Delorme, A. Le Chevalier (Bayeux)
- EP20** Prise en charge de la douleur postopératoire dans un centre de chirurgie ambulatoire
J. Esposito, C. Bourdallé-Badie, F. Gadrat, F. Sztark (Bordeaux)

Expérience professionnelle : Techniques thérapeutiques

- EP21** Le débriefing psychologique en situation de crise
A. Bioy, I. Nègre (Le Kremlin-Bicêtre)
- EP22** Hypnose pré-opératoire : un outil de prévention primaire de la chronicisation douloureuse (revue de la littérature)
J.M. Le Borgne, K. Kaczmarek, E. Serra (Laon)
- EP23** Mise en place du Kalinox dans le cadre de la prise en charge de la douleur provoquée par les soins chez l'adulte.
L. Arassus, N. Joseph Naud, K. Lobjoit, S. De Werbier (Saint-Germain-en-Laye)
- EP24** Administration du Mélange Equimoléculaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote (MEOPA) : protection du personnel soignant
N. Commun, F. Souël, C. Coudane, E. Lartois, P. Longchamp, C. Cornet (Nancy)
- EP25** PCA : réticences à son utilisation et solutions éventuelles
B. Havet, C. Renaux, A. Le Chevalier, C. Bisson, J. Garrigoux, I. Lepleux, C. Thiberge (Bayeux)

Jury du Prix Poster

Serge BLOND, Neurochirurgien, Lille

Gérard CUNIN, Anesthésiste, Paris

Marie-Claude DEFONTAINE-CATTEAU, Psychologue, Lille

Bernard FLEITER, Chirurgien-dentiste, Paris

Daniel LE BARS, Chercheur Fondamentaliste, Paris

Evelyne MALAQUIN-PAVAN, Infirmière, Paris

TOUTES LES SALLES SONT ÉQUIPÉES POUR UNE PROJECTION ASSISTÉE PAR ORDINATEUR

- votre ordinateur portable n'est pas autorisé dans les salles
- il n'y a pas de projection de diapositives, ni vidéo VHS ou Béta
- tous vos documents doivent être formatés pour PC
- Si la version que vous avez adressée au Secrétariat Douleur 2003 C/o Colloquium avant la manifestation est provisoire, merci de vous présenter en pré-projection muni d'une disquette, d'un ZIP ou d'un CD-Rom la demi journée qui précède votre intervention ou dès 7h30 pour les orateurs de la séance plénière du jeudi matin. Vous pourrez ainsi, si vous le souhaitez, effectuer quelques corrections sur la présentation que vous nous aurez envoyée par avance.

SUPPORTS AUTORISÉS (FORMATÉS PC)

- disquette 3"1/2
- CD-Rom
- ZIP 100 ou 250 mégas
- Disque dur externe USB

LOGICIELS AUTORISÉS

- Présentations : format PowerPoint (97, 98 ou 2000, 2001 ou format XP-2002)
- Images : formats jpg, .gif, .tif, ou .bmp (format .pict non accepté)
- Fichiers vidéo intégrés à votre présentation : formats .mpg, .mpeg, .avi (formats mov –quicktime – non acceptés – merci de convertir votre fichier au format avi).
- Les nouveaux formats DIVX (6 et supérieur) ne sont pas autorisés.
- N'oubliez pas de joindre votre fichier vidéo en plus de votre présentation PowerPoint

SALLE DE PRÉ-PROJECTION

- Elle est située à l'accueil du Congrès – Centre des Congrès de la Villette

Heures d'ouverture :

Jeudi 13 novembre : 7h30 – 18h30

Vendredi 14 novembre : 8h00 – 18h00

Samedi 15 novembre : 8h30 – 17h00



DATES ET LIEUX

- Le Congrès Douleur Paris La Villette 2003, 3^{ème} Congrès annuel de la STED, Société d'Etude et de Traitement de la Douleur, Chapitre français de l'IASP, se tiendra les jeudi 13, vendredi 14 et samedi 15 novembre au Centre des Congrès de la Villette, à Paris. (Métro ligne 7, station : Porte de la Villette)

RENSEIGNEMENTS – INFORMATIONS

- **Secrétariat du Congrès (organisation générale, logistique, inscriptions, hébergement) :**
Douleur 2003 C/O Colloquium – Philippe Brégaïnt, 12 rue de la Croix-Faubin, 75011 Paris
tel : +33 1 44 64 15 15 – fax : +33 1 44 64 15 16 – email : douleur@colloquium.fr
- **Secrétariat Administratif de la STED : Pascaline Lavalade**
Hôpital Pasteur, Département de la Douleur, 30 avenue de la Voie Romaine, BP 69, 06002 Nice Cedex 1
tel : +33 4 92 03 79 46 – fax : +33 4 92 03 84 69 – email : sofradol@club-internet.fr
- **Centre des Congrès de la Villette :**
30 avenue Corentin Cariou, 75019 Paris – Tel : 01 40 05 77 51 – Fax : 01 40 05 77 81
site internet : www.cite-sciences.fr

ACCUEIL SUR PLACE

- L'accueil est ouvert tous les jours à partir de 8h00 dans le Centre des Congrès de la Villette. Le numéro de téléphone pour laisser un message à un participants est le 01 40 05 77 51

BADGES et CONTROLE D'ACCES

- Le port du badge est obligatoire dans l'enceinte du Centre des congrès de la Villette.

Badges	Blancs	Membres SETD
	Jaune	Non membres
	Bleu	Infirmières, Kinésithérapeutes, Psychologues
	Noir	Étudiants
	Vert	Exposants
	Rouge	Organisation
- Pour les cours supérieurs du samedi 15 novembre, il est indispensable de présenter votre carton contrôle à l'entrée de la salle, afin de retirer le livre du cours
- Pour les sessions GTS du vendredi matin, merci de remettre à nos hôtes, votre carton d'identification complété en sortant de la session.

SOIREE DU CONGRÈS AU RESTAURANT « TOUPARY »

Vendredi 14 novembre 2003, à 20h30

- Les participants sont invités à se rendre au restaurant Touparry, 2 quai du Louvre, Paris 1er, en métro (Ligne 7 - direct à partir de Porte de la Villette – Arrêt : Pont-Neuf – environ 20 minutes) ou en taxi. Votre carton d'invitation vous sera demandé à l'entrée. Des bus partiront à 20h00 devant l'hôtel Forest-Hill la Villette. A la fin de la soirée, des retours en bus seront organisés vers La Villette dans les hôtels officiels du congrès. Cette soirée est optionnelle et le nombre de places est limité. Prix 50 €

WEB VILLAGE

- Le nouveau site Internet de la SETD www.setd-douleur.org sera présenté pendant toute la durée du congrès sur le stand " Web Village " situé au cœur de l'exposition. Des animations vous seront présentées régulièrement sur cet espace et un e-mail center y sera également à votre disposition.

POSTERS

- Les communications acceptées par le Comité scientifique du congrès sont toutes affichées pendant 3 jours dans la zone de l'exposition. Il est demandé aux auteurs de respecter la numérotation et d'afficher leur poster sur le panneau correspondant. Les éléments de fixation vous seront remis à l'accueil sur demande.

COMMENT ADHERER A LA SETD ?

- Le bulletin d'adhésion est à demander au secrétariat administratif de la SETD., ou sur le stand pendant le Congrès. Les demandes d'adhésion sont nominatives. Il est obligatoire d'être parrainé par deux membres titulaires. Pour plus de renseignements, vous pouvez contacter Pascaline LAVALADE au secrétariat administratif de la SETD, tel : 33 4 92 03 79 46, fax : 33 4 92 03 84 69, e-mail : sofradol@club-internet.fr

NUMERO FORMATEUR DE LA SETD

- Le numéro de formateur de la SETD est le 117 535 861 75. Les montants des droits d'inscriptions peuvent être imputés sur les budgets de formation des entreprises ou des établissements hospitaliers.

HEBERGEMENT

- Vous trouverez ci-dessous les coordonnées des hôtels officiels du congrès :

CODE HOTEL	NOM	ADRESSE	TEL	PRIX	
				Single	Double
1	CLARION SAINT JAMES Et ALBANY	202 rue de Rivoli 75001 PARIS	01 44 58 43 01	218,00	218,00
2	FOREST HILL	23 avenue Corentin Cariou 75019 PARIS	01 46 30 22 55	105,00	105,00
3	KYRIAD PARIS LA VILLETTE	47-153 rue de Flandre 75019 PARIS	01 44 72 46 46	65,00	72,00
4	IBIS PARIS LA VILLETTE	31-35 Quai de l'Oise 75019 PARIS	01 40 38 04 04	65,00	71,00



Réservez
vos dates...

 **Doulleur**
MONTPELLIER 2004
4^e Congrès annuel de la SETD
Doulleur et Mémoire

Le Corum Montpellier
du 18 au 20 novembre
2004

DOULEUR IATROGÈNE : ASPECTS FONDAMENTAUX ET PERSPECTIVES CLINIQUES

01 – Épidémiologie des douleurs iatrogènes

E. Collin, Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris

Si la prise en charge de la douleur s'est améliorée durant ces dix dernières années, la préoccupation des professionnels de santé vis-à-vis de la prévention des douleurs iatrogènes paraît relativement récente, comme en témoigne la pauvreté du nombre de publications dans ce domaine.

Les douleurs iatrogènes comprennent des douleurs :

Aiguës ou subaiguës, éventuellement répétitives voire quotidiennes

- induites par les soins, des gestes à visée diagnostique ou thérapeutique,
- inhérentes à des traitements (chirurgicaux, pharmacologiques),
- Tardives, séquelles de certains traitements
- pharmacologiques,
- chirurgicaux,
- par radiothérapie.

Les données épidémiologiques publiées sont parcellaires et variables en quantité et en qualité selon les différentes catégories de douleurs susmentionnées. Par exemple, si une étude (1) a montré qu'environ 35 % des patients hospitalisés " un jour donné " déclarait avoir eu mal lors d'un geste ou un soin, aucune information n'est disponible sur la qualité, la fréquence et l'intensité de ces douleurs. L'état des lieux effectué par plusieurs Comités de Lutte contre la Douleur (CLUD) et une enquête multicentrique en cancérologie réalisée par la SOFRES permettent néanmoins d'esquisser un premier bilan dans ce champ de l'iatrogénie. Par ailleurs, une synthèse des publications existantes sur les douleurs iatrogènes immédiates et retardées provoquées par certains traitements sera présentée.

L'ensemble des résultats sera discuté ainsi que la nécessité impérieuse d'études épidémiologiques dans ce champ de la douleur pour confirmer, ou infirmer, les idées souvent préconçues des professionnels de santé. Plus que d'une nouvelle préoccupation, il faudra sans doute un changement radical dans la conception même de la pratique de notre métier, qui concernera l'ensemble des professionnels de santé.

Référence bibliographique :

1. L. Salomon, S. Tcherny, E. Collin, A. Coutaux, M. Lévy-Soussan, M. C. Légeron, P. Bourgeois, F. Cesselin, G. Desfosses and M. Rosenheim Pain prevalence in a French teaching hospital. *J. Pain Symptom. Manage.*, 24: 586-592, 2002.

02 – Conditionnement et douleur

Annabel Wunsh et Leon Plaghki, Université catholique de Louvain, Belgique

Dans le contexte du syndrome de douleur chronique, deux formes d'apprentissage associatif ont été fréquemment évoqué : le conditionnement classique ou pavlovien [4] et le conditionnement instrumental [8]. Cependant, les preuves expérimentales directes en faveur d'une influence de ces processus d'apprentissage associatif sur le traitement de l'information nociceptive chez l'homme sont très rares [3]. Nous proposons au lecteur une brève revue de la littérature [12], un résumé de nos récents travaux expérimentaux [11, 12] dans ce domaine et les conséquences de ces acquis sur le plan clinique.

Rappel de quelques notions de base

L'apprentissage associatif relie des événements (contingent) entre eux.

On distingue deux types :

- *Le conditionnement classique (pavlovien) repose sur l'association contingente d'un stimulus (stimulus inconditionnel, SI) qui provoque*

une réponse non apprise (réponse inconditionnelle, RI) avec un second stimulus (stimulus conditionnel, SC) qui naturellement ne provoque pas cette réponse. Le SI prédit le SC et évoque une réponse apprise, la réponse conditionnée (RC).

- *Le conditionnement instrumental se distingue du précédent par le fait que le sujet apprend à associer (contingences de renforcement) une réponse (action contingente) à un stimulus significatif, habituellement une récompense. Ce conditionnement se produit aussi si la réponse a pour but d'éviter un stimulus pénible (renforcement négatif, punitif ou aversif), au lieu d'avoir pour but d'obtenir un stimulus agréable (renforcement positif ou appétitif). Le renforcement aversif va normalement décroître la probabilité d'une réponse instrumentale, le renforcement appétitif va l'accroître. La motivation joue donc un rôle important dans le conditionnement instrumental.*

Tous les renforcements ont à la fois des attributs sensoriels et affectifs ou motivationnels (pour une lecture approfondie [9]). Les attributs sensoriels sont évidemment propres à chaque type de renforcement et ils déterminent la nature des RI. Mais les attributs affectifs, qui sont responsables des propriétés de renforcement des SI, ne peuvent être divisés qu'en deux grandes catégories - appétitif et aversif. Tous les renforcements appétitifs ont les mêmes attributs affectifs et éveillent un état central commun de motivation appétitive; de manière similaire, tous les renforcements aversifs activent un état central commun de motivation aversive. Selon le modèle proposé par Konorski [5] chacun de ces états motivationnels est supposé exercer un effet inhibiteur sur l'autre. Une élévation de l'activité dans le système appétitif entraîne nécessairement une diminution de l'activité dans le système aversif, et vice-versa. De même, la présentation d'un renforcement appétitif devrait réduire certains effets d'un renforcement aversif, et vice-versa. D'autre part, la présentation d'un SC préalablement associé à un renforcement appétitif devrait contrarier les effets d'un SC préalablement associé à un renforcement aversif.

Mais pour mieux comprendre le rôle de l'apprentissage associatif dans la perception de douleur nous devons encore faire appel à deux notions moins bien connues : le contre-conditionnement et le conditionnement évaluatif (ou affectif).

Un stimulus nociceptif (SI) évoque des réponses nociceptives (RI) ; la nociception est une qualité innée, elle ne requiert pas d'expérience antérieure. Par la procédure de conditionnement pavlovien, des stimulus antérieurement neutres (SC) peuvent par association contingente se substituer au stimulus nocif (SI) pour évoquer une réponse nociceptive conditionnée (RC). Cependant, par une procédure de contre-conditionnement, des stimulus antérieurement aversifs (SI) peuvent évoquer une réponse appétitive (RC). En d'autres termes, lorsque des SI de motivation contraire sont systématiquement associés (p. ex. un choc électrique aversif et un stimulus appétitif comme la nourriture), le stimulus nociceptif peut alors induire une réponse appétitive (salivation) au lieu d'une réponse de défense (réflexe de retrait).

Le traitement sensoriel des stimulus nociceptif est aussi soumis à l'impact affectif d'autres expériences positives et négatives qui leur sont contiguës. La simple association contingente de stimulus neutres (images, odeurs) avec des stimulus appétitifs ou aversifs (images ou odeurs plaisantes ou déplaisantes) est suffisante pour transférer leur valence affective vers le stimulus neutre. Ce processus opère de manière inconsciente car les sujets sont incapables d'identifier a posteriori l'association des stimulus. Le conditionnement évaluatif réfère donc au processus par lequel une réaction évaluative (comportements d'approche ou d'évitement) évoquée normalement par un stimulus inconditionnel (SI) est transférée à un stimulus préalablement neutre (SC) après que celui-ci ait été associé de façon contingente au SI.

Influence de variables affectives/motivationnelles sur le traitement de l'information nociceptive.

Habituellement, les stimulus nociceptifs sont considérés comme des SI parce que la nociception est une qualité inhérente, elle ne requiert pas

d'expérience antérieure. Toutefois, le traitement sensoriel des stimulus nociceptifs est aussi soumis à l'impact affectif d'autres expériences positives et négatives qui leur sont contiguës. Dès lors il nous a semblé intéressant de considérer les stimulus nociceptifs non pas comme des SI mais comme des SC qui ont la particularité de ne pas être "neutres" au départ.

Comme nous l'avons introduit dans le paragraphe précédent, les propriétés motivationnelles qui caractérisent les stimulus sont sous-tendues par deux systèmes centraux séparés, responsables des comportements appétitifs et aversifs. L'intensité des comportements appétitifs ou aversifs serait ainsi déterminée par le niveau d'activité dans le système correspondant. Par conséquent, les manipulations conçues pour augmenter l'activité dans le système défensif, tel que présenter un SI ou SC aversif, devraient augmenter l'intensité du comportement défensif, tandis que la présentation d'un inhibiteur aversif (un SI ou SC appétitif) devrait réduire l'intensité du comportement défensif. Dès lors nous avons formulé l'hypothèse que le caractère aversif de stimulus douloureux devrait être renforcé si ceux-ci sont associés à des événements désagréables. De plus, il est bien connu que des stimulus aversifs peuvent facilement inhiber des comportements appétitifs, alors qu'il est plus difficile d'inhiber des comportements aversifs avec des stimulus appétitifs. Par conséquent, nous émettions également l'hypothèse qu'il devrait être plus facile d'augmenter le caractère aversif de stimulus douloureux (conditionnement aversif) que de le diminuer (conditionnement appétitif). Néanmoins, nous espérons que les associations de stimulus douloureux avec un événement émotionnel agréable (images plaisantes) pourraient, dans une certaine mesure, rendre le stimulus douloureux moins aversif. Le fait que des motivations contraires peuvent s'inhiber l'une l'autre a été, comme nous l'avons vu, suggéré par les expériences de contre-conditionnement de Pavlov.

Nos travaux ont donc cherché à montrer que l'association répétée entre un stimulus douloureux et des SI, de valence positive ou négative, peut modifier la perception de ce stimulus douloureux lorsqu'il est présenté ultérieurement dans un contexte émotionnellement neutre. Nous avons également émis l'hypothèse que cette association émotionnelle exercerait ses effets d'une manière inconsciente. Comme pour l'ensemble des sujets soumis à ce type de conditionnement affectif, nous nous attendions, en effet, à ce que nos participants ne prennent pas conscience que nous allions systématiquement appairer certains SI (images agréables ou désagréables) avec certains SC (stimulus thermiques délivrés sur l'avant-bras droit ou gauche).

Dans un plan d'expérience mixte, 38 volontaires ont été répartis dans deux groupes expérimentaux : une moitié des étudiants subissait un conditionnement aversif tandis que l'autre moitié était soumise à un conditionnement appétitif. En plus de cette condition *intergroupe*, chaque participant était soumis (condition *intra-sujet*) à un conditionnement neutre (contrôle). Le conditionnement aversif était induit en associant des stimulus thermiques douloureux – délivrés sur l'avant-bras droit – à des images déplaisantes (diapositives représentant, par exemple, un cadavre ou un visage ensanglanté). Inversement, le conditionnement appétitif consistait en une association entre des stimulus thermiques douloureux – également délivrés sur l'avant-bras droit – et des images plaisantes (une photo érotique, une mère et son bébé,...). La condition contrôle consistait en une association entre des stimulus thermiques – délivrés pour tous les participants sur l'avant-bras gauche – et des diapositives neutres (un livre, un parapluie...). L'effet des procédures de conditionnement était évalué à l'aide de trois variables : (1) une échelle visuelle analogique 'intensité' (EVA-intensité), (2) une échelle visuelle analogique 'désagréable' (EVA-désagréable), (3) une mesure physiologique (le réflexe de sursaut). Ce réflexe est considéré comme une bonne mesure de la 'tendance d'action' d'évitement. L'éventuelle prise de conscience du lien SC-SI a été testée en fin d'expérience à l'aide d'un questionnaire ad hoc. On notera, enfin, qu'une expérience pilote (n = 25) avait permis de sélectionner les SI (diapositives plaisantes, déplaisantes et

neutres tirées de l'*International Affective Picture System, University of Florida, USA, 1994*).

En accord avec nos hypothèses de départ, nos expériences ont montré un effet significatif et cohérent du conditionnement aversif inconscient – sur l'ensemble des variables dépendantes. Cela signifie que les stimulus thermiques douloureux qui avaient été associés préalablement à des images déplaisantes (conditionnement aversif) ont été jugés plus intenses et plus déplaisants que ceux qui avaient été associés à des images neutres (conditionnement contrôle) ou plaisantes (conditionnement appétitif). De plus, l'effet pour le conditionnement appétitif s'est avéré plus faible (EVA-intensité) ou même non significatif (EVA-déplaisante et réflexe de sursaut) dans les comparaisons *intra-sujets* (c.-à-d. conditionnement appétitif vs neutre). Ces résultats sont en accord avec l'analyse de la littérature effectuée par Dickinson et Pearce [2] qui concluait que l'effet inhibiteur de stimulus appétitifs sur des motivations négatives a été moins bien démontré que l'effet inhibiteur des stimulus aversifs sur des motivations positives.

Notre expérience révèle, en outre, que l'influence d'un apprentissage émotionnel sur le traitement de l'information nociceptive peut opérer sans que le sujet en ait conscience. Les questionnaires ont confirmé qu'aucun participant n'a pris conscience des associations SC-SI. Selon les initiateurs de ce conditionnement évaluatif [7], il s'agirait effectivement d'un processus purement automatique et pré-attentionnel qui, à l'inverse des procédures de conditionnement pavlovien et instrumental, ne nécessiterait pas la cruciale prise de conscience du lien SC-SI. Dès lors, l'organisme n'apprendrait pas une relation "si ... alors", mais plutôt – via une fusion des représentations du SC et du SI – un changement de la valeur hédonique du SC. Deux sortes d'arguments supportent cette théorie. Premièrement, le conditionnement évaluatif, contrairement au conditionnement pavlovien, n'est pas sujet aux phénomènes d'extinction [1] renforçant ainsi l'idée que le "glissement hédonique" du SI vers le SC devient intrinsèque à la représentation de ce dernier et persiste même en absence du SI. Deuxièmement, Öhman et collaborateurs [10] ont confirmé que le conditionnement émotionnel pouvait avoir lieu sans qu'il y ait prise de conscience du SC (présentation subliminale), ou de la relation SC-SI.

Quelles peuvent être les implications cliniques de nos observations ?

Les expériences rapportées suggèrent que lorsque l'on crée, à l'insu d'une personne, une association entre une douleur et un contexte émotionnel, tout se passe comme si cette association était stockée (implicitement ou inconsciemment) de manière à pouvoir influencer ultérieurement la perception douloureuse. Lenz et al [6] ont d'ailleurs observé que l'association entre l'expérience sensorielle d'une douleur et son vécu émotionnel était manifestement encodée dans le cerveau comme le fruit d'un apprentissage passé. Il a suffi de stimuler le thalamus somato-sensoriel pour raviver simultanément les sensations douloureuses (vécues pendant une crise cardiaque ou un accouchement) et les fortes réactions émotionnelles qui les avaient accompagnées. Que pouvons-nous faire alors pour atténuer l'effet négatif de ces conditionnements automatiques et inconscients ? Face à l'impossibilité de connaître les apprentissages qui déterminent notre perception et notre incapacité à les effacer, la seule stratégie efficace pourrait être de remplacer les anciens apprentissages (inconnus) par des nouveaux. C'est ce que nous avons essayé de faire par la procédure de contre-conditionnement (associer un stimulus douloureux avec des images positives) et c'est sans doute ce que le clinicien met en action lorsqu'il tente d'induire des états émotionnels positifs pendant un épisode douloureux. On se rappellera, toutefois, qu'il est certes plus difficile de diminuer le caractère aversif d'un stimulus que de rendre aversif un stimulus appétitif...

En conclusion, les expériences animales du conditionnement par la peur et les expériences humaines du conditionnement évaluatif, suggèrent que les caractéristiques affectives et sensorielles de la douleur peuvent être encodées dans le système nerveux central d'une façon associative, non consciente et indélébile.

Références bibliographiques

1. Baeyens F. Crombez G., Van den Bergh O. and Eelen P. (1988) Once in contact always in contact: evaluative conditioning is resistant to extinction, *Adv. Behav. Res. Ther.* 10, 179-199.
2. Dickinson A. and Pearce J.M. (1977) Inhibitory interaction between appetitive and aversive stimulus, *Psychol. Bull.* 84, 690-711.
3. Flor H. and Grüsser M. (1999) Conditioned stress-induced analgesia in humans. *Eur. J. Pain* 3, 317-324.
4. Fordyce W.E. (1986) Learning processes in pain, In: Sternbach R.N. ed., *The Psychology of Pain*, second edition, Raven Press, New York.
5. Konorski J. (1967) *Integrative activity of the brain*, University of Chicago Press.
6. Lenz F.A. Gracely R.H. Romanoski A.J. Hope E.J. Rowland L.H. and Dougherty P.M. (1995) Stimulation in the human somatosensory thalamus can reproduce both the affective and sensory dimensions of previously experienced pain, *Nat. Med.* 1, 910-913.
7. Levey A.B. and Martin I. (1975) Classical conditioning of human evaluative response, *Behav. Res. Ther.* 13, 221-226.
8. Linton S.J. Melin L. and Götestam K.G. (1975) Behavioral analysis of chronic pain and its management, In Hersen M et al. eds. "Progress in behavior modification", New-York, Academic Press.
9. Mackintosh H.J. (1990) *Conditioning and associative learning*, New-York, Oxford University Press.
10. Öhman A. and Soares J.J. (1993) On the automatic nature of phobic fear: conditioned electrodermal responses to masked fear-relevant stimulus, *J. Abnorm. Psychol.* 102, 121-132.
11. Wunsch A., Philippot P. and Plaghki L. (2003) Affective associative learning modifies the sensory perception of nociceptive stimuli without participant's awareness, *Pain* 102:27-38.
12. Wunsch A. et Plaghki L. (2003) Influence des processus émotionnels automatiques sur la perception de la douleur, *Doul et Analg* 1:43-54.

03 – Modulation cognitive de la douleur

B. Laurent, R. Peyron, P. Convers, L. Garcia Larrea

Chacun sait d'expérience que la douleur est modulée par des processus d'anticipation, de conditionnement antérieur, de culture générale... et que ce " rhéostat " peut être utilement abaissé par l'explication, la relaxation ou l'hypnose. Les données expérimentales empruntent à trois champs différents : -le plus classique recouvre des expériences de psychologie expérimentale où l'on étudie l'influence dans la perception subjective et la réactivité à la douleur de facteurs comme la répétition du stimulus, le délai de la stimulation nocive par rapport à l'alerte, l'attention ou la distraction par rapport au stimulus, les facteurs d'anticipation, les modifications de contexte émotionnel... les résultats de ces expériences sont complexes montrant que des facteurs comme l'attention sélective, le stress, l'anticipation d'une douleur connue peuvent avoir des résultats variables d'amplification ou d'abaissement des perceptions selon les protocoles, les individus et selon que l'on s'intéresse aux composantes sensoridiscriminatives ou émotionnelles de la douleur expérimentale. (voir revue dans Garcia Larrea et al 2000.

- La seconde approche est neurophysiologique soit par l'étude du réflexe RIII dans différentes situations proches de celles décrites ci dessus (Willer et al 1979). Toute attention soutenue sur une tâche cognitive en dehors de la douleur entraîne une facilitation du réflexe monosynaptique H et une diminution du RIII avec augmentation du seuil de déclenchement donc une situation de relative analgésie. Par contre l'anticipation du réflexe toujours un peu anxieuse conduit à des effets opposés avec une facilitation du RIII et une cotation supérieure d'EVA. Les potentiels évoqués nociceptifs permettent également d'analyser les modulations attentionnelles avec une augmentation des réponses tardives N220-P350 de génèse frontocingulaires lorsque le sujet fait attention à la douleur

- Le maximum des données récentes fait appel à l'imagerie fonctionnelle (voir revue Peyron et al 2003) qui permet véritablement de "repenser"

l'intégration corticale de la douleur dans différentes situations : attention, distraction, hypnose, effet placebo, conditionnement douloureux, imagerie mentale de la douleur, observation de la douleur d'autrui, contextes émotionnels variés... les données sont abondantes et parfois contradictoires : elles méritent souvent la validation d'autres approches tant il est vrai qu'il est facile d'obtenir des images et plus difficile de leur attribuer une signification fonctionnelle univoque.

Garcia Larrea L, Laurent B, Convers P, Peyron R. Douleur, attention et émotions. in *Evaluation de la douleur expérimentale chez l'homme et l'animal*. SFD 1999 cours supérieur, F Cesselin, E Colin eds, SFD 2000.

Willer JC, Boureau F, Albe Fessard D. Supraspinal influences on nociceptive reflex and pain sensation in man *Brain Research* 179 (1979) 61-68

Peyron R., Rainville P., Petrovic P., Garcia Larrea L. Cognitive modulation of cortical responses to pain. *Proceedings of the 10th world congress on Pain* Vol 24. IASP press Seattle 2003.

04 – Discours médical et douleur iatrogène

Serban Ionescu, Professeur de psychopathologie-universités Paris 8 et René Descartes-Paris 5

Parler du discours médical et de sa relation avec la douleur m'amène à envisager, dans une perspective plus large, les relations des mots avec la douleur.

Évoquer, tout d'abord les mots que nous utilisons pour exprimer la douleur. À ce sujet, Philippe Brenot (1992) parlait de la présence, sur la palette de nos plaintes, d'une " myriade de touches de douleur " qui témoignent de la complexité de la douleur. Il s'agit de tous ces mots-symptômes (parfois pathognomoniques), qui ont été repris dans les outils de mesure du vécu de la nociception.

Il y a, ensuite, les mots que nous utilisons – associés au regard, à la mimique, au toucher, à la caresse – pour diminuer, pour apaiser la douleur... non seulement celle de l'âme, celle de la souffrance psychique, mais aussi celle du corps.

L'idée que la qualité de la communication entre le soignant et le patient est un facteur essentiel dans la réussite de la thérapie constitue un véritable postulat, fortement ancré dans l'opinion tout aussi bien des professionnels de la santé que du public. Ce statut de postulat, ainsi que des difficultés méthodologiques expliquent la rareté des recherches destinées à évaluer les effets des styles de communication soignant-patient sur la santé du patient et à identifier les caractéristiques d'une excellente communication. Ce type de recherche est d'autant plus important que Stewart (1995) note, dans une revue des recherches disponibles, des dysfonctionnements dans la communication médecin-patient : 50% des problèmes psychosociaux et psychiatriques sont omis, les médecins interrompent leurs patients lorsque ceux-ci décrivent leurs problèmes (en moyenne après 18 secondes), les patients sont insatisfaits de l'information donnée par les médecins, etc.

Dans le domaine de la douleur, deux recherches (pas très récentes !) peuvent être citées. La première concerne la communication au cours de l'anamnèse. Le Groupe d'études sur le mal de tête de l'université Western Ontario (1984) a réalisé, sur 235 patients qui s'adressaient à leur médecin de famille, une étude prospective qui a duré une année. Des analyses multivariées permettant de contrôler 15 variables cliniques importantes ont montré que les patients qui rapportaient, un an après, la résolution de leur problème médical étaient 3,4 fois plus nombreux à dire qu'ils avaient perçu comme " complète " la discussion avec le médecin à propos de leur mal de tête.

La seconde recherche concerne la communication au cours de la discussion du plan de traitement. Au cours de cette recherche, Egbert et al. (1964) étudient 57 patients hospitalisés en vue d'une chirurgie abdominale. Lors d'une rencontre préopératoire et de plusieurs rencontres postopératoires, l'anesthésiste offrait aux patients des informations concernant le traitement et la convalescence, notamment sur la douleur postopératoire et son contrôle. Comparativement au groupe témoin, les

patients ayant bénéficié de ce type de communication présentaient des niveaux plus bas de douleur (évalués en aveugle et de manière subjective), utilisaient moins d'antalgiques et étaient hospitalisés moins longtemps.

La relation médecin-patient (et la communication impliquée dans cette relation) nécessitent un réexamen lorsqu'il s'agit de patients présentant des symptômes physiques en l'absence de pathologies physiques décelables, ce qui peut être le cas pour des patients avec des douleurs chroniques.

Actuellement, trois modèles d'interaction médecin-patient existent. Selon ces modèles, la consultation peut être considérée comme la réunion : (1) d'un " novice " (le patient) avec un " expert " (le médecin); (2) de partenaires ou d'égaux ou (3) d'un " consommateur " qui cherche des services (le patient) avec un " fournisseur de services " (le médecin). Ces trois modèles correspondent à trois types d'interaction caractérisés comme du paternalisme, de la mutualité et du consumérisme. Ils ne répondent pas aux besoins des patients présentant des symptômes physiques en l'absence de pathologies physiques décelables et un nouveau modèle est à concevoir pour ces cas. Selon Salmon (2000), ce modèle devrait tenir compte d'une série d'éléments spécifiques à cette situation, comme :

- l'autorité et l'expertise des patients ;
- les motifs de la recherche d'aide auprès du médecin (soutien, explication et possibilité de se sentir rassuré) ;
- l'influence exercée par le patient sur le médecin et la contre-influence que tente d'exercer le médecin (négociation d'une décision de prise en charge en l'absence de pathologies physiques).

Envisageons, maintenant, les mots qui font mal. Au plan psychopathologique, c'est une question que l'intérêt de plus en plus grand pour la maltraitance a fait mieux connaître. La violence psychologique (ou l'abus émotionnel) implique une violence verbale qui s'exprime par des mots qui insultent, humilient, dénigrent, rejettent. L'enfant peut, aussi, y être soumis indirectement, en assistant à des échanges violents entre ses parents.

Bien que le comportement des patients puisse être influencé négativement par les attentes que les étiquettes et le langage créent, les descripteurs psychiatriques peuvent ancrer le comportement des patients, légitimer leur état et assurer l'accès au traitement. Ceci peut conduire à un "accord socialement sanctionné " que seul le thérapeute peut vraiment "comprendre " le patient et améliorer sa souffrance. Les symptômes iatrogènes peuvent conférer aux patients et aux thérapeutes des bénéfices secondaires qui peuvent perpétuer les effets négatifs mentionnés. Étant en détresse, les patients reçoivent de l'attention et en étiquetant et traitant cette détresse, les psychothérapeutes se sentent utiles, nécessaires.

Des recherches menées au cours des dernières années laissent entrevoir l'existence de structures cérébrales impliquées dans les réactions aux mots. Ainsi, dans une publication récente, Crosson *et al.* (2002) mettent en évidence – à l'aide de l'imagerie fonctionnelle à résonance magnétique – l'implication du cortex du lobe frontal antérieur gauche et de ses connexions avec les aires associatives paralimbiques, dans le traitement sémantique des mots à connotation émotionnelle.

La compréhension des effets positifs et négatifs de la communication médecin-patient peut être facilitée par l'utilisation des résultats des recherches sur les effets placebo et nocebo. L'effet placebo, reconnu comme présent dans le traitement de la douleur est, généralement, plus fort lorsqu'il s'agit de patients anxieux, lorsqu'on perçoit le médecin comme ayant une grande expérience, lorsque le patient et le médecin croient que le traitement est puissant, lorsque le traitement est impressionnant et cher (Turner *et al.*, 1994). Les effets indésirables sont, quant à eux, en relation avec différents facteurs parmi lesquels figurent l'information reçue, les attentes négatives, la suggestion, le fait d'avoir présenté des effets indésirables avec d'autres traitements antérieurs, des caractéristiques psychologiques comme l'anxiété, la dépression et la tendance à somatiser (Barski *et al.*, 2002). La communication médecin-patient peut jouer un rôle important dans l'activation, la mise en jeu des facteurs mentionnés.

L'étude des facteurs iatrogènes dans la douleur chronique commence à mettre en évidence le rôle des mots, dans la communication soignant-patient (Kouyanou *et al.*, 1997; 1998). On peut noter le rôle de l'information insuffisante concernant, par exemple, les prescriptions de médicaments, l'indication du repos ou les résultats des examens médicaux. Aux conseils simplistes, aux explications non argumentées, s'ajoute le fait d'insinuer ou de traiter les patients comme si " la douleur était dans leur tête ". Certains patients se sont vu dire, directement ou indirectement, par les médecins traitants qu'ils " n'avaient rien ", que leur douleur était " imaginaire ". Dans l'étude de Kouyanou *et al.* (1997), 25% des patients ont rapporté qu'au moins un médecin a contesté directement leur douleur. Pour ces auteurs, les médecins doivent être sensibles aux croyances des patients lorsque aucune cause immédiate de leur douleur chronique ne peut être décelée.

Les croyances concernant la douleur découlent de la théorie du patient concernant sa douleur et témoignent du sens que le patient lui attribue. Ces croyances jouent un rôle important dans la perception de la douleur et dans la manière dont le patient répond au traitement. Les patients qui présentent une douleur médicalement inexplicable obtiennent des scores plus élevés à la sous-échelle de Williams et Thorn. Comparativement aux patients qui croient que leur douleur est compréhensible et de courte durée, les patients qui croient que leur douleur est durable et de nature mystérieuse utilisent moins les stratégies cognitives pour faire face (la réinterprétation de la sensation douloureuse, par exemple), sont plus souvent catastrophés par ce qu'ils vivent et évaluent moins souvent comme efficaces les stratégies qu'ils utilisent pour le contrôle et la diminution de la douleur.

L'indication découlant de ces recherches de tenir compte de ce que le patient perçoit, vit et croit, me fait penser à ce qu'écrivait Marc-Antoine Petit dans " Le discours sur la douleur ", publié à Lyon, en 1799 : " La douleur, ne l'appréciez jamais par ce qu'elle vous paraît être mais par ce que le malade semble souffrir ".

Bibliographie

- BARSKY, A.J., SAINTFORT, R., ROGERS, M.P., BORUS, J.F. (2002). Nonspecific medication side effects and the nocebo phenomenon. *JAMA*, 287 (5), 622-627.
- BOISVERT, C.M., FAUST, D. (2002). Iatrogenic symptoms in psychotherapy. A theoretical exploration of the potential impact of labels, language, and belief systems. *American Journal of Psychotherapy*, 56(2), 244-259.
- KOUYANOU, K., PITHER, C.E., WESSELY, S. (1997). Iatrogenic factors and chronic pain. *Psychosomatic Medicine*, 59, 597-604.
- KOUYANOU, K., PITHER, C.E., RABE-HESKETH, S., WESSELY, S. (1998). A comparative study of iatrogenesis, medication abuse, and psychiatric morbidity in chronic pain patients with and without medically explained symptoms. *Pain*, 76, 417-426.
- STEWART, M.A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes : a review. *Canadian Medical Association Journal*, 152(9), 1423-1433.

05 – Douleur iatrogène : données précliniques et cibles pharmacologiques

Guy Simonnet, Laboratoire " Homéostasie-Allostasie-Pathologie " Université Victor Ségalen Bordeaux 2, France

Avant-propos

L'iatrogenèse remonte aux débuts de la médecine scientifique, à Hippocrate. Son *nil nocere* est une première mise en garde contre les maladies, les dommages causés ou aggravés par le médecin (iatro : médecin, genesis : origine). Si on s'en tient au point de vue d'Hippocrate, on conçoit donc que ce qui est iatrogène s'oppose à la médecine dont l'objet concerne la prévention, la guérison ou le soulagement des maladies, blessures ou infirmités. Peut-on donc envisager que tout médica-

ment soit dépourvu d'effet délétère et donc non iatrogène. La réponse pourrait paraître simple au premier abord, mais ne résiste pas à une analyse un peu plus poussée. On doit se rappeler en effet que tout médicament, pour autant qu'il soit bénéfique, est également et avant tout un "poison" dans la simple mesure où il modifie inévitablement un équilibre biologique préexistant (le niveau de fonctionnement d'une chaîne métabolique, le niveau de stimulation d'un récepteur ou d'un canal ionique etc...). En réalité, les propriétés pharmacologiques d'un médicament ne sont pas la simple conséquence des propriétés physico-chimiques d'une entité moléculaire mais la résultante d'une interaction de cette molécule avec un organisme vivant. Au-delà des contraintes de la biodisponibilité et du métabolisme qui peuvent modifier profondément les effets pharmacologiques d'une molécule au sein d'un organisme, on sait aujourd'hui que l'interaction molécule-organisme s'effectue principalement au niveau de cibles moléculaires que sont principalement les récepteurs, les enzymes, certaines protéines de régulation du métabolisme ou de nos gènes. Cependant, il serait imprudent de se limiter à cette seule interaction. L'abus du qualitatif "spécifique" pour désigner la qualité d'un médicament doit nous amener à une grande prudence. Au-delà de ce que l'on appelle classiquement "effets secondaires" dus à la molécule elle-même ou à ses métabolites mettant en évidence l'existence d'autres cibles biologiques que celle pour laquelle elle est principalement utilisée, il apparaît indispensable de prendre en compte la contre-réaction de l'organisme à son effet pharmacologique initial. Une telle prise en compte apparaît tout particulièrement essentielle pour les médicaments du système nerveux central. En d'autres termes, cela signifie que quel que soit l'effet bénéfique d'un médicament, cet effet même entraîne inévitablement un déséquilibre de l'organisme en réponse duquel on doit s'attendre à une contre-réaction de celui-ci pour rétablir l'équilibre initial. Cette réaction représente une réponse adaptative et l'on conçoit qu'elle se fasse en sens opposé à la réponse pharmacologique initiale (pour plus d'informations, voir Théorie des systèmes opposants, Solomon, 1980). Cette réponse adaptative opposée peut-être discrète ou importante, rapide ou retardée, évanescence ou prolongée (mémoire). Elle pourrait rendre compte de la tolérance de l'organisme à l'effet de certaines drogues (les exemples en neuropharmacologie sont nombreux) qui ne serait pas, comme la pharmacologie classique nous le propose une disparition de l'effet propre d'une drogue donnée, mais le résultat d'une augmentation progressive de l'organisme à s'opposer à l'effet princeps de la drogue dans une stratégie de défense, c'est-à-dire du maintien de l'homéostasie. Que cette réponse adaptative puisse apparaître comme délétère ou seulement "secondaire" relève probablement de la hiérarchie dans laquelle s'inscrit la défense de l'organisme au regard de l'évolution, c'est-à-dire l'ordre des priorités que les organismes ont "sélectionné" pour maintenir une espèce donnée dans un environnement particulier. Notre regard ne peut, dans cette perspective, se limiter à ne considérer que ce qui apparaît comme bénéfique ou délétère pour l'organisme dans l'instant donné, mais doit prendre en compte cette autre échelle de temps que représente l'évolution. On ne peut être que frappé dès lors par l'énorme différence de vitesse des évolutions de notre environnement (évolution très rapide) et de notre organisme en particulier notre cerveau (évolution lente). Une telle prise en compte nous apporte un éclairage nouveau et particulièrement pertinent pour mieux comprendre les fondements de certaines maladies ou mieux analyser ce qui est bénéfique ou délétère pour un organisme. Ainsi, notre cerveau tout comme notre foie ou notre rein ont très peu sinon pas évolué ces cent dernières années alors que notre environnement au sens large (hygiène, médicaments, alimentation, etc...) ont été profondément transformés. En d'autres termes, la réaction de "défense" qui était probablement adaptative chez notre ancêtre du XIX^e siècle peut nous apparaître aujourd'hui comme une réaction pathologique inadéquate parce que devenue désormais inutile.

Une telle perspective adaptative pourrait également rendre compte de la difficulté de l'arrêt de certains traitements (sevrage) dans la mesure où, et il s'agit d'un principe essentiel, une réponse opposée à caractère adaptatif ne peut que durer plus longtemps que la réponse initiale de l'organisme lui ayant donné naissance.

Un effet iatrogène "apparent": l'effet hyperalgésique induit par les analgésiques opioïdes

Un tel regard est-il applicable au domaine de la douleur et à sa prise en charge par des substances reconnues bénéfiques par définition comme les analgésiques? En d'autres termes, l'administration d'un analgésique peut-il induire des effets délétères et plus particulièrement parmi ceux-ci, un effet délétère en termes de douleur c'est-à-dire une augmentation de la sensation douloureuse (douleur provoquée iatrogène)?

Dans cette perspective, nous nous sommes particulièrement intéressés, ces dernières années, aux plus puissants des analgésiques, à savoir les analgésiques opioïdes. Il est bien admis aujourd'hui, et cela n'a peut-être pas assez été pris en compte par la médecine française ces cinquante dernières années, que les substances opioïdes sont de puissants analgésiques capables de soulager la douleur des patients dans de très nombreuses situations. On peut et on doit donc les considérer comme des substances bénéfiques dont l'usage doit être encouragé. Le problème est-il pour autant aussi simple? Y a-t-il un nouveau débat à engager à propos d'un meilleur usage des analgésiques au regard d'effets iatrogènes en particulier en termes de douleur? Si de tels effets iatrogènes peuvent apparaître, est-on capable de les prévenir?

Il est généralement admis que l'effet analgésique des substances opioïdes résulte de l'activation de systèmes analgésiques endogènes au sein desquels les systèmes opioïdes endogènes jouent une place prépondérante. Certaines des cibles mises en jeu apparaissent bien définies: c'est via les récepteurs opioïdes de type μ que des molécules comme la morphine induisent l'effet analgésique que nous connaissons. Pour autant, les effets d'une drogue capable de produire un effet pharmacologique aussi puissant peuvent-ils être sans véritable conséquence à plus ou moins long terme sur le fonctionnement du système nerveux et en particulier sur le niveau de sensibilité à la douleur? D'un point de vue pharmacologique, il a été longtemps considéré que la seule manière de réduire la douleur chez un patient est de lui administrer un analgésique c'est-à-dire un médicament antinociceptif. Au-delà de la théorie signal-bruit évoquée il y a plus de 20 ans par Daniel Le Bars (1979) suggérant que l'augmentation du bruit de fond nociceptif peut être tout aussi efficace que la diminution du signal nociceptif par les substances antinociceptives pour induire de l'analgésie, la mise en évidence de systèmes centraux "pronociceptifs" (facilitateurs de la nociception) a ouvert un nouveau chapitre tant sur le plan physiopathologique que pharmacologique. En d'autres termes, on peut désormais penser que le niveau de sensibilité à la douleur ne relève pas seulement du niveau d'activité des systèmes antinociceptifs (en particulier opioïdes) mais plus précisément d'un équilibre subtil et permanent entre niveaux d'activité de systèmes opposés antinociceptifs et pronociceptifs. Dans la perspective de contre-systèmes mis en jeu par l'effet analgésique des substances opioïdes, on peut donc concevoir que l'activation des systèmes antinociceptifs (par un analgésique opioïde par exemple) entraîne *de facto* l'activation secondaire de systèmes opposants comme les systèmes pronociceptifs. Sur un plan théorique, le caractère adaptatif de cette réponse de second ordre prédit que cette réponse doit durer plus longtemps que la réponse initiale de type analgésique.

Nous avons pu montrer ces dernières années que c'était bien le cas à la suite de l'administration d'analgésiques puissants comme les substances opioïdes. L'observation expérimentale attentive chez le rat montre en effet que l'effet analgésique d'une substance opioïde (heures) est suivi d'une longue période d'hyperalgésie (jours). En réalité, il est possible de démontrer expérimentalement que des substances comme la morphine, le fentanyl ou l'héroïne activent simultanément ces deux systèmes opposés. Si dans un premier temps et comme nous le savons, c'est l'effet analgésique qui prédomine, c'est ensuite l'effet pronociceptif qui, bien que moindre, va apparaître en raison de sa plus longue durée d'effet (pour revue, voir G. Simonnet et C. Rivat, 2003). Cette plus grande durée d'effet s'explique parfaitement aujourd'hui sur le plan neurobiologique dans la mesure où l'on a pu montrer, par des approches aussi bien électrophysiologiques que comportementales, que l'activation des récepteurs opioïdes de type μ , responsables de la mise en jeu des systèmes antinociceptifs, est également capable de mettre également en jeu des sys-

tèmes glutamatergiques pronociceptifs via l'activation leurs récepteurs de type NMDA. On sait en effet aujourd'hui que la stimulation des récepteurs opioïdes de type μ est capable d'activer la protéine kinase C gamma (calcium dépendante), enzyme pouvant phosphoryler le récepteur NMDA et par voie de conséquence le rendre opérant en enlevant le " bouchon " magnésium obstruant le canal de ce récepteur-canal. Le glutamate présent dans la fente synaptique pourrait ainsi provoquer une entrée de calcium dans la cellule, réactiver la PKCgamma, réenforcer la phosphorylation des récepteurs NMDA etc... établissant ainsi une boucle de rétro-contrôle positif dont le fonctionnement serait donc facilité par les agonistes opioïdes de type μ . L'existence de cette boucle de rétro-contrôle positif en dérivation expliquerait la plus grande durée de l'effet pronociceptif qui dépasse celle de la durée de la stimulation des récepteurs opioïdes et donc de l'effet analgésique.

Nous avons pu montrer que, tout comme leur effet analgésique, la durée et l'amplitude de l'effet hyperalgésique induit par les substances opioïdes est dose-dépendant. Ces données expérimentales ont été confirmées chez l'homme puisqu'il a été montré en particulier que plus la quantité de rémifentanil administrée en per-opératoire était importante, plus étaient importantes le niveau de douleur et la quantité de morphine consommée par PCA en situation post-opératoire (Guignard et al. 2000). Ces données cliniques ont été confirmées dans de nombreuses études en particulier dans une très belle étude au long cours menée sur plusieurs mois (De Kock et al, 2001). Nous avons pu également montrer chez l'animal, que l'administration répétée de morphine ne fait que renforcer le processus d'hypersensibilité à la douleur conduisant à des états d'hyperalgésie de très longue durée (semaines). Nous avons proposé que ces états d'hypersensibilité à la douleur de longue durée pourrait expliquer en partie le phénomène de tolérance aux effets analgésiques des substances opioïdes. Comme attendu, l'ensemble de ces phénomènes peut être prévenu par des antagonistes des récepteurs NMDA. Ceci explique les effets bénéfiques d'une drogue comme la kétamine sur la prise en charge de la douleur post-opératoire lorsque celle-ci est administrée en per- et post-opératoire en association avec les analgésiques opioïdes.

Il apparaît donc que l'administration thérapeutique d'analgésiques opioïdes puisse entraîner des effets iatrogènes de type hyperalgésique à la suite de leur effet analgésique. Doit-on pour autant rejeter l'usage de substances opioïdes ? La réponse est très nettement non. Bien au contraire, ce que nous enseignent ces données, c'est la nécessité de développer un nouvel et meilleur usage des analgésiques opioïdes. En réalité, bien qu'apparemment paradoxal, l'effet hyperalgésique induit par les analgésiques de type opioïde apparaît tout à fait normal et physiologique au regard de la Théorie des Processus opposants, de l'existence de systèmes pronociceptifs et de l'évolution (voir Avant-propos). Nous avons la capacité à les prévenir et par-delà améliorer grandement leurs effets analgésiques. On conçoit dans cette perspective l'usage d'une nouvelle classe de médicaments que l'on pourrait qualifier d'antihyperalgésiques, dépourvus d'effet analgésique *per se*, mais capables de prévenir et s'opposer au développement d'une hypersensibilité à la douleur, en particulier celle facilitée par les substances opioïdes.

En conclusion, ce que nous enseigne ces données précliniques à propos des substances opioïdes dont l'intérêt thérapeutique n'est pas discutable, c'est que l'effet iatrogène ne vient pas seulement de la molécule elle-même mais peut également provenir de l'organisme lui-même en réponse à l'effet pourtant bénéfique de cette molécule sur le plan pharmacologique. Pour citer Dagognet, (La raison et les remèdes, 1964) : *Le malade crée la maladie par l'excès même de sa défense et l'importance d'une réaction qui le protège moins qu'elle ne l'épuise et le déséquilibre*".

Bibliographie

- Solomon R.L. The opponent-process theory of acquired motivation: the costs of pleasure and the benefits of pain. *Am Psychol.* 1980; 35:691-712.
- Le Bars D., Dickenson AH and Besson JM. Diffuse noxious inhibitory controls (DNIC). II. Lack of effect on non-convergent neurones, supraspinal and theoretical implications. *Pain.* 1979; 6: 305-327.

- Simonnet G. and Rivat C. Opioid-induced hyperalgesia: normal or abnormal pain? *NeuroReport.* 2003; 14:1-7.
- Guignard B, Bossard AE, Coste C, Sessler DI, Lebrault C, Alfonsi P, Fletcher D, Chauvin M. Acute opioid tolerance: intraoperative remifentanil increases postoperative pain and morphine requirement. *Anesthesiology.* 2000;93:409-17.
- De Kock M., Lavand'homme P. and Waterloos H. " Balanced analgesia " in the perioperative period : is there a place for ketamine ? *Pain.* 2001; 92:373-380.

06 – Mémoire et douleur chez l'enfant

Carl L. von Baeyer, PhD¹, Tammy Marche, PhD¹, Karen Salmon, PhD¹, Elizabete Rocha, PhD², Chantal Wood-Pillette, MD³

1 University of Saskatchewan, Saskatoon, Canada
2 University of New South Wales, Sydney, Australia
3 Hôpital Robert Debré, Paris

1. Introduction – Nous allons aborder brièvement le développement de la mémoire dès l'enfance et ses racines au niveau de la sensibilisation physiologique. Nous examinerons les conséquences des souvenirs de douleur des enfants sur les soins médicaux ultérieurs ainsi que les méthodes utilisées pour questionner les enfants sur ce dont ils se rappellent. Des études récentes ont montré qu'il est possible de modifier les souvenirs d'interventions douloureuses des enfants dans le but de rendre les interventions douloureuses à venir moins stressantes. Nous proposerons des recommandations pour la pratique clinique.

La littérature sur la douleur et la mémoire a été précédemment passée en revue (Laurent, 2001; Ornstein, Manning, Et Pelphrey, 1999). Chez l'enfant, des études sur la mémoire de la douleur et de la détresse ont été réalisées lors de restaurations dentaires, de circoncision, d'admission aux Urgences, d'injections de vaccins, de ponctions veineuses, de ponctions lombaires, de ponctions médullaires, de sutures et d'urétrographies permictionnelles.

2. Mémoire implicite (non verbale) – Depuis les années 80, de nombreux arguments tendent à montrer que les capacités sensorielles, liées aux capacités de perception et au développement cognitif du nourrisson et du jeune enfant sont plus élevées que ce que l'on pensait auparavant. On sait maintenant que les nouveau-nés montrent une mémoire implicite (non verbale) pour les événements douloureux et non douloureux ressentis dans les premiers jours de la vie, et même in utéro. Cette forme de mémoire est observée dans les dérèglements du comportement et du fonctionnement physiologique plutôt que dans l'évocation verbale.

3. Sensibilisation – Des stimuli douloureux répétés entraînent une sensibilisation à la fois périphérique et centrale. Au niveau physiologique, cela signifie une diminution du seuil de détection du toucher et d'autres sensations, une augmentation de l'amplitude du retrait ou de la réponse au stress, et une augmentation de la zone dépendant de neurones sensoriels individuels. Au niveau comportemental, la sensibilisation s'observe dans un retrait plus exacerbé et dans une détresse comportementale plus forte en réponse aux stimuli douloureux ou stressants. Au niveau cognitif, la sensibilisation s'observe dans l'augmentation de la vigilance envers les stimuli potentiellement menaçants et dans l'augmentation de la mémoire des concepts et des détails associés à la douleur.

4. Conséquences de la mémoire de la douleur chez l'enfant – Un exemple frappant de mémoire précoce est présentée dans les travaux de Taddio et collègues (Taddio, Katz, Illersich, Et Koren, 1997). Ceux-ci ont comparé la réponse aux vaccinations à l'âge de 4 à 6 mois dans trois groupes de bébés garçons : un groupe qui avait été circoncis peu de temps après la naissance avec une analgésie (EMLA), un groupe qui avait été circoncis sans analgésie et un groupe qui n'avait pas été circoncis. La réponse à la douleur de l'injection était plus forte dans le groupe circoncis sans analgésie. Notez que cette observation a été

effectuée quatre à six mois après la circoncision. D'autres exemples frappants seront fournis.

On pense, en général, que les expériences douloureuses précoces prédisposent les personnes à craindre et à éviter de recevoir des soins médicaux ultérieurs ou même à développer une phobie des interventions telles que les piqûres. Il existe des arguments qui soutiennent cette position. Des études ont montré une plus forte détresse et une docilité moindre chez les enfants qui avaient plus souvent fait l'expérience de la douleur lors d'interventions précédentes. Certaines études suggèrent également que la somatisation chez l'adulte peut être due à des expériences douloureuses pendant l'enfance, mais d'autres explications peuvent être données sur les résultats de ces études rétrospectives.

5. Différences individuelles – Les différences individuelles en matière de réponse à la douleur et des conséquences de souvenirs de douleur sont nombreuses. Le tempérament et l'anxiété notamment ont été étudiés. Certains enfants ont ce que l'on appelle un tempérament sensible à la douleur, ce qui signifie qu'ils ont un seuil de douleur bas probablement inné ou qu'ils réagissent fortement à des stimuli qui pour d'autres sont mineurs. De plus, des individus extrêmement anxieux se souviennent des événements passés comme étant plus douloureux que ceux qu'ils avaient rapportés à l'époque des faits ; et ils se rappellent également leur propre anticipation de la douleur mieux que la douleur qu'ils avaient réellement rapportée pour des interventions douloureuses antérieures.

6. Questions posées aux enfants – En découvrant ce dont les enfants se rappellent de leurs expériences douloureuses précédentes, le type de questions posées fait une grosse différence. Les questions fermées (oui-non) ont tendance à entraîner des réponses moins précises. Un entretien efficace avec des jeunes enfants suppose l'utilisation de questions ouvertes, de dessins et d'outils concrets.

7. Prévention – Comment les effets indésirables de souvenirs de douleur peuvent-ils être évités ? L'approche la plus évidente est d'avoir recours à une analgésie et une anesthésie appropriée avant toute intervention médicale douloureuse. Weisman a montré que les enfants qui, dès la première fois, avaient reçu une analgésie efficace pour des interventions répétées d'oncologie continuaient à montrer une détresse faible, tandis que ceux qui avaient reçu un placebo pour la première intervention montraient une détresse plus grande même s'ils reçoivent une analgésie morphinique efficace pour les interventions ultérieures (Weisman, Bernstein, & Schechter, 1998).

Il existe également des études sur les tentatives pour modifier les souvenirs. On a pensé que les médicaments entraînant une amnésie tels que le midazolam permettaient aux enfants d'oublier leur expérience douloureuse, et donc d'empêcher les effets indésirables des souvenirs de douleur. Toutefois, des arguments récents suggèrent que le midazolam altère le souvenir explicite et conscient, tout en n'ayant aucun effet sur la mémoire implicite non verbale. En d'autres termes, l'utilisation de médicaments amnésiants sans analgésiques pourrait éliminer le souvenir de ce qui a été fait et le souvenir des efforts de "coping" (faire face ou gestion) de l'enfant, sans modifier la "mémoire du corps" ou la sensibilisation physiologique produite par l'intervention. Des expériences ont été réalisées sur les effets de la conversation avec les enfants pendant ou immédiatement après une intervention, qui permettait de mettre l'accent sur leurs efforts coping positifs plutôt que sur leur souffrance et permettait de fournir des informations précises. Une de ces études sur les ponctions lombaires (PL) a montré que la réévaluation verbale de la dernière PL engendrait des autoévaluations de moins de détresse, une réponse au stress avec une libération de cortisol moindre et une détresse comportementale moindre lors de la PL suivante (Chen, Zeltzer, Craske, & Katz, 1999).

8. Conclusion – Au risque de sur interpréter les résultats de ces données, nous pouvons proposer quelques conclusions pratiques. (a) Lorsqu'ils traitent les enfants, les cliniciens ne doivent pas oublier de tenir compte du fait que l'enfant va garder un souvenir de cette expérience. Les bébés et les enfants sont affectés à long terme par une dou-

leur modérée à forte. Il est important de soulager la douleur non seulement à ce moment-là mais aussi dans le but de prévenir la détresse future et le refus des soins médicaux. (b) Si un enfant manifeste un refus ou de la crainte vis à vis d'une intervention, il peut être utile de savoir ce que l'enfant se rappelle de ses précédents contacts ou relations avec les soignants. Un souvenir exceptionnellement négatif d'une expérience antérieure peut nécessiter des mesures de prévention agressive contre la douleur et un traitement de la peur la prochaine fois que l'on doit traiter l'enfant. (c) Il faut préparer les enfants à vivre des expériences douloureuses en leur donnant des informations précises sur ce qui va leur arriver et comment ils peuvent faire face à la situation. (d) En discutant des expériences antérieures avec les enfants, les questions ouvertes de type qui ?, quoi ? et comment ?, engendrent plus de souvenirs précis que les questions fermées (oui-non). (e) Après une intervention douloureuse, on peut discuter de celle-ci avec l'enfant, en insistant sur les aspects positifs tels que le coping et la coopération. Ceci pourrait donner lieu à des souvenirs meilleurs et à des attentes plus positives chez l'enfant, la prochaine fois qu'il devra subir une intervention douloureuse.

9. Références

- Chen, E., Zeltzer, L. K., Craske, M. G., & Katz, E. R. (1999). Alteration of memory in the reduction of children's distress during repeated aversive medical procedures. *J Consult Clin Psychol*, 67(4), 481 - 490.
- Laurent, B. (2001). Mémoire de la douleur. *Revue de Neuropsychologie*, 11(2), 197-219.
- Ornstein, P. A., Manning, E. L., & Pelphrey, K. A. (1999). Children's memory for pain. *J Dev Behav Pediatr*, 20(4), 262 - 277.
- Taddio, A., Katz, J., Illersich, A. L., & Koren, G. (1997). Effect of neonatal circumcision on pain response during subsequent routine vaccination. *Lancet*, 349(9052), 599-603.
- Weisman, S. J., Bernstein, B., & Schechter, N. L. (1998). Consequences of inadequate analgesia during painful procedures in children. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 152(2), 147 - 149.

07 – Douleurs iatrogènes péri opératoires

Chronique d'une douleur annoncée

Claude Vidal-Brassier (Angoulême), Jocelyne Le Gall (Rennes), Jean Michel Gautier (Montpellier), Marie France Garfagni (Grenoble), Marie-Claire Urrutia (Bayonne), Marie Aubry (Paris) infirmiers et infirmiers anesthésistes du GTS Douleur post opératoire.

Il existe peu de réelles données de santé publique analysant les répercussions de la douleur provoquée par les soins. En pratique, nous en mesurons pourtant les conséquences tant sur l'évolution de la maladie que sur l'influence de la qualité du lien aux soignants et aux proches. En chirurgie, la "douleur annoncée" est celle qui précède et accompagne tout acte chirurgical, celle où se mêlent directement les composantes sensorielles (le corps manipulé, touché, coupé, piqué, pansé), cognitives (représentation de l'agression qui se prépare) et affectivo-émotionnelles (le vécu d'avant et d'après).

A quoi se réfère-t-on pour parler de douleurs provoquées dans la période péri opératoire ?

Probablement le plus facilement aux douleurs induites par des actes techniques, des gestes de soins courants, correspondant à une agression physique. Mais en matière de douleur, si le caractère nociceptif est repérable, défini dans le temps, les aspects affectivo-émotionnels et cognitifs interviennent tout au long de la vie du patient, et sont plus opaques à l'investigation.

L'événement que constitue dans la vie d'un patient l'intervention chirurgicale à laquelle il doit se soumettre est pour lui un moment unique, pressenti comme douloureux, vécu dans un environnement inconnu et le rendant dépendant des personnes qui vont le "prendre en charge".

Face au patient, tout l'art du soignant consistera à rendre cette prise en charge la plus personnalisée possible, afin de préserver sa dignité et la moins douloureuse possible afin de restaurer rapidement son autonomie.

Les contraintes institutionnelles de temps, de productivité, de pouvoir, les propres valeurs et aptitudes relationnelles des soignants, rendent parfois difficile la réponse de soins, bienveillante et efficace, attendue par les patients.

Les facteurs pouvant influencer la douleur péri opératoire sont multiples :
- Liés au patient : personnalité, anxiété, acceptation de l'acte opératoire...(1)

- Liés à la chirurgie : foyer opératoire, systèmes de drainage, appareillage d'immobilisation, installation du patient (compression, étirement)...

- Liés à l'anesthésie : posologies d'analgésiques inadaptées, défaut de curarisation, techniques de soins et de surveillance (cathéters, sondes d'intubation, urinaire, digestive), techniques d'anesthésie loco régionale (céphalées post rachidienne, neuropathies après bloc nerveux)...

- Liés aux soins post opératoires : nursing, mobilisation, pansement, ablation de drains, kinésithérapie, traitement antalgique (piqûres, injection douloureuse, perfusion trop rapide...), effets secondaires (gastralgie, nausée, vomissement, constipation...)...

- Les douleurs spontanées : efforts respiratoires, toux, reprise du transit intestinal, déglutition...

Nous avons réfléchi à "l'écologie" de cette période et nous avons recherché, repéré les situations, les comportements, l'environnement, délétères pour le patient.

Notre propos à nous, infirmiers(ères), est de vous présenter cette "chronique d'une douleur annoncée" au travers de situations que nous avons rencontrées dans notre pratique professionnelle, dans les services de soins, le bloc opératoire, la Salle de Surveillance Post Interventionnelle.

Le circuit d'un patient entrant dans un établissement de santé pour une intervention chirurgicale, depuis l'accueil aux admissions jusqu'au retour dans le service de soins après le passage au bloc opératoire, via la radio et autres services médico techniques, est source de stress, d'angoisse, de douleurs, à prendre en compte par les soignants à tout moment.

Une réflexion sur le quotidien, et un regard "par-dessus le guidon" vous sont proposés.

Les situations décrites montrent les différents moments où nous soignants, nous pouvons "provoquer" la douleur, par nos comportements, nos paroles, nos gestes de soins, ces gestes pourtant indispensables dans le processus de guérison.

Une enquête effectuée en 2003 par l'équipe du département d'anesthésie réanimation algologie de l'institut Bergonié, Centre Régional de Lutte Contre le Cancer montrent que 70% des patients expriment une douleur en SSPI, dont 38% une douleur induite par les gestes de soins.(2)

A la lecture des résultats on remarque que la mobilisation, la kinésithérapie respiratoire, les soins de confort provoquent les douleurs les plus intenses. La répétition de ces actes aggrave la douleur. **La douleur provoquée par les soins est considérée par les patients comme plus intense que la douleur de la chirurgie.**

Partant de ce constat, trois éléments essentiels entrent en jeu pour une prise en charge optimale de la douleur :

Les besoins des soignés, exprimés et évalués : redonner sa place au patient par l'écoute et l'acceptation de sa propre évaluation.

Le savoir-faire et les connaissances des soignants : la performance individuelle du soignant est l'aboutissement d'une formation initiale et continue indispensable.

La réalisation, c'est à dire l'organisation de la prise en charge effective par l'ensemble des acteurs du soin.

C'est dans la combinaison et la prise en compte équilibrée de ces trois éléments que s'obtient la qualité de prise en charge de la douleur.

• *La sensibilisation et la formation des équipes soignantes*

Tous les acteurs sont concernés par la douleur induite par la chirurgie : le chirurgien, l'anesthésiste, le cadre de santé, les infirmières, les aides soignants, les Infirmiers Anesthésistes, les Infirmiers de Bloc Opératoire, les manipulateurs radio, les kinésithérapeutes, l'ingénieur bio médical, le pharmacien, le brancardier, la standardiste... Une sensibilisation de tous est indispensable, les moyens de cette sensibilisation à mettre en œuvre restent à déterminer par chaque établissement, selon sa motivation et la créativité des équipes.

Une formation initiale "douleur" obligatoire pour les professionnels de

santé est un pré requis pour une bonne prise en charge.

La mise en place de "référénts douleur" dans chaque service permet l'implication de tous. C'est un moteur essentiel régulé par les "coordinateurs douleur", médecin et infirmier en mission transversale.

La formation continue, indispensable à l'actualisation des connaissances, peut se faire au travers de cours théoriques ou d'apprentissage de techniques, coordonnés par le CLUD, lien entre les différents acteurs impliqués et moteur dans la recherche d'actions innovantes.

Des formations aux techniques "non médicamenteuses", telles que la relation d'aide, la relaxation, le toucher massage..., apportent une approche de soins particulièrement appréciée des soignés et ouvrent un champ de compétence différent aux soignants qui s'y impliquent.(3)

• *L'organisation des soins*

C'est tout l'intérêt de la démarche qualité.

Le patient se retrouve au centre du système de soins, il peut alors redevenir acteur dans le processus thérapeutique et l'organisation se calque sur ses besoins :

- L'accueil : personnalisé, dossiers préparés, personnel disponible.

- L'information : ciblée, orale et écrite, répétée à plusieurs moments.

- L'évaluation de la douleur : systématique, par tous et aux différents moments du soin.

- La mise en commun des informations : pour un partage indispensable au suivi des soins.

- L'écriture, la prescription et l'application de protocoles, correspondant à des situations cliniques reconnues.

- L'évaluation des pratiques par des audits des équipes soignantes et des documents de soins.

- L'évaluation du soulagement des patients par des enquêtes de satisfaction, répétées régulièrement dans le but d'apporter des mesures correctives.

Cette proposition de restructuration, cette autre "façon de faire" est souvent vécue comme une ingérence dans les habitudes des services.

Mais les bénéfices retirés sont pourtant appréciables tant **pour le patient** :

- prise en compte de son opinion

- soulagement effectif de sa douleur

- retour plus rapide à une activité normale

- continuité des soins entre différents intervenants

pour les équipes :

- meilleure planification des soins

- facilitation des prescriptions médicales

- réduction des appels de patients algiques

- diminution du stress face à la douleur grâce à une réponse rapide et adaptée

- valorisation du travail d'équipe.(4)

• *La relation au patient dans les gestes de soins.*

Il nous paraît important de reprendre quelques principes pour avoir une meilleure efficacité dans la prise en charge de la douleur :

- La prise en charge globale du patient avec une recherche des situations de "déséquilibre" des besoins fondamentaux passe par l'écoute, premier acte engageant la relation soignant-soigné.

Des actes simples comme une présence calme et un respect de l'intimité et de la pudeur qui semblent "aller de soi" sont parfois ce qui fait le plus défaut dans nos façons d'être, dans des situations banalisées par l'habitude.

- L'anticipation de la douleur permet de limiter l'appréhension du geste douloureux, que ce soit par un médicament ou par un comportement et un langage adapté, et une information du patient.(5)

- La compétence technique des soignants qui permet de faire le bon geste au bon moment, de donner la bonne réponse à une demande d'explication, d'utiliser le matériel le mieux adapté.

- Les transmissions d'information à tous les acteurs de soins pour une bonne coordination des différents moments des actes de soins.

- L'adaptation de l'environnement, l'ergonomie des lieux et des différents moyens de transport, les aménagements architecturaux ouvre un débat un peu inhabituel dans la prise en charge de cette douleur annoncée où tous les moments du séjour du patient peuvent être source de douleur.

Le but de cette présentation est de suggérer la réflexion et proposer

quelques pistes de solutions. Il n'existe pas de méthode idéale mais une personnalisation de la prise en charge, une recherche de l'adéquation entre la demande explicite ou implicite du patient et l'offre de soin devraient permettre de prévenir, traiter et soulager la douleur péri opératoire.

Bibliographie :

- (1) Epidémiologie de la douleur post opératoire. L Brasseur, A Lamy. Edition 1996 JEPV
- (2) Poster de l'équipe de l'institut Bergonié, CRLCC, Bordeaux, présenté à la SFAR en 2003
- (3) Rôle propre infirmier et prise en charge des douleurs provoquées par les soins. B Lombart. SOFRED 1999
- (4) P A Q Douleur UNEMH extrait du livre " DOULEUR Programme d'Amélioration de la Qualité, mode d'emploi " E Vassort, J Le Gall (Masson 2003)
- (5) Analgésie pour chirurgie ambulatoire, épidémiologie. A Wolff, A Forster. SFAR 1999

08 – Douleurs iatrogènes et soins aux brûlés.

Dr. Jacques Latarjet. C.H. St Joseph et St Luc. Lyon. France.

Les phénomènes douloureux qui peuvent émailler l'évolution d'une brûlure sévère constituent par leur intensité et leur durée l'une des expériences les plus pénibles qu'il soit donné de rencontrer en clinique humaine.

Un fond douloureux continu et des douleurs intermittentes dues aux mouvements et aux traitements constituent les deux composantes bien distinctes de la douleur du brûlé. (1)

Il est très possible de supprimer la première sans pour autant le payer d'effets secondaires néfastes ; il n'en est pas de même pour les douleurs intermittentes qui sont en très grande partie dépendantes de la thérapeutique (pansements), donc iatrogènes. Par leur répétition, et leur très haut niveau d'intensité, elles sont pour le thérapeute un véritable défi souvent non résolu avec des choix difficiles entre :

- L'efficacité du traitement lésionnel.
- Les conséquences immédiates et tardives de douleurs iatrogènes non contrôlées.
- Les effets ...iatrogènes des procédés nécessaires à ce contrôle.

Ces contradictions expliquent que, d'après plusieurs enquêtes effectuées en Europe et en Amérique du Nord, la douleur du brûlé est insuffisamment traitée, particulièrement chez l'enfant et chez les patients ambulatoires.

Physiopathologie :

Elle est dominée par la notion d'hyperalgésie. La brûlure de la peau sert d'ailleurs de modèle expérimental d'hyperalgésie primaire et secondaire chez l'animal et chez l'homme. (2)

D'abord en raison des phénomènes inflammatoires qui sont une composante majeure, (systémique dans les lésions étendues) constantes, et durable (au-delà de la cicatrisation) de la brûlure.

Ensuite parce que de nombreux arguments plaident en faveur d'une implication du système nerveux central dans le déterminisme de la douleur du brûlé : comment expliquer autrement les phénomènes d'hyperalgésie secondaire, d'apparente diminution de la " résistance " à la douleur, d'augmentation des doses nécessaires d'opioïdes (" résistance ", encore ?) ; et pourquoi cette évolution du " profil douloureux " clinique du brûlé grave qui devient plus proche après quelques semaines, de celui d'un sciatalgique chronique que de celui d'un traumatisé régent. Et, curieusement, l'anesthésique-analgésique le plus populaire chez les brûlés depuis les années 1960 est la kétamine, administré chez des centaines de milliers de brûlés dans le monde alors que ses propriétés anti-NMDA n'étaient évidemment pas soupçonnées. (3)

Pourquoi traiter la douleur du brûlé ?

En dehors de l'exigence essentielle que constitue la demande de soulagement du brûlé, la douleur non contrôlée peut être chez lui la cause de multiples complications :

- Perte de confiance du patient dans l'équipe soignante à l'origine de comportements inadaptés (soi-disant " délire du brûlé ") gênant la thérapeutique,

- Facteur supplémentaire d'hyper métabolisme favorisant dénutrition et immunodépression.

- Augmentation du risque de désordres psychiatriques au stade aigu et après cicatrisation (névroses post-traumatiques chez 15-20 % des brûlés hospitalisés) (4).

Principes de traitement : ils sont simples mais spécifiques :

- Évaluer et traiter séparément la douleur continue et la douleur intermittente.

- En raison des très grandes variations intra et interindividuelles (liées à l'individu et à son métabolisme) qui rendent difficiles la prédiction des posologies, prévoir des marges suffisantes d'adaptation dans les protocoles.

- Évaluer régulièrement l'état psychologique.

- Éviter la " polypharmacie " et bien connaître la pharmacologie chez le brûlé des médicaments utilisés.

Douleur continue :

Son traitement va interférer avec celui des douleurs intermittentes :

- Les médicaments utilisés sont. identiques
- Les douleurs intermittentes seront d'autant plus difficiles à traiter que la douleur continue est mal contrôlée
- Après un acte douloureux, le niveau de douleur continue est toujours plus élevé.

Médications possibles :

Opioides du palier III pour la plupart des brûlures.

Par voie IV : morphine (dose de départ : 25microg/Kg/h + bolus de 25mcg/kg)

Per Os : Morphine LP , dose IV X 2 ou 1 à 2mg/Kg/24h. + morphine standard en interdoses

Opioides du palier II : Pour les cas moins douloureux.

AINS : efficaces (mais dangereux pour le rein du brûlé, volontiers hypovolémique...)

Paracétamol : tres utile à condition d'être administré à doses fixes toutes les 4 heures.

Douleurs intermittentes, les pansements.

Ils sont pratiqués quotidiennement, parfois plusieurs fois par jour et le plus souvent au lit du malade.

Le praticien doit satisfaire plusieurs exigences contradictoires :

- Respecter la conscience et permettre l'alimentation et l'ambulation avant et après l'acte.
- Contrôler de hauts niveaux d'intensité douloureuse (parfois émaillés de paroxysmes brefs) pendant des temps relativement courts (20 à 40 minutes environ,)
- Éviter les " rebonds " douloureux après l'acte.

Les traitements pharmacologiques sont pour cela indispensables.

■ Avec en première ligne les morphiniques IV.

Nous avons retenu parmi eux l'Alfentanyl : son court délai d'action permet une adaptation rapide des posologies à la situation ; son effet analgésique qui dure environ 20' est bien adapté à la durée moyenne des pansements, et sa 1/2 vie de 90' permet une analgésie post-procédurale acceptable. Des bolus de 10 mcg/Kg sont administrés jusqu'à l'obtention d'une analgésie suffisante et éventuellement répétés ; dans une série de 59 pansements d'une durée moyenne de 41+/- 20 minutes, réalisés chez 19 malades (Surface brûlée moyenne de 21,13%) la dose initiale nécessaire a été de 22,2+/- 12 mcg/Kg et la dose totale nécessaire de 29,9 mcg/Kg . Dans notre expérience, l'association de ce protocole à une perfusion continue de 2mcg/Kg/min. améliore l'efficacité sans entraîner de complication, notamment respiratoire.

Le Remifentanyl agit encore plus vite ; son élimination rapide et complète par les estérases plasmatiques en font un agent particulièrement utile chez les patients à haut risque.

Les antagonistes ou agonistes partiels comme la nalbuphine (largement utilisée chez les enfants) ou la buprenorphine ont moins d'intérêt

du fait de leur effet " plafond ".

L'analgésie intraveineuse a des limites notamment lors des premiers pansements lorsqu'un véritable " décapage " des lésions (" débridement ") est réalisé et que les doses efficaces entraînent aussi apnée et perte de conscience. Il est alors nécessaire de recourir à l'anesthésie générale.

- L'administration simultanée d'agents anesthésiques au lit du malade selon la technique de " sédation consciente " peut aussi être proposée ; elle nécessite des anesthésistes expérimentés ; la kétamine est encore très utilisée chez l'enfant malgré ses effets dysphoriques parfois graves. Le propofol, en auto-administration (5) paraît maniable et efficace dans une étude récente.

- Pour les brûlures moins douloureuses, la prémédication 90 minutes avant le pansement par de la morphine orale à la dose de 0,5 à 1mg/Kg est une méthode largement utilisée ; en cas d'analgésie insuffisante, on peut compléter le traitement par de l'alfentanyl IV ou du protoxyde d'azote, qui, bien que peu analgésiant, (et peu documenté chez le brûlé...) reste l'agent anesthésique le plus sûr dans cette indication.

- D'autres traitements pharmacologiques peuvent être signalés :

- La Méthadone orale
- La Ketamine orale ou intra-rectale
- Le Fentanyl sublingual
- L'application locale de morphine (expérimental).

- Les anxiolytiques ne doivent pas être proposés systématiquement ; surtout en association avec les morphiniques dont ils potentialisent considérablement les effets sur la respiration et la conscience. Ils doivent être réservés au traitement de l'anxiété qui est habituellement anticipatoire et qui disparaît avec une analgésie efficace.

Les traitements non pharmacologiques :

Des recherches physiologiques récentes montrent que l'anticipation de la douleur en accroît l'intensité ; apportant des arguments aux partisans des techniques d'hypnose, de biofeedback, de distraction ou de réalité virtuelle interactive. Ces procédés qui demandent du temps et du savoir-faire peuvent être utiles dans le traitement de la douleur du brûlé, surtout chez les patients présentant des symptômes de stress post-traumatique précoce, mais ils ne doivent en aucun cas être utilisés seuls.

Les autres douleurs intermittentes.

Ce sont celles qui sont en relation avec les mouvements, l'ambulation, et la kinésithérapie.

Une bonne connaissance du maniement des morphiniques intraveineux acquise dans la réalisation des pansements permet de les maîtriser assez facilement.

- Au cours des transports pré-hospitaliers, l'immobilisation en coquille et l'administration de morphines IV sont habituellement très efficaces.

- Pendant l'hospitalisation, il sera, là encore, très largement fait recours aux opioïdes IV à court délai d'action ; et l'on n'hésitera plus à administrer de l'alfentanyl IV avant un lever. On profitera de l'analgésie administrée pour les pansements pour réaliser les gestes de kinésithérapie les plus douloureux notamment au niveau des extrémités (la kinésithérapie sous morphiniques nécessite un apprentissage spécifique, la douleur n'étant plus là pour guider le thérapeute ...).

La douleur du brûlé sous ventilation artificielle.

Il a été clairement montré qu'à gravité de brûlure égale, la consommation de médicaments morphiniques était beaucoup plus importante chez le brûlé ventilé. Le déterminisme de cette différence n'est pas prouvé ; mais de fortes présomptions plaident en faveur de l'utilisation inappropriée des morphiniques à des fins sédatives chez ces patients, utilisation elle-même responsable du développement d'une " résistance " d'origine centrale à ces médicaments.

La douleur de l'enfant brûlé.

Environ 20 % des brûlés hospitalisés sont des enfants de moins de 4 ans. Bien que leurs systèmes inhibiteurs de la douleur soient probablement moins puissants que ceux des patients plus âgés, ils sont généralement moins bien traités.

Pourtant, si jusqu'à trois mois, les doses de morphiniques doivent être divisées par trois en raison de l'immaturation hépatique et rénale, on peut

ensuite appliquer aux enfants les protocoles des adultes car les propriétés pharmacocinétiques et pharmacodynamiques en particulier respiratoires des morphiniques ne sont pas différentes ; en âge préscolaire, leur élimination rapide (1/2vie de la morphine et de l'Alfentanyl divisées par deux) expliquent la nécessité de doses supérieures.

Les surdosages accidentels justement redoutés chez les enfants proviennent essentiellement des difficultés de l'évaluation de la douleur (surestimation).

La douleur du brûlé " âgé ".

Le risque de surdosage est chez lui bien réel, et volontiers sournois, les troubles de la conscience et les complications respiratoires (par dépression du réflexe de toux et réduction du volume courant) se constituant à bas bruit.

On se méfiera chez lui des médicaments à libération prolongée et l'on privilégiera les morphiniques IV à élimination rapide (remifentanyl).

La douleur des brûlés traités en ambulatoire.

95 % Des brûlés nécessitant des soins médicaux sont traités en ambulatoire. La plupart ne reçoivent aucun traitement antalgique autre que le paracétamol.

Pour la douleur continue, celui-ci doit être administré à doses fixes toutes les 4 heures ; et si nécessaire être associé à des morphiniques de palier II. Pour les pansements réalisés à l'hôpital, la plupart des protocoles réalisés au lit sont applicables en ambulatoire à la condition qu'une surveillance de quelques heures soit possible.

Évaluation de la douleur chez le brûlé.

Elle n'a pas de particularité (sinon qu'un brûlé hospitalisé sur deux ne peut se servir de ses mains donc d'un stylo ou d'un curseur). Chez le petit enfant, c'est l'échelle C.H.E.O.P.S que nous utilisons en routine en tenant compte des possibilités d'atonie psychomotrice qui peuvent apparaître très vite (en quelques heures) chez l'enfant insuffisamment traité.

L'évaluation de l'intensité de la douleur est absolument indispensable pour adapter en toute sécurité et rapidement les protocoles dont les doses de départ sont volontairement basses en raison des très grandes variations individuelles déjà mentionnées.

Conclusions

La douleur " iatrogène " est chez le brûlé, inévitable, et difficile à contrôler : un objectif " zéro-douleur " dans un service de brûlés est irréaliste. Le traitement chirurgical précoce des brûlures profondes qui réduit considérablement le nombre de pansements a été récemment un progrès considérable pour les brûlures de moyenne importance (inférieures à 30 % de la surface corporelle).

Pour les brûlures plus graves, les effets délétères de la douleur sur l'organisme et le psychisme peuvent être limités par une prise en charge précoce et une surveillance de tous les instants qui demande beaucoup de temps et de savoir-faire à l'ensemble de l'équipe soignante.

Malgré tout, la douleur de ces grands brûlés est une douleur aiguë qui prend assez rapidement des caractères de chronicité (" envahissement douloureux ", évaluation difficile, dépression psychique, etc...) dont le traitement est particulièrement difficile ; et l'avenir réside sans doute dans les possibilités futures de prévention des phénomènes d'hyperalgésie centrale qui bloqueront cette évolution.

Bibliographie

- 1) Choinière M., Melzack R., Rondeau J., Girard N., Paquin M.J. The pain of Burns : characteristics and correlates. J. Trauma 1989,29(11) : 1531-9.
- 2) Pedersen J.L., Kehlet H. Secondary hyperalgesia to heat stimuli after burn injury in man. Pain 1998,76 (3) : 377-84.
- 3) Latarjet J., Lépine O., Dorne R. Utilisation de la kétamine chez le brûlé ; à propos de 1000 anesthésies. Anesth Analg 1975,32(5) :763-81.
- 4) Van Loey N.E., Maas C.J., Faber A.W.,Taal L.A. Predictors of chronic posttraumatic stress symptoms following burn injury : results of a longitudinal study. J Trauma Stress 2003, 16(4) :361-9.
- 5) Coimbra C., Choinière M., Hemmerling T.M. Patient-controlled sedation using propofol for dressing changes in burn patients : a dose-finding study. Anesth Analg 2003,97(3) :839-42.

09 – Douleurs iatrogènes en Odontologie.

Paul Pionchon, MCU-PH, Inserm O216, Centre de Soins d'Etudes et de Recherches Dentaires, Clermont-Ferrand.

« *Jamais ne vécut philosophe qui puisse en patience endurer le mal de dents* ». (SHAKESPEARE)

L'odontologiste est spécifiquement confronté à la prise en charge des douleurs oro-faciales, qui sont largement représentées par les douleurs du système trigéminal (V). Elles concernent environ 25% de la population générale et se répartissent entre douleurs dentaires et péri-dentaires (12%), musculo-articulaires (12%) et douleurs neuropathiques et idiopathiques (1%).

Ces douleurs présentent une triple spécificité:

Organisation neuro-sensorielle du trijumeau.

La pulpe dentaire, la corne sont particulièrement riches en récepteurs ; les lèvres et la langue sont les régions les plus richement innervées du corps. Les neurones du complexe sensitif du trijumeau sont entre autres caractérisés par l'étroitesse de leur champ récepteur qui explique l'acuité de la discrimination. L'étendue de la représentation thalamique ou corticale est la plus importante de l'organisme.

Aspects psycho-comportementaux.

La bouche est une zone particulièrement investie lors du développement psycho-sensoriel de l'enfant et importante dans la représentation du schéma corporel de l'adulte. Elle est à la fois :

*Lieu de nutrition, fonction essentielle à la vie et siège du goût.

*Lieu de respiration

*Lieu de la parole, siège de la mimique et zone érogène, c'est le principal effecteur de la communication.

Ainsi, compte tenu des représentations complexes liées à la bouche et aux dents d'une part, de l'intensité de la mise en jeu émotionnelle qui accompagne tout ce qui touche à ces organes, on peut comprendre que la douleur, phénomène d'expression subjective, pourra avoir, au niveau oro-facial, une tonalité affective et cognitive particulière.

Organisation des soins:

Bien que limité à un territoire anatomiquement circonscrit, l'odontologiste traite des douleurs aiguës et persistantes, d'étiologies et de physiopathologies diverses et selon des modes thérapeutiques variés: chirurgie dentaire et maxillaire dans laquelle il assure la plupart du temps lui-même le geste anesthésique et abord médical, orthopédique, rééducatif sur le plan fonctionnel, rassurant sur le plan émotionnel et cognitif. Les thérapeutiques chirurgicales sont essentiellement pratiquées à l'état vigile, dans une proximité corporelle et émotionnelle qui caractérise la relation des protagonistes, et un vécu manipulatoire des actes thérapeutiques.

Deux enquêtes, commanditées par l'Association Dentaire Française (SOFRES, BVA), consacrées aux résistances des Français à l'égard des soins dentaires, révèlent que l'une des principales barrières à l'accès aux soins est liée à la peur de la douleur, et secondairement au manque de disponibilité du praticien. Douleur, peur et perception d'une prise en charge insuffisante apparaissent donc actuellement comme des facteurs prépondérants de la mauvaise santé bucco-dentaire. En chirurgie dentaire, les phénomènes de sensibilisation, de mémorisation et les anticipations du vécu douloureux constituent des facteurs d'exacerbation de celui-ci. Les conduites d'évitement qui en découlent (50% de la population) ont un effet délétère sur la santé bucco-dentaire et constituent un véritable problème de santé publique.

La douleur dentaire (la plus grande et la plus cruelle des douleurs qui n'entraînent pas la mort, Ambroise PARE), est bien souvent le motif initial de la consultation, dans un vécu d'anxiété pour les patients et de tension psychique pour les praticiens. Nombreux sont les praticiens qui s'étonnent de telles situations à l'heure où l'évolution de l'exercice de l'odontologie, le haut niveau de technicité qu'elle a atteint et l'utilisation de plus en plus systématique de l'anesthésie loco-régionale auraient été censés éradiquer un tel phénomène. Il est frappant pour

le clinicien de constater que, malgré les progrès des protocoles anesthésiques, nombreux sont les sujets qui souffrent encore chez le dentiste. Bien malgré lui, celui-ci se retrouve la cible des projections inconscientes du patient (Le dentiste aime faire mal). Il a été montré que celles-ci semblent largement corrélées aux modèles familiaux, et plus largement à ceux qui sont véhiculés par la mère, et que la douleur associée aux soins dentaires est plus une construction émotionnelle et cognitive qu'une perception physiologique. On ne sera donc pas surpris que pour beaucoup de patients le dentiste idéal se caractérise certes par sa dextérité (34 %), mais aussi par sa bienveillance (36 %) et sa "capacité de réassurance vis-à-vis de l'angoisse et de la douleur" (31 %). Dans sa pratique clinique, l'odontologiste se retrouve donc conduit à tenir compte de la dimension subjective de la douleur orofaciale, et des affects angoissants qui l'accompagnent.

En ce qui concerne la douleur aiguë, l'objectif pourrait être en première intention d'aménager au mieux, par l'effet de la prise en charge, la part d'angoisse liée à la situation de soin, et qui constitue un parasitage des procédures anesthésiques et thérapeutiques. A minima, il serait souhaitable que, par son attitude, il ne devienne pas un agent renforteur d'une double iatrogénéité sensorielle et psychique. Le développement de protocoles de sédation vigile (Meopa, techniques comportementales, hypnose...) a pour objectif de répondre à cette impérieuse nécessité.

La sédation vigile grâce au MEOPA présente un intérêt certain pour l'accès aux soins de certains groupes de patients : les enfants, les handicapés et tous les patients présentant une angoisse vis-à-vis de l'acte thérapeutique. Son utilisation en odontologie fait appel à des mélanges n'excédant pas 50 % de protoxyde d'azote, ce qui assure une sécurité de l'acte. Cette concentration permet une sédation, suffisante à la réalisation d'une anesthésie autorisant un soin sans douleur. Ceci impose une formation spécifique des praticiens accrédités à l'utilisation de cette technique. Il serait souhaitable que la formation des étudiants et des praticiens inclue également des enseignements spécifiques sur la douleur et la relation thérapeutique.

Exclusivement formé pour contrôler les douleurs per et post-opératoires, l'odontologiste se trouve parfois confronté à des douleurs persistantes et des plaintes de ses patients qu'il a plus de peine à comprendre et à traiter. Seul soignant qualifié pour reconnaître, diagnostiquer, traiter les douleurs dentaires et péri-dentaires, son expertise dans le diagnostic différentiel des douleurs orofaciales est irremplaçable. Néanmoins, sa formation est très spécialisée dans l'acquisition de connaissances et de savoir-faire basés sur un modèle lésionnel et biomécanique de la douleur. Ce qui conduit souvent à des choix thérapeutiques inadaptés qui sont également des facteurs de séquelles douloureuses iatrogènes chroniques.

L'odontologiste se doit d'acquérir une compréhension non seulement des maladies, mais bien du malade souffrant, dont la prise en charge relève de sa capacité professionnelle. Il devrait être capable d'évaluer ses compétences, de différer éventuellement son action, d'établir des dépistages pertinents et d'orienter son patient vers un confrère d'une autre discipline compétent en la matière et d'amorcer une collaboration pluridisciplinaire indispensable.

Combattre la douleur et la peur des soins est devenu, au regard de nos connaissances, une nécessité technique incontournable et une obligation déontologique vis-à-vis des données acquises de la science.

L'odontologiste soucieux de la douleur de ses patients devrait donc envisager un triple objectif :

-comprendre la douleur parce que beaucoup d'impasses, dans lesquelles nous entraînent des habitudes thérapeutiques anciennes, proviennent d'un manque de connaissance des avancées considérables de ces dernières années et d'une incompréhension du vécu du patient.

-évaluer la douleur et l'anxiété, car il s'agit d'un diagnostic positif et différentiel difficile.

-prévenir et traiter la douleur, par l'utilisation rationnelle des thérapeutiques en fonction des mécanismes évalués et prendre en charge le patient par la qualité de la relation thérapeutique.

Dans tous les cas, l'optimisation des pratiques nécessite la mise place de formations initiales et continues, ainsi que de dispositions réglementaires et financières adéquates.

DALLEL R, VILLANUEVA L, WODA A, VOISIN D, Neurobiologie de la douleur trigéminal. Médecine & Sciences 19 :567-574, 2003.

GODEFROY J.N, BOUCHER Y, Importance de la démarche diagnostique dans le traitement des douleurs oro-faciales, Information Dentaire N° 29, 2000, pp 2171-2176.

HENNEQUIN M, FAULKS D. Utilisation du mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote au cours des urgences dentaires. Urgence Pratique 2002 ; 54 :41-43.

SOCIETE DE MEDECINE DENTAIRE, Le patient anxieux, Revue Belge de Médecine dentaire, vol 58/2, 2003.

MAGGIARIAS J, LOCKER D, Psychological factors and perceptions of pain associated with dental treatments, Community Dent Oral Epidemiol, 2002 : 30, 151-59.

MESNAY W, " Douleur oro-faciale; un modèle bio-psycho-social", in L'information Dentaire, n° 77, Paris, 1995, pp 1385-1390

PIONCHON P, " Manifestations du psychisme dans les douleurs oro-faciales", in Réalités Cliniques, Les douleurs orofaciales, Paris, Vol. 5 n°2 1994, p.241.

WODA A, PIONCHON P, Tableau sémiologique, étiologie et mécanismes des algies oro-faciales idiopathiques, 57 (3):265-283, 2001.

010 – Douleur et séquelles du traitement du cancer

Mario DI PALMA, Centre de traitement de la douleur, Département de Soins de Support, Institut Gustave Roussy, 94805 VILLEJUIF

Les séquelles des traitements des cancers, en particulier les séquelles douloureuses, constituent un problème fréquent. La cause en est paradoxalement les progrès thérapeutiques réalisés dans les traitements des cancers. En effet, il y a de plus en plus de patients guéris et beaucoup, même en phase avancée ou métastatique, ont une survie prolongée et sont donc à même de souffrir des phénomènes douloureux liés aux traitements.

Par ailleurs, la chimiothérapie adjuvante a montré son efficacité dans un nombre de situations de plus en plus important, que ce soit les cancers du sein mais également, actuellement, les cancers digestifs et d'autres types de tumeur comme les tumeurs bronchiques ; cela fait que des patients potentiellement guéris sont amenés à recevoir de la chimiothérapie pendant plusieurs mois. Or, pour dans certain nombre de cas, les traitements utilisés sont justement ceux qui sont pourvoyeur de séquelles douloureuses, en particulier à type de neuropathie.

Tous les traitements utilisés en cancérologie (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie) peuvent donner des séquelles douloureuses. Nous n'aborderons pas ici la question des douleurs après chirurgie qui font l'objet d'une autre présentation.

En ce qui concerne la radiothérapie, la situation la plus fréquente est celle rencontrée après irradiation des cancers de la sphère ORL d'autant plus que les doses utilisées sont élevées et que nombre de protocoles associe radiothérapie et chimiothérapie à base de CISPLATINE. Ces traitements souvent efficaces, pouvant amener la guérison dans bon nombre de cas, sont sources de fibrose au niveau cervical, d'hyposialie particulièrement gênante pour les patients et de douleurs essentiellement de type neuropathique. Ces séquelles sont le plus souvent définitives et nécessitent donc un accompagnement des patients, en particulier au niveau psychologique. La prise en charge thérapeutique associe les traitements des douleurs neuropathiques (voir ci-dessous), l'acupuncture, en particulier l'acupuncture auriculaire (auriculothérapie) qui peut parfois être utile et la kinésithérapie dont il ne faut pas

sous estimer l'intérêt pour lutter contre les rétractions et les contractures réflexes souvent très douloureuses en elles-mêmes.

Les chimiothérapies sont de loin les principaux pourvoyeurs de douleurs séquellaires après traitement des cancers. Les principales molécules en cause sont les vinca - alcaloïdes, comme la vincristine et la vinorelbine, les sels de platine en particulier le CISPLATINE et l'OXALIPLATINE et les taxanes, PACLITAXEL et DOCETAXEL.

L'importance des neuropathies observées va dépendre tout d'abord des doses cumulatives reçues par les patients et d'autre part, d'une susceptibilité individuelle. Il existe clairement un effet dose avec, par exemple, pour la CISPLATINE des signes cliniques qui apparaissent au-delà d'une dose cumulée de 600 mg/m², ce qui correspond en général à 6 cycles de CISPLATINE à dose pleine. Il s'agit en général d'une neuropathie sensitive qui, si le traitement est poursuivi, peut aboutir également à des signes moteurs.

L'OXALIPLATINE est une molécule de plus en plus utilisée en particulier dans les cancers digestifs, probablement bientôt en situation adjuvante, a un profil de toxicité particulier. En effet, il s'agit d'une neuropathie exacerbée par le froid donnant des paresthésies au niveau des extrémités et en péri-buccal parfois au niveau pharyngé pouvant obliger le patient par exemple à boire tiède. Cette toxicité survient dans les heures suivant l'administration de la chimiothérapie et est spontanément régressive en quelques jours puis, au fil des administrations, l'intensité augmente, la durée également. Si le traitement est poursuivi, les signes deviennent permanents. Il est fondamental que les signes neurologiques soient dépistés et mesurés chez tout patient recevant une chimiothérapie potentiellement neurotoxique étant donné, comme on va le voir, que les possibilités thérapeutiques sont très limitées.

En terme de traitement préventif, il semble que le fractionnement de la chimiothérapie puisse avoir un effet, et que, dans certains cas, en particulier avec les taxanes, les toxicités sont en partie liées avec le pic sérique de la chimiothérapie. Il semble donc que, mais ceci est à confirmer dans les essais prospectifs, que l'administration hebdomadaire de taxanes (au lieu d'une administration toutes les 3 semaines) améliore les problèmes de neuropathie. La chrono - chimiothérapie c'est à dire l'administration de la chimiothérapie à certaines heures dans la journée aurait également un effet bénéfique, pour le cisplatine et surtout l'oxaliplatine.

En fait, la principale mesure préventive consiste à interrompre la chimiothérapie avant d'avoir une toxicité permanente et handicapante pour le patient. Cela est d'autant plus vrai s'il existe un terrain favorisant, en particulier un diabète. Il faut donc insister sur l'absolue nécessité d'une surveillance clinique régulière de ces patients.

Il n'y a pas actuellement de traitement curatif. Aucun traitement n'a montré son efficacité pour favoriser la cicatrisation nerveuse. La place de molécules de chimio-protection comme l'AMIFOSTINE est discutée actuellement. Les vitamines B1, B6, PP, n'ont pas démontré d'efficacité. Les neuropathies, post-chimiothérapie, une fois installées, peuvent durer plusieurs mois, voire plusieurs années avec souvent une aggravation à distance de la fin de la chimiothérapie avant une phase d'amélioration.

Le traitement symptomatique vise essentiellement à améliorer les phénomènes douloureux qui très souvent accompagne ces neuropathies. On aura ainsi recours en cas de douleurs permanentes, à type de paresthésies, aux antidépresseurs tricycliques, les inhibiteurs de la recapture de la SEROTONINE n'ont pas d'intérêt démontré dans cette situation. Les anticonvulsivants peuvent être intéressants en cas de fulgurance, en particulier la GABAPENTINE semble utile et bien tolérée.

011 – Douleurs neuropathiques post chirurgicales

Hael ALCHAAR, Département d'Evaluation et Traitement de la Douleur CHU Nice

Si les douleurs aiguës postopératoires sont considérées comme une réalité quotidienne plus au moins acceptée par les patients, les douleurs chroniques secondaires au geste chirurgical représentent en quelque sorte un échec traduisant une complication imprévue posant souvent un problème de prise en charge diagnostique et thérapeutique.

Toute intervention chirurgicale peut entraîner différentes lésions nerveuses périphériques per opératoires, partielles ou complètes, qui sont souvent sources de douleurs neuropathiques aiguës postopératoires, évoluant par la suite vers la chronicité avec la mise en jeu de plusieurs mécanismes physiopathologiques périphériques (décharges ectopiques, décharges croisées, sensibilisation périphérique, implication du système sympathique...) et centraux (sensibilisation centrale, altération des systèmes de modulation, phénomènes de plasticité,...) expliquant certains phénomènes symptomatiques et cliniques.

Les interventions chirurgicales qui entraînent souvent des douleurs chroniques sont réalisées dans le cadre d'une chirurgie mammaire, thoracique, cardiaque, orthopédique, dentaire, herniaire, gynécologique ou urologique, d'une sympsectomie lombaire, d'une amputation rectale et également d'une vasectomie.

Plusieurs critères sont nécessaires pour retenir le diagnostic de douleur chronique post-chirurgicale:

- 1) La douleur doit survenir après le geste chirurgical;
- 2) Elle doit persister depuis au moins deux mois;
- 3) Une autre étiologie doit être exclue (évolution d'un cancer malgré l'intervention, une autre pathologie concomitante,...);
- 4) Exclure la possibilité d'une douleur préexistante et évolutive.

La description de sensations de fourmillements, de picotements, d'élançements, de broiements et de brûlures avec l'existence à l'examen clinique de troubles de la sensibilité superficielle (hypoesthésie, allodynie, hyperalgésie) doivent évoquer une douleur neuropathique en rapport, dans le contexte, avec une lésion nerveuse périphérique.

En cas de survenue d'une lésion nerveuse per opératoire, la douleur post opératoire "normale" disparaît en 2 à 10 jours en laissant la place à des douleurs neuropathiques évoluant vers la chronicité en 2 à 3 mois. Cependant, en raison de l'intervalle libre qui peut exister entre la lésion nerveuse et la survenue des symptômes cliniques, le diagnostic n'est pas toujours facile et nécessite parfois un bilan complémentaire avant de retenir l'origine iatrogène.

Il n'existe pas dans la littérature d'études prospectives évaluant l'incidence des douleurs neuropathiques post-chirurgicales. En se basant sur quelques études rétrospectives et quelques cas cliniques publiés, on retrouve selon le geste chirurgical réalisé une incidence variable entre 8 et 50% à 12 mois.

Dans le cadre de la chirurgie mammaire on rencontre plusieurs types de douleurs neuropathiques :

- douleurs fantômes (différentes des sensations fantômes qui sont perçues comme émanant du territoire amputé et notamment de la perception extrêmement réelle pour le patient de la persistance d'un membre qui a subi une amputation) : elles surviennent après une mammectomie radicale. Leur fréquence est variable (entre 49% à un an à 17% à six ans).
- névralgie intercostobrachiale: La douleur apparaît après une curage axillaire et elle est présente selon les séries publiées chez 5 à 7 patientes sur 8. Elle s'installe de façon variable, pouvant commencer juste après l'intervention ou bien après un délai de plusieurs semaines à plusieurs mois. Ce syndrome est dû à une lésion chirurgicale du nerf intercostobrachial puis au développement ultérieur d'un névrome.
- Douleurs liées à un problème de cicatrisation avec sensations permanentes de brûlures et d'élançements, accompagnées souvent d'allodynie ou d'hypoesthésie péri cicatricielles.
- Douleurs des névromes: la formation des névromes est plus fréquente

après une tumorectomie qu'une mammectomie. Elles sont de topographie locale ou tronculaire.

Les autres causes de douleurs post mammectomie telles que la pléxie post-radique ou tumorale, la névralgie cervicobrachiale, les syndromes canaux et la capsulite rétractile doivent être éliminées.

La thoracotomie entraîne des douleurs de type névralgie intercostale d'intensité très variable. Leur incidence est évaluée dans la série de Richardson à 14% à 12 mois, et à 67% dans la série de Matsunaga. L'intensité des douleurs pré opératoires ainsi que le type de la chirurgie semblent jouer un rôle important dans la survenue des douleurs post-chirurgicales. Une douleur intense, prolongée et récurrente, après une période de rémission, doit faire suspecter une récurrence. Pour évaluer ce syndrome douloureux de manière précise, il est préférable de réaliser un scanner des parties molles avec une scintigraphie osseuse. Dans la série de Keller, sur 238 patients ayant présenté une douleur post thoracotomie avec un intervalle variable, 20 avaient une récurrence tumorale.

Les douleurs neuropathiques après chirurgie orthopédique sont soit secondaires à la lésion traumatique (entorse, fracture, luxation,...), soit en rapport direct avec l'intervention chirurgicale. Elles peuvent être de topographie radulaire après une intervention rachidienne ou tronculaire après une intervention articulaire d'un membre. Les gestes chirurgicaux sur les ménisques ou la cheville sont souvent suivis de douleurs neuropathiques périphériques, cependant les progrès de la chirurgie méniscale, rend les lésions nerveuses per opératoires assez rares.

Le terme d'otalgie atypique est souvent utilisé à tort pour décrire des douleurs dentaires à type de douleurs fantômes (dent fantôme) ou, de dysesthésies chroniques post-traumatiques.

Dans la chirurgie réparatrice des hernies, on peut rencontrer 3 types de douleurs: 1) douleurs somatiques, 2) douleurs neuropathiques par lésions nerveuses périphériques, 3) douleurs viscérales et à l'éjaculation. Dans la série de Cunningham, l'incidence de ces douleurs, avec une intensité moyenne à sévère à deux ans, atteint les 11%.

La prévalence des douleurs périnéales après une chirurgie gynécologique varie de 7 à 38% à un an.

33% des patients ayant subi une prostatectomie peuvent garder comme séquelles des douleurs au niveau de l'incision ou du drain post opératoire.

Les douleurs fantômes sont un phénomène fréquent, sinon constant, après amputation, mais elles ne sont intenses que dans 10% des cas. Elles ont été décrites après la perte d'un membre, mais aussi du sein, du rectum, du nez, des yeux et même de dents. Après une amputation, il existe deux types de phénomènes: sensations fantômes et douleurs fantômes. Dans la série de Jensen, la prévalence de douleurs fantômes varie de 72% à 8 jours à 59% à 59%. Les patients décrivent des sensations de picotements, de brûlures, de compressions et de pulsations. La douleur précédant l'amputation peut jouer un rôle dans l'apparition des douleurs fantômes. La douleur fantôme immédiate est souvent similaire à la douleur la plus intense précédant l'amputation. Il n'existe pas de lien dans la littérature entre la survenue de douleurs fantômes et de variables psychologiques, y compris les réactions à l'amputation et les troubles de la personnalité ; mais, comme dans toute douleur chronique, la survenue et l'intensité dépendent de la fatigue et du stress.

Aucune étude ne met en évidence de facteurs prédictifs pouvant expliquer la survenue des douleurs chroniques post chirurgicales chez certains patients, malgré l'utilisation de la même technique chirurgicale par le même chirurgien.

Un traitement efficace des douleurs aiguës post opératoires pourrait diminuer l'incidence des douleurs chroniques séquellaires; cependant il est très difficile de réaliser des études prospectives pour chaque type de chirurgie avec une méthodologie précise permettant de conclure à une mesure préventive certaine.

La prévalence élevée des douleurs chroniques neuropathiques post chirurgicales nécessite une approche thérapeutique adaptée. Les recherches cliniques et pharmacologiques nous permettront peut être de mettre en évidence des facteurs prédictifs plus précis et d'appliquer une thérapie préventive plus efficace.

Jung B.F, Ahrendt GM., Oaklander AL., Dworkin RH. Neuropathic pain following breast cancer surgery: proposed classification and research update. *Pain* 2003; 104:1-13.

Kalauokalani DAK. and Loeser JD.. Phantom Limb Pain. *Epidemiology of Pain*, IASP Press, Seattle, 1999.

Smith WCS, Bourne DI, Sqair J, Phillips DO, Chambers WA. A retrospective cohort study of post mastectomy pain syndrome. *Pain* 1999; 83: 91-95.

Macrae WA and Davies HTO. Chronic Postsurgical Pain: *Epidemiology of Pain*. IASP Press, Seattle 1999.

Kroner K, Krebs B, Skov J, Jorgenson HS. Immediate and longterm phantom breast syndrome after mastectomy: incidence, clinical characteristics and relationship to pre-mastectomy breast pain. *Pain* 1989; 36:327-334.

012 – Céphalées et Abus médicamenteux : complémentarité des approches physiopathologiques et psychopathologiques

Dr Christelle Créac'h , Centre Stéphanois de Traitement de la Douleur, Hôpital Bellevue, CHU de Saint-Etienne,

Introduction

Une prise d'antalgiques simples plus de 15 jours par mois ou une prise d'antalgiques combinés ou d'antimigraineux spécifiques plus de 10 jours par mois pendant plus de trois mois, peut entraîner, chez un sujet céphalalgique, le développement de céphalées chroniques appelées " Céphalées induites par un abus de traitements symptomatiques antalgiques et/ou antimigraineux " ou encore " Céphalées par Abus Médicamenteux " (CAM). La responsabilité des médicaments est démontrée par le retour à un état de céphalées épisodiques après sevrage médicamenteux. Les CAM sont loin d'être rares, puisqu'elles toucheraient au moins 1 % de la population générale. Quel que soit le type de CAM, l'évolution ne peut être favorable qu'à condition de réaliser un sevrage médicamenteux. Il est également indispensable de réajuster la prise en charge des céphalées initiales (traitement de crise et traitement de fond), de corriger les différents facteurs aggravant les céphalées et la dépendance au médicament (troubles anxio-dépressifs, inadaptation au stress...), et de prévoir un suivi régulier des patients, en particulier les deux premières années (Diener and Dahlof, 2000 ; Taimi 2002).

Physiopathologie des CAM

Il n'existe actuellement aucune explication univoque des CAM. De même qu'il n'existe aucun modèle animal correct des migraines, on ne retrouve pas non plus de véritable modèle animal de CAM . De plus, les études physiopathologiques prospectives sont difficiles à réaliser chez l'homme. Différentes observations cliniques, épidémiologiques et quelques études neurophysiologiques nous permettent toutefois de mieux comprendre les mécanismes de l'aggravation des céphalées au cours de l'abus médicamenteux.

Tout d'abord, n'importe quel antalgique et/ou antimigraineux peut induire ces CAM. *Les cibles pharmacologiques étant différentes, il est donc difficile d'imaginer un mécanisme pharmacologique commun d'induction de CAM.* Par ailleurs, dans le cas d'un effet purement pharmacologique, les céphalées de rebond devraient être rythmées par la prise médicamenteuse, ce qui est en fait assez rare. *Il est toutefois probable que chaque classe médicamenteuse pourra développer ses propres mécanismes d'adaptation face à une prise répétée au long cours en fonction de ses modes d'action périphériques ou centraux , induisant ainsi différents types sémiologiques de céphalées induites et de syndromes de sevrage (Horowski 1988). Le degré de réversibilité des altérations vasculaires et/ou neuronales induites par chaque type de médicaments pourrait constituer un facteur pronostic à long terme des CAM.*

La iatrogénie médicamenteuse ne se développe que chez des patients présentant un terrain céphalalgique initial. *Ceci suggère donc que les CAM se développent sur un système trigémino-vasculaire déjà sensibilisé.*

Il est toutefois difficile de savoir si une facilitation préliminaire de la transmission nociceptive trigéminal décrite au niveau du nucleus caudalis du tronc cérébral majore le risque de développement de CAM, ou si elle n'est qu'une conséquence des CAM du fait des multiples messages afférents provenant de la sphère crano-cervicale douloureuse. L'utilisation de méthodes d'imagerie fonctionnelle cérébrale avant et après sevrage devrait permettre de mieux comprendre les dysfonctionnements centraux initiaux retrouvés en cas de CAM.

Si le mécanisme évoqué au niveau trigéminal était aspécifique, les CAM devraient se développer autant dans les migraines que les céphalées tensives ou les algies vasculaires de la face, voire les nuqualgies comptenu de la convergence des afférences cervicales et crâniennes au niveau du nucleus caudalis. Or, ce n'est pas le cas, puisque les CAM se développent majoritairement en cas de migraine, voire de céphalées tensives, et beaucoup plus rarement en cas d'algies crano-faciales autres (Zwart et col., 2003). *Ceci peut suggérer l'implication de zones impliquées plus spécifiquement dans la migraine comme certains noyaux du raphé. Là encore, les techniques d'imagerie fonctionnelle peuvent nous aider à discerner les zones impliquées.*

Les CAM se développent plus fréquemment sur des douleurs évoluant par crises, et finalement peu sur des céphalées continues (cervicalgies chroniques, céphalées chroniques post-traumatiques, céphalées tensives chroniques de novo, céphalées chroniques d'origine organique en l'absence de terrain migraineux sous-jacent). *Il semble donc que les CAM ne se développent qu'à partir d'une situation de " crise/soulagement de la crise ". On peut dès lors la rapprocher des situations de congestion nasale/décongestion induites par les vasoconstricteurs nasaux, les situations de constipation/diarrhée induites par les prises de laxatifs et enfin les phénomènes de douleur/soulagement de la douleur induits par les morphiniques.*

L'analogie entre les CAM et l'hyperalgésie paradoxale induite par les morphiniques pose la question d'un mécanisme iatrogène commun aux deux processus. Dans le cas de la morphine, cette hyperalgésie dépend de la production de substances anti-opioïdes comme le NPPF et peut être prévenue par des anti-NMDA (Laulin et col. 1999). Ici, il ne s'agit donc plus d'une simple dépendance pharmacologique dite " sinusöide " qui varierait en fonction du taux sanguin du médicament, mais d'une sensibilisation d'un processus négatif, dont les effets dépassent progressivement avec le temps les effets du processus thérapeutique positif initial. *Si ce processus adaptatif correspond à un processus homéostatique général comme le suggère la théorie de la contre-adaptation des processus opposants, on peut penser que les CAM peut en être une forme particulière (Koob et Le Moal, 1997). Il reste alors à trouver les médiateurs pronocicepteurs impliqués dans les CAM...*

Sachant que *stress et levée de stress* sont deux facteurs tous deux bien connus pour abaisser le seuil de déclenchement des céphalées en particulier migraineuses, et considérant que la céphalée non maîtrisée constitue un stress, et la prise médicamenteuse une levée de stress (soit par l'antalgie provoquée soit par l'effet psychotrope positif procuré), on peut aussi se demander si paradoxalement, *le soulagement thérapeutique lui-même n'induit pas chez certains patients une accélération du rythme des céphalées.* Bien entendu, on ne peut imaginer que ce phénomène sera prépondérant en condition normale ; cependant, si là encore on fait intervenir la théorie des processus opposants, les conséquences négatives de l'adaptation à la levée de stress pourront prédominer. Cette hypothèse est d'autant plus séduisante que des difficultés de réactivité face au stress aigu ou chronique sont fréquemment observées au cours des CAM.

Si le seuil de déclenchement des céphalées est difficile à étudier, on peut par contre aisément mesurer les seuils nociceptifs des céphalalgiques. Sur le plan neurophysiologique, nous observons justement une *sensibilité faciale et surtout extra-cranienne à la douleur plus importante en cas de CAM qu'en cas de migraines simples* (Créac'h 2003). *Cette observation pourrait traduire l'existence d'une hyperexcitabilité corticale, comptenu des observations de diminution d'une habituation sensorielle (habituation habituellement présente au cours de la migraine), en cas d'abus médicamenteux. Parmi les différents facteurs susceptibles d'expliquer*

une telle hypersensibilité à la douleur, on citera une diminution des contrôles inhibiteurs de la douleur (avec une possible diminution de sécrétion de opioïdes endogènes sous l'effet des prises répétées d'antalgiques), ou l'augmentation de l'activité d'un neuromédiateur excitateur. La sérotonine pourrait constituer un neuromédiateur fondamental dans cette hypersensibilité à la douleur, compte-tenu des résultats de différentes études : on citera les différents travaux expérimentaux réalisés chez l'animal et chez l'homme en particulier sur les récepteurs 5HT 2A (Sriatkhachorn, 2000), les études pharmacologiques sur les rapports entre les antalgiques, les antimigraineux et la sérotonine, et enfin, les études sur les liens entre dépression, fibromyalgie et CAM. Etant donné les rapports étroits entre stress chronique, anxiété et CAM, on peut également s'interroger sur le rôle des récepteurs 5HT1A dans le développement des CAM.

Si les mécanismes évoqués précédemment peuvent rendre compte de la transformation des céphalées en cas de prise répétée d'antalgiques, et donc la nécessité d'un recours plus fréquent à la prise d'antalgiques, ils ne suffisent pas à expliquer la dépendance psychologique extrême au médicament, voire le caractère quasi-addictif qui caractérise de nombreux patients présentant des CAM.

Cette appétence médicamenteuse peut s'interpréter par des mécanismes cognitivo-comportementaux simples, de renforcements positifs induits par les antalgiques (du fait de leur effet antalgique, voire de leurs possibles effets psychotropes) : Si maintenant une situation de vie désagréable est souvent associée à une céphalée qui motive une prise médicamenteuse, à long terme, devant cette situation de vie, le sujet peut être amené à prendre le médicament même en l'absence de céphalée. Ainsi, pour le patient, la prise de médicament peut devenir quasiment rituelle et l'abstention de prise médicamenteuse peut induire un véritable état de panique par crainte d'une récurrence douloureuse. L'anxiété anticipatoire peut alors accroître l'intensité de douleur ressentie. Cette sensation de ne pouvoir se passer du médicament peut également provenir de stratégies inadaptées d'adaptation à la douleur, et en particulier d'un défaut de contrôle perçu sur la douleur.

Si maintenant on envisage cette dépendance au médicament sous un angle psychodynamique, on peut y voir un mode de répétition d'une relation objectale primaire vécue comme traumatisante (Perrin, 2002). La CAM pourrait ainsi devenir comme l'écrit JF Daubech la " voie finale commune de tous les incidents et émotions de leur vie " ..

Parrallèlement à cette approche psychanalytique, l'approche psychiatrique épidémiologique a permis de démontrer l'existence d'une comorbidité psychiatrique associée aux CAM et d'en rechercher les liens de causalité. F. Radat a ainsi montré que non seulement les troubles anxio-dépressifs étaient fréquemment associés aux CAM, mais qu'ils précédaient celles-ci. (Radat et col., 1999 -2003). L'anxiété et la dépression peuvent entraîner une augmentation de la fréquence des céphalées, qui sera alors elle-même inductrice d'une prise accrue de médicaments. Par ailleurs, cet état psychologique a tendance à majorer l'anticipation anxieuse tant de la douleur elle-même que du handicap qu'elle induit. On imagine donc aisément qu'il puisse favoriser l'émergence de conduites quasi-addictives vis-à-vis des antalgiques. Certains patients en abus médicamenteux semblent rechercher non seulement le soulagement de leurs céphalées mais aussi les effets psychotropes induits par des substances comme la codéine, la caféine.

Les CAM peuvent être enfin analysées comme une forme particulière d'addiction, puisque l'on note en effet une tendance accrue à développer une dépendance à divers substances chez ces patients (benzodiazépine, alcool, tabac). Le fait que l'on retrouve plus fréquemment cette dépendance aux substances non seulement chez les sujets souffrant de CAM par rapport aux migraineux sans abus, mais aussi dans les familles des migraineux ayant développé des CAM par rapport aux familles de migraineux sans abus médicamenteux, pourrait suggérer l'existence d'un facteur étiologique commun de nature génétique entre la chronicisation des migraines et l'abus de substances (Radat 2003).

Que l'on étudie les CAM selon des perspectives psycho-sociales, psychiatriques, cognitivo-comportementales ou neurobiologiques, il est

indispensable de dissocier les interactions entre le médicament et la céphalée d'une part, et, entre le médicament et la prise médicamenteuse d'autre part. Une meilleure évaluation de l'importance respective de ces deux processus et de leurs relations, pourrait permettre d'ajuster nos stratégies thérapeutiques et d'apprécier le pronostic des patients à long terme.

Bibliographie

- Horowski R and Ziegler A. In Drug Induced headache. Diener HC et Wilkinson M, ed Springer-Verlag: Berlin Heidelberg, 1988, 95-104.
- Créac'h C. et col. Cephalgia 2003, 23, 7, 656-657 (XI congress of the IHS).
- Daubech ed du GRECS (colloque de Dijon),1994, 99-106
- Diener HC and Dahlof CGH. In Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch K.M.A., eds Headaches.2nd ed. New-York: Raven-press Ltd, 2000, 721-727
- Kobb G.F. and Le Moal M. Science, 1997, 278, 52-58.
- Laulin et col. Neuroscience, 1999, 89, 631-636
- Perrin AM. Douleur et Analg.,2002, 3, 159-162.
- Radat F. et col. Headache, 1999, 39, 477-480 et Cephalgia 2003, 23, 7, 570-571 (XI congress of the IHS).
- Sriatkhachorn et col., Headache 2000, 40, 343-350.
- Taimi Cet col., Rev Neurol, Paris,2001, 157, 10, 1221-1234
- Zwart JA, Dyb G, Hagen K, Svebak S, Holmen J. Neurology. 2003 Jul 22;61(2):160-164

013 – Ethique et Douleur latrogène

Eugénie Czorny, Anthropologue, Besançon

L'éthique précède la morale qui se rapporte, dans l'ordre du bien et du mal, à des normes, des lois, des impératifs.

Pour le philosophe Paul Ricœur, la Relation Ethique introduit comme postulat de placer la liberté de l'Autre à tout exercice de la sienne propre. Lorsqu'il s'agit pour un soignant, de provoquer la douleur de l'Autre, il est situé dans cette ambivalence d'avoir parfois à faire le mal, pour obtenir le bien.

Or, si la volonté de parvenir à ce résultat est partagée, les moyens, eux, sont choisis par celui qui agit : le soignant, en l'occurrence.

Il fut un temps, pas si ancien, où la douleur était inévitable, partie prenante dans des moments essentiels de toute vie humaine : la naissance, la mort et les épreuves.

Ne pouvant que se subir irrémédiablement, elle s'était couverte des habits du sens et des valeurs.

Douleur et souffrance ne faisaient qu'une, associées à un passage obligé pour donner la vie, obtenir une guérison, gagner l'estime de tous ou de soi-même, le paradis ou même... la beauté.

L'épreuve de la douleur procurait généralement à celui qui l'avait subie, une reconnaissance sociale incontestable, justifiée par la vertu de courage dont il avait fait preuve, à son corps défendant parfois.

La douleur provoquée, le supplice, était un moyen d'oppression sociale comme l'analyse Michel Foucault.

La torture, sublimée chez les religieux ou les résistants de la dernière guerre mondiale, constitue une mode de " questionnement " encore en vigueur il y a peu.

On peut penser que Jean Moulin n'aurait pas eu les honneurs du Panthéon, s'il avait " parlé ", mais André Malraux, qui a su inviter si solennellement son illustre héros à y entrer, a su évoquer le martyr de ceux qui, pour leur malheur, avaient parlé.

Car la perversité de celui qui provoque la douleur est de placer l'autre en état de honte et de lâcheté.

La barbarie reculant..... C'est dans le domaine médical que la douleur provoquée s'est retranchée et les progrès de la médecine ont parfois amené à proposer des remèdes dont ma grand-mère disait qu'ils étaient pires que le mal.

Dans les limites de ses capacités de guérison, la médecine confrontée à l'incurable, a dû se pencher sur le confort des malades, et des moyens ont dès lors été trouvés, pour que la douleur ne soit plus l'inévitable compagne de la mort, de la maladie et même du soin.

La sensation douloureuse est peu à peu devenue culturellement et socialement insupportable, et la provoquer est intolérable.

Il est désormais inscrit dans les " droits ", que l'humain Occidental, ne doit point avoir à subir de douleur, même comme passage obligé pour parvenir à la guérison ou au soulagement.

La soignant n'est alors plus placé dans une situation guidée par l'éthique, mais par la loi.

Le " devoir " désormais imposé transforme la relation entre le JE et le TU pour introduire du IL neutre, désresponsabilisant le soignant vis-à-vis de lui-même et déshumanisant sa fonction.

Cette exigence du droit, si elle s'y substitue, peut ne pas remplacer totalement la relation éthique, car si c'est uniquement par lui que vient se signifier l'interdiction absolue de nuire à autrui, c'est qu'elle n'est pas traversée par la rencontre avec le visage de l'Autre ; cette relation absolue, la plus dénuée, selon Emmanuel Levinas, " la pauvreté essentielle " que le sculpteur Brancusi a su nous révéler et sur lequel on lit le " tu ne tueras point ".

014 – Droits et douleurs iatrogènes

N. Lelièvre

Douleurs provoquées, iatrogènes et obligation de prise en charge de la douleur

Douleurs provoquées et obligations de prise en charge de la douleur semblent être deux notions antinomiques. A fortiori, si l'on part du postulat suivant :

" [...] Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée [...] " Article L 1110-5 du code de santé publique (CSP).

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé réaffirme l'obligation des soignants et des établissements de santé à prendre en charge la douleur des patients.

Ainsi, l'article L1112-4 du code de la santé publique prévoit : " Les établissements de santé publics ou privés et les établissements sociaux et médico-sociaux, mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des personnes malades qu'ils accueillent et à assurer les soins palliatifs que leur état requiert, quelles que soient l'unité ou la structure de soins dans laquelle ils sont accueillis. Pour les établissements de santé publics, ces moyens sont définis par le projet d'établissement mentionné à l'article L 6134-2. Pour les établissements de santé privés, ces moyens sont pris en compte par le contrat d'objectifs et de moyens mentionnés aux articles L 6114-1 à L6114-3...Les établissements de santé et les établissements et services sociaux et médico-sociaux peuvent passer convention entre eux pour assurer ces missions. Les obligations prévues pour les établissements mentionnés au présent article s'appliquent notamment lorsqu'ils accueillent des mineurs, des majeurs protégés par la loi ou des personnes âgées ".

A la lecture de ces textes, la prise en charge de la douleur se définit bien comme un acte de soin à part entière et une obligation plus seulement définie par des circulaires mais par la loi.

La prise en charge de la douleur est un droit pour le patient et un devoir pour le médecin qui peut désormais voir sa responsabilité engagée pour manquement, non respect de cette obligation.

Comment concilier ces deux notions douleurs provoquées et obligation de prise en charge de la douleur ?

Il convient pour cela d'analyser la nature et le contenu de l'obligation de prise en charge de la douleur au regard de l'ensemble des textes définissant la prise en charge de la douleur comme une obligation juridique.

1. l'obligation de prise en charge de la douleur : Une obligation de moyen

Comme tous actes de soins, le médecin reste tenu à une obligation de moyen en application de la jurisprudence et du code de déontologie

médicale.

– a) une obligation de moyen en application de la jurisprudence

A la lecture des textes, la prise en charge de la douleur se définit bien comme un acte de soins à part entière. D'ailleurs, la conclusion du guide pour la mise en place du programme de lutte contre la douleur dans les établissements de santé mai-2002 rappelle ce principe :

" En définissant une véritable politique de lutte contre la douleur et en se donnant les moyens de cette politique, les établissements de santé pourront mieux répondre à cette attente légitime des personnes malades et de leur famille : ainsi la prise en charge de la douleur deviendra partie intégrante du soin ".

L'ensemble des dispositions juridiques relatif à la prise en charge de la douleur ne modifie pas la nature de l'obligation à la charge du médecin.

En effet, le médecin reste tenu d'une obligation de moyen dans la prise en charge de la douleur à savoir il doit s'efforcer de soulager la douleur. L'hôpital sans douleur est un mythe et n'a pas sa raison d'être.

L'obligation du médecin est de tout mettre en œuvre pour soulager au mieux son patient mais il n'est pas tenu à une obligation de résultat.

L'obligation de soins est définie depuis l'arrêt Mercier de 1936 comme une obligation de moyen et non de résultat.

Cette obligation s'apprécie par rapport aux règles de l'art à savoir le médecin doit donner des soins consciencieux et conformes aux données actuelles et acquises de la science. C'est la raison pour laquelle la formation initiale et continue dans la prise en charge de la douleur sont essentielles voire primordiales.

L'obligation pesant sur le médecin est de donner des soins conformes aux données acquises de la science à la date des soins (Cour de Cassation, 6 juin 2000).

– b) Une obligation de moyen au regard du code déontologie médicale

Article 37 " En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade, l'assister moralement et éviter toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique."

L'article 38 complète l'article 37 et vise plus particulièrement le soulagement des douleurs de la personne en phase terminale puisqu'il impose au médecin le devoir "d'accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments" notamment par des "soins et mesures appropriés" pour lui assurer une "qualité de vie"

"Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort"

Le médecin n'est nullement tenu à une obligation de faire cesser définitivement les douleurs. L'article 37 du code de déontologie précise bien à ce sujet que le médecin est tenu " de s'efforcer de soulager les souffrances ".

La réglementation lui impose de tenir compte de la douleur et de mettre en œuvre les moyens dont il dispose pour la soulager au mieux.

Le droit à être soulagé est désormais intégré et précisé par les nouvelles dispositions du code de santé publique suite à la loi du 4 mars 2002. En effet, ce texte de loi précise que l'équipe médicale se doit d'écouter (mission d'évaluation), ne pas laisser s'installer la douleur (mission de prévention) et la traiter (la prise en charge de la douleur est reconnue comme un acte de soin).

2. Analyse du contenu de l'obligation de prise en charge de la douleur

L'article L 1110-5 du CSP définit le contenu de cette obligation :

" [...] En toute circonstance, la douleur doit être prévenue, évaluée, prise en compte et traitée [...] ".

– a) Prévention de la douleur

Il résulte des dispositions de l'article L 1110-5 du CSP que les soignants doivent s'efforcer de prévenir la douleur notamment lors des soins douloureux (pansements, biopsie, rééducation etc.).

Le programme de lutte contre la douleur 2002-2005 est entre autre ciblé sur la douleur provoquée par les soins et la chirurgie.

Il rappelle l'importance de développer les protocoles définis dans la circulaire n°98/94 du 11 février 1999 relative à la mise en place des pro-

toques de prise en charge de la douleur aigue.

L'intérêt est de pouvoir répondre rapidement à un besoin en l'occurrence apaiser et prévenir la douleur.

Dans la mesure du possible, les dispositions doivent être prises pour limiter les douleurs provoquées par des soins et en post opératoire.

A cette fin, les protocoles de soins sont " indispensables à une prise en charge de qualité. Ils sont considérés comme des prescriptions anticipées ou des conduites à tenir lors de situations bien identifiées et décrites. Ils permettent notamment aux infirmiers d'intervenir sans délai, de personnaliser la prescription et d'utiliser des procédures reconnues pour leur efficacité " Guide de mise en place du plan de lutte contre la douleur 2002-2005.

- b) Evaluation de la douleur

Le suivi du patient douloureux nécessite un travail d'équipe nécessairement pluridisciplinaire. Médecins et infirmiers sont tenus par leurs règles professionnelles de prendre en considération la douleur du patient.

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier évalue la douleur du patient (article 2, 5° du décret n° 2002-194 du 11 février 2002). Si l'infirmier constate que le traitement antalgique administré au patient n'est pas suffisant il en informe le médecin qui changera éventuellement le traitement ou l'adaptera selon les besoins du patient.

L'évaluation est importante car permet à l'équipe de juger de l'efficacité ou non du traitement et de prendre les mesures en conséquences.

Il est important que l'évaluation et les méthodes utilisées apparaissent dans le dossier médical du patient au regard des dispositions de l'article L 1110-5 du CSP " la douleur doit être en toute circonstance évaluée ".

- c) Traitement de la douleur

Le médecin n'est pas tenu à une obligation de guérison, en l'espèce, qui consisterait à la disparition des douleurs. En revanche, il doit s'efforcer de mettre en œuvre les moyens antalgiques qu'il dispose pour soulager au mieux son patient.

A cette fin, il est noté l'importance de la formation continue en ce domaine " [...] La formation continue constitue un élément essentiel

pour assurer l'adhésion des personnels à la politique d'amélioration de la prise en charge de la douleur [...] " Guide de mise en place du plan de lutte contre la douleur 2002-2005.

D'autant plus que la loi du 4 mars 2002 précise bien " la formation médicale continue a pour objectif l'entretien et le perfectionnement des connaissances, y compris dans le domaine des droits de la personne ainsi que l'amélioration de la prise en charge des priorités de santé publique [...]

[...] Elle constitue une obligation pour tout médecin [...] " Article L 4113-1 CSP.

La prise en charge de la douleur fait partie des priorités de santé publique, dès lors, le médecin est tenu de se former sur les traitements de la douleur eu égard à sa spécialité afin de prodiguer des soins consciencieux et conformes aux données actuelles et acquises de la science comme l'exige la loi et la jurisprudence.

Conclusion

Douleurs provoquées, iatrogènes et obligation de prise en charge de la douleur ne sont donc pas antinomiques bien au contraire. La prise en charge de la douleur ne se limite pas à la notion de traitement et encore moins à une obligation de la faire disparaître.

La prise en charge de la douleur c'est un ensemble de gestes : savoir la prévenir (prévention de la douleur lors des gestes que l'on sait douloureux), l'évaluer pour mieux la traiter.

TEXTES OFFICIELS :

- Loi du 4 mars 2002 n°2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmiers n° 2002-194 du 11 février 2002,
- Circulaire du 30 avril 2002 n°266 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé,
- Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 portant code déontologie médicale

LES SOIGNANTS DANS LA PRÉVENTION DES DOULEURS PROVOQUÉES PAR LES SOINS

015 – Paroles de soignants – Douleurs de soignés

Eugénie Czorny, Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur, CHU Besançon

" Toute vie qui doit poindre achève un blessé "

Le poète René CHAR traduit ici en quelques mots la condition de vivant et sa lutte perdue d'avance contre la mort signifiée par le terme blessure où s'inscrit la vulnérabilité, la précarité de l'homme.

La poésie, dit-on vient apporter ce qui manquerait au monde pour qu'il soit vraiment le monde, elle vient " combler " le manque, mettre du baume sur la blessure symbolique du corps sacrifié.

Pourquoi parler ici de poésie au sujet du soin ?

Parce que la poésie, ce sont des mots, des mots qui, mis ensemble, touchent ce qui est en chacun de nous du sensible. Et cette sensibilité est variable à l'infini de nos identités à la fois semblables et uniques.

Or, que sont des paroles, sinon des mots, portés par la voix, prononcés par celui qui s'y engage et destinés à être entendus, assimilés par celui qui les reçoit.

Les vibrations, ainsi transmises par la membrane dite " tympan " vont résonner dans le corps cathédrale sans que nous sachions bien ce que l'écho en retiendra.

Dans le corps du soigné, la blessure symbolique est à vif, elle s'infecte de la peur qui nourrit sa douleur et le soignant peut, par les mots choisis, par le rythme qu'il leur impose, par la force de la voix, remplir un peu de manque par l'échange de l'émotion.

Si la poésie, si la voix humaine peuvent enchanter le monde dans le domaine de l'art, pourquoi ne pas considérer le soin comme un art où les talents de chacun participeraient à guérir.

L'émotion produite par le choix des mots et l'intention de celui qui les prononce peuvent ouvrir ou fermer un élan de vie enfoui dans le corps tanière, dont nous ignorons tant de ce qui le tient en vie ou ce qui peut le perdre.

La neutralité enferme celui qui s'en protège, mais la parole pleine de celui qui transmet son courage d'être là dans ces moments douloureux, le recrée lui-même dans ce qu'il croit être son quotidien banal.

Si nous avons éprouvé le besoin de consacrer du temps ensemble à évoquer ce sujet, c'est que nous savons bien à quel point les paroles blessantes peuvent avoir le même impact qu'une balle tirée en plein cœur.

Des mots comme " ce que vous avez est très grave, mais battez vous quand même, certains s'en sortent " assésés à une innocente venue faire une mammographie de contrôle, sonnent le glas d'une condamnation à mort.

Des années après, ils résonnent encore en forme de douleur dans le corps guéri.

La médecine Occidentale, en se spécialisant, en affinant ses techniques, a privilégié le fond sur la forme ; en se penchant sur le corps, elle a oublié ce qui le maintenait en vie : le désir, l'échange.

Le désir est ce terme employé pour désigner à la fois, la tendance, le souhait, le besoin, la convoitise, l'appétit, c'est-à-dire toute forme de mouvement en direction d'un objet dont l'âme et le corps subissent l'attrait spirituel ou sexuel.

Les mots choisis peuvent être des portes que celui qui les reçoit ouvre ou ferme selon son désir.

Ils peuvent être un éveil ou un apaisement, un élan ou un retrait. Ils dénotent toujours, chez celui qui les choisit, une reconnaissance de l'Autre.

016 – Douleurs provoquées et kinésithérapie

Pierre-Henri Haller *, Elisabeth De Marqué **, Nathalie Babinet ***

* Masseur kinésithérapeute D. E., D. U. Prise en charge de la douleur CHU Saint Antoine, Institut de Formation de Cadre de Santé - Rééducation, Croix Rouge Française, Paris.

** Masseur kinésithérapeute D. E., D. U. Prise en charge de la douleur CHU Saint Antoine, Unité de traitement des pathologies douloureuses, Centre de Médecine Physique et Réadaptation, Coubert.

*** Masseur kinésithérapeute D. E., Service de Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle, Centre de Traitement des Brûlés, Hôpital d'Instruction des Armées Percy, Clamart.

De nombreuses techniques et de nombreuses situations de rééducation fonctionnelle sont susceptibles de provoquer ou majorer des phénomènes douloureux. Le kinésithérapeute doit situer son action entre *douleur-déclenchée*, *douleur-obstacle* et *douleur-handicap* afin d'élaborer une stratégie de prévention. Prévenir les douleurs liées à la rééducation implique pour le thérapeute d'interroger sa pratique et les conditions de ses gestes thérapeutiques. Parallèlement, des réflexions interdisciplinaires permettent de mettre en place des stratégies médicamenteuses préventives efficaces. Ces collaborations nécessitent des actions de formation, des outils de communication pour étayer des projets de soins personnalisés.

La douleur est omniprésente en kinésithérapie : *Douleur-déclenchée* par l'examen clinique du thérapeute, *douleur-obstacle* à la restauration d'une fonction dans les douleurs aiguës ou *douleur-handicap*, parfois entretenue par les thérapeutes, dans les douleurs chroniques ; la douleur constitue un objectif en soi de la rééducation fonctionnelle, élément central du diagnostic kinésithérapique. De nombreuses situations de rééducation d'articulation autour du concept de *douleur-état* et *douleur-objet de soins*.

Lutter contre la douleur implique du kinésithérapeute un respect de la douleur provoquée par ses soins. L'action du kinésithérapeute se situe alors entre les douleurs liées à l'*immobilité* et les douleurs liées à l'*hyper-mobilité*. De nombreuses situations de rééducation impliquent des gestes douloureux. Est-ce une fatalité ?

Les nouvelles attentes des " *patients-usagers-clients* " concernant l'*obligation de non-douleur* ont des impacts sur les représentations que les patients ont de la kinésithérapie. Le " *ça fait mal mais ça fait du bien* " est substitué progressivement par " *surtout ne me faites pas mal* ". Ces aspects cognitifs pourraient renforcer l'anticipation de la douleur liée au mouvement. Ils impliquent de la part du rééducateur patience, écoute et pédagogie. Ces nouvelles représentations posent également des questions éthiques : Doit-on réaliser l'ensemble de nos gestes de soins sous couverts d'une prémédication antalgique ? Est-ce possible ? Est-ce réalisable ? Est-ce souhaitable ?

*

Les douleurs provoquées en kinésithérapie s'apparentent à des douleurs aiguës (c'est à dire de courte durée). Afin de prévenir ces douleurs, il convient avant tout au kinésithérapeute d'écouter la plainte, d'évaluer son origine et ses caractéristiques, de comprendre le mécanisme d'installation et de chronicisation, de repérer sa signification et son retentissement, et de s'intégrer dans une stratégie thérapeutique médicamenteuse et non médicamenteuse adaptée, précoce et individualisée.

Le retentissement affectif d'une douleur aiguë est l'anxiété. Celle-ci est déterminée par l'intensité de la douleur mais aussi par sa signification et la résurgence de douleurs antérieures. Sa prise en charge passe en priorité par un traitement antalgique adapté mais aussi par la qualité de la relation avec le patient et la réassurance concernant les causes et la gestion de la douleur. Une douleur négligée ou bien non prise en compte augmente les risques d'aggravation du processus.

La prise en compte de la douleur dans un tableau de douleur chronique est plus complexe et fait appel à un modèle biopsychosocial. Il est alors nécessaire de mettre en place un programme thérapeutique adapté à chaque patient.

*

Par son décret d'actes, le masseur kinésithérapeute est habilité à contribuer à la lutte contre la douleur. Mais son arsenal antalgique est strictement non médicamenteux. Ce qui explique que tout protocole de prévention antalgique en rééducation est conditionné par l'efficacité de l'équipe pluridisciplinaire : le prescripteur, l'infirmier, l'aide soignant, l'équipe de rééducation (...) et bien sûr le patient.

Une étude récente réalisée auprès de masseurs kinésithérapeutes hospitaliers révèle qu'ils se sentent majoritairement concernés par la douleur. De nombreux gestes sont recensés comme *potentiellement* douloureux. Alors que de très nombreux masseurs kinésithérapeutes connaissent et utilisent des outils d'auto évaluation, il n'existe que rarement des protocoles d'évaluation ou de prévention de la douleur dans les services hospitaliers.

Ainsi peu d'études rendent compte spécifiquement de la prévalence des douleurs provoquées par les actes de rééducation. A notre connaissance, peu d'équipes ont publié des protocoles de prévention des actes douloureux en kinésithérapie. Une enquête réalisée en secteur de soins de suite et réadaptation est présentée en annexe.

*

C'est dans le domaine des douleurs post-opératoires que les travaux sont les plus nombreux, montrant que la meilleure gestion des douleurs provoquées par la rééducation permettrait de diminuer les complications post opératoires, augmentant les progrès fonctionnels et réduisant les temps de séjour. Les techniques d'analgésie contrôlée par le patient, d'analgésie péridurale et de bloc plexique ou tronculaire ont permis d'améliorer sensiblement le confort et l'efficacité des actes de rééducation.

Le développement de l'utilisation du MEOPA a permis, en outre, de réaliser des mobilisations articulaires jusqu'alors très douloureuses dans les services de chirurgie orthopédiques infantile.

En pratique, la prévention des douleurs provoquées par les actes des masseurs kinésithérapeutes - kinésithérapie respiratoire, mobilisation chez les patients alités ou brûlés, verticalisation des patients récemment opérés (...) - semble rendre plus efficiente la rééducation et favoriser l'autonomie précoce des patients.

*

Pour nous, la prévention de la douleur en kinésithérapie pourrait passer par une stratégie d'Analyse - Action - Adaptation découpée en trois étapes :

1. Avant l'acte

- Interrogatoire
- Evaluations (E.V.A., E.N., mesures...)
- Explications, communication
- Réassurance
- Education (techniques de contrôle, relax, respi., positions de confort,...)
- Préparation physique
- Prémédication si nécessaire

2. Pendant l'acte

Certains facteurs vont influencer la douleur lors du soin

- 1) Des facteurs liés au malade (état général, impact des soins antérieurs, désir ou absence de coopération, intensité de la douleur perçue, interprétations cognitives, autonomie ...)
- 2) Des facteurs liés au geste (technique employée, installation, temps, matériel...)
- 3) Des facteurs liés au thérapeute (disponibilité, écoute, connaissance d'un diagnostic établi, assurance, calme ...)
- 4) Des facteurs liés à l'environnement (sécurité, matériel adapté, respect de l'intimité, ou effet de distraction [groupe par exemple]...)

L'adaptation thérapeutique se fera par :

- Technique adaptée
- Progressivité, dosage
- Association de techniques de contre stimulation
- Ecoute, réassurance
- Rythme, durée

- Positions variées et adaptées
- Evaluation si nécessaire
- ...

3. Après l'acte

- Réévaluation (E.V.A. , E.N. , ...)
- Ne pas interrompre la séance sur un acte douloureux.
- Interroger, écouter.
- Repérer les paramètres utilisés lors de la pratique (position, vitesse d'exécution, aides techniques, amplitudes, intensité,...)
- Visualiser la progression. (courbes, tests.....)
- Encourager, féliciter, rassurer
- Communiquer avec les autres thérapeutes
-

*

En conclusion, les masseurs kinésithérapeutes sont très souvent confrontés à la complexité de la douleur provoquée. Les quelques études disponibles semblent indiquer des manques quant à la régularité de l'évaluation et la prévention des douleurs.

Un travail de **référentiation** des pratiques semble nécessaire, associé à la réalisation de formations spécifiques autour des CLUD, dont les masseurs-kinésithérapeutes sont souvent membres. Un travail plus étroit en **interdisciplinarité** autour du projet commun du patient pourrait être une autre piste de travail. Enfin, la **traçabilité** des évaluations et des actions thérapeutiques pourraient contribuer à mieux adapter les besoins. Il convient de réfléchir aux moyens de diffusion de ces pistes de réflexion auprès des équipes extra hospitalières. Le développement des réseaux pourrait être une réponse.

La prévention des douleurs implique un travail pluridisciplinaire, inscrit dans une démarche **qualité** des équipes soignantes, médicales et des métiers de la rééducation appuyées par les audits et les actions de **formation** et relayées par une **communication** interpersonnels orale et écrite performante, centré sur les problématiques spécifiques de chaque situation de soin.

Bibliographie

BRASSEUR Louis. Traitement de la douleur. Paris : Douin ; 1997.

BOURREAU François. Pratique du traitement de la douleur, Paris : Douin ; 1988

DE MARQUÉ Elisabeth, ABOIRON Henri. Du symptôme douleur vers la maladie douleur ou le chemin à l'envers, Kinésithérapie les annales, 2002 ; 4 : 33-34.

HALLER Pierre-Henri, FAILLOT Thierry. Evaluation de la douleur chronique en kinésithérapie, Kinésithérapie Scientifique, 2001 ; 417 : 38-45.

DE MARQUÉ Elisabeth, MOREL-FATIO Michel. Enquête GLUD, C.M.P.R. de Coubert, 2000.

HALLER Pierre-Henri, CECCALDI Bernard. Douleurs et kinésithérapie Enquête auprès de masseurs kinésithérapeutes des Hôpitaux d'Instruction des Armées, Poster, Congrès SETD, 2003.

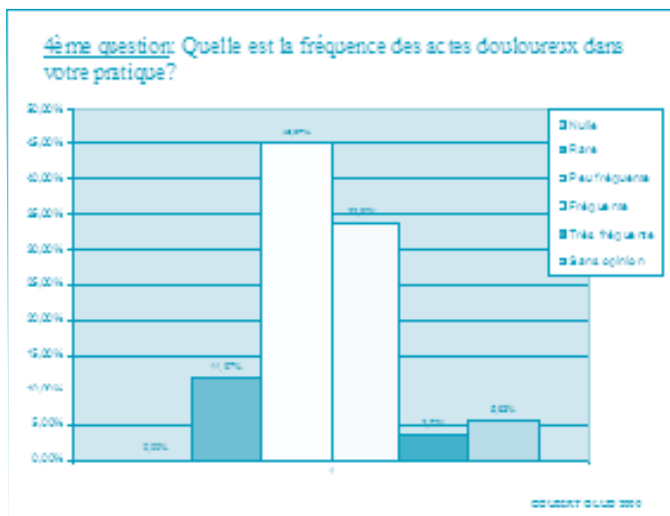
ANNEXE

Extrait des conclusions de l'enquête du GLUD du C.M.P.R. de COUBERT, DE MARQUÉ Elisabeth, MOREL-FATIO Michel, 2000.

4ème Question

Quelle est la fréquence des actes douloureux dans votre pratique?

- Nulle
- Rare
- Peu fréquente
- Fréquente
- Très fréquente
- Sans opinion



Quelle est la fréquence des actes douloureux dans votre pratique ?
Tel était la quatrième question de l'enquête réalisée en 2000 par l'équipe CLUD du C.M.P.R. de Coubert auprès de 142 thérapeutes dont 32 infirmiers et 33 kinésithérapeutes.

Nous pouvons observer que tous les thérapeutes estiment déclencher des douleurs par leur pratique.

56% des infirmiers et 48,8% des kinés se situent dans la réponse "peu fréquente" alors que 42,42% des kinés et 34,38% répondent fréquente. La question se pose alors de savoir comment les thérapeutes gèrent ces actes douloureux ?

Que font ils ? Ont ils repéré des actes régulièrement douloureux ?

Si vous pratiquez des actes douloureux, quels sont les moyens les plus utiles dans votre pratique pour mieux contrôler la douleur?

Infirmiers (32)

*Relation avec le patient	
• Rassurer le patient	5
• Expliquer	5
• Communication	5
• Climat de confiance	2
• Écoute	1
• Disponibilité	1
*Techniques de contrôle	
• Postures antalgiques	5
• Respiration	4
• Décontracter	2
• Relax	2
• Froid et chaud	1
*Techniques liées à l'acte	
• Médicaments	12
• E.V.A / Observation	9
• Antalgiques locaux	5
• Douceur des gestes	3
• Gestes adaptés	2
• Technique de transfert	1
• Connaître les actes douloureux	1
• Installation postures	2
*Sans réponse	1

Si vous pratiquez des actes douloureux, quels sont les moyens les plus utiles dans votre pratique pour mieux contrôler la douleur?

Kinés (33)

*Relation avec le patient	
• Mise en confiance	7
• Écoute	4
• Explication	4
• Participation	2
*Techniques de contrôle	
• Respiration	5
• Relaxation	4
• Diversion distraction	4
• Détente	2
• Position de confort	1
*Techniques liées à l'acte	
• Chaud et froid	22
• Massages	18
• Electro	11
• Pharmacologie	8
• Dosage	3
• Prendre le temps	2
• Respect du seuil douloureux	2
• Diminution de l'intensité	1
• Installation	1
• Fractionnement	1
• Progressivité	1
• Adaptation à la capacité	1
• Étirement	1
• Posture d'inhibition	1
*Sans réponse	0

Cette question ouverte avec possibilité de 4 réponses a permis de visualiser 3 grands types de moyens utilisés par les thérapeutes :

- Des moyens liés à la technique de l'acte (les plus utilisés)
- Des moyens liés à la relation et à la communication
- Des moyens liés aux techniques de contrôle

Anticiper l'impact d'un soin sur la douleur n'est il pas le moyen le plus efficace pour limiter au mieux la douleur ?

Pour anticiper encore faut il avoir repéré les actes douloureux.

5ème question: Citez 5 actes de votre pratique que vous estimez régulièrement douloureux pour vos patients

Infirmiers (32)

• Pansements	16	• Découpage des plaies	2
• Mobilisation/manip.	10	• Posture	2
• Doigtier	9	• Lever du fauteuil	2
• Prise de sang	7	• Aspiration	1
• Injection	6	• Chgt de canule	1
• Sondage	4	• Traction	1
• Pose de perf	3	• Pression artérielle	1
• Dépose d'orthèses	3	• Toucher rectal	1
• Rotation	2	• Installation bassin	1
• Soins d'escarres	2	• Réhydratation peau	1
*Sans réponse	1		

5ème question: Citez 5 actes de votre pratique que vous estimez régulièrement douloureux pour vos patients

Kinés (33)

• Postures	23	• Stimulation/redynamisat.	5
• Étirements	17	• Massages	5
• Mobilisation passive	15	• Palpéroulé	4
• Reprise d'appui	6	• Evaluation	3
• M.T.P.	6	• Pose/dépose prothèses	1
• Contracter/relâcher	5	• Assouplissement articul.	1

Suite à ce questionnaire nous pouvons d'abord remarquer que les thérapeutes ont des difficultés à citer 5 actes de leur pratique différents. On ne retrouve que 75 réponses au lieu des 150 attendues pour les Infirmiers de même pour les Kinés il n'y a que 91 réponses pour 165 attendues.

Les aides-soignants dans leurs questionnaires rejoignent les infirmiers pour relever tous les types de manipulations du patients comme des actes douloureux (rotations, transferts, manipulation, soins du corps, ...) On note que pour les rééducateurs (kinés, ergothérapeutes, moniteurs de sport) les techniques de gain d'amplitude et d'assouplissement sont celles qui déclenchent les douleurs. (ex : postures, étirements, mobilisation passive, contracter relâcher, ...)

Il est intéressant que les techniques de massages soient citées à la fois dans les techniques de soulagement et dans celle provoquant les douleurs.

017- Prévention de la douleur provoquée dans les soins auprès des personnes âgées

Françoise CORLE, infirmière Unité Mobile d'Accompagnement
Anne-Pierre RUPP-BERNARD, Infirmière Gériatrie 1
Membres du CLUD de l'Hôpital Corentin-Celton, APHP Issy les Moulinaux.

Introduction

Cette présentation s'appuie sur la réflexion menée depuis 1999 par le CLUD de l'Hôpital Corentin-Celton¹ visant à relever les situations potentiellement douloureuses dans les soins aux personnes âgées et à s'interroger sur nos pratiques soignantes.

En effet, en tant que témoins ou acteurs d'un geste de soin douloureux, il nous a semblé essentiel de nous arrêter sur ces craintes anticipées ou les réflexes de retrait/repli observés chez les personnes soignées.

L'objectif poursuivi consiste à mieux les décoder, les prévenir en concernant les intrications entre les attitudes réciproques, l'organisation des soins, et leurs répercussions morales, physiques, sociales, affectives, tant des personnes âgées, de leurs proches que des soignants.

Car pour prévenir, encore faut-il savoir de quoi l'on parle. Nous aborderons donc successivement : pourquoi et qu'est-ce qui fait mal – quels en sont les facteurs d'influence – pour ouvrir sur quelques pistes de questionnement utilisées dans notre pratique pour décider, prévenir et optimiser nos interventions soignantes vers toujours plus de vie...

1) Pourquoi la personne âgée est-elle particulièrement concernée ?

Avec l'âge, les capacités physiques, psychiques et motrices s'altèrent... A ces phénomènes naturels de vieillissement, s'ajoutent des pathologies plus ou moins graves contribuant selon leurs degrés à affecter l'autonomie de la personne âgée. De nombreux autres facteurs s'y associent tels les deuils multiples inscrits dans une histoire de vie toujours singulière, une

baisse de l'acuité des sens, de la mobilité, de la liquidité mentale. S'ajoutent enfin des symptômes douloureux tels que la dyspnée, la cachexie, les œdèmes, les hématomes, les rétractions...

Dans son obligation d'abandonner son corps contre son gré à un tiers, la personne âgée dépendante se trouve à "la merci du soignant" bon gré, mal gré.

Notre challenge est de rechercher, d'évaluer et de traiter les douleurs intrinsèques et celles potentiellement induites par des gestes de soin du quotidien banalisés en nous référant à cette connaissance consensuelle : la douleur est subjective, donc propre à chacun ; à nous de la resituer dans ses dimensions sensorielle, émotionnelle, comportementale, existentielle ; à nous de l'accueillir dans ce que nous pouvons en comprendre, dans ce double rôle soignant de témoin de la souffrance de l'autre et d'acteur du soin.

Travailler en équipe à prendre en compte les douleurs et l'inconfort provoqués par les soins nécessite d'identifier cet état de fait, sans complaisance mais sans excès non plus, soit y porter notre attention par une remise en question individuelle, interdisciplinaire assurant une prise en charge individualisée face à un soin douloureux.

2) Quels types de soins provoquent de la douleur ?

Principalement, deux grandes catégories sont identifiées : les soins techniques et les soins dits de base ou de "nursing" appelés dans le décret professionnel infirmier les soins d'entretien et de continuité de la vie.

Concernant les soins ou gestes techniques, ce sont ceux qui nécessitent une effraction cutanée, une intrusion dans un orifice naturel ou une installation particulière pour être réalisés notamment :

- Ponctions veineuse, artérielle, lombaire (céphalée post PL), d'ascite, de plèvre ou sternale (biopsie médullaire).
- Injections intramusculaire, sous cutanée ou perfusions (calibre de l'aiguille, capital veineux, produit injecté...)

- Prélèvement pulpaire (Dextro, Guthrie)
- Fibroscopies (hautes ou basses)
- Aspiration naso-pharyngée
- Pose et retrait de sonde gastrique, urinaire, rectale (calibre – fixation – lubrification)
- Actes de radiologie (gestes radioguidés, brancardage, positionnements particuliers)
- Soins de plaies (ulcère, escarre, fistule,...) ou de cicatrice
- Retraits d'adhésifs collants (électrodes, pansements..)
- Réfection des pansements (nettoyage, excision, débridement...)
- Extraction de fécalome,
- Contention (plâtre, gouttière, attelle...)
- Kinésithérapie (motrice, respiratoire)
- Soins dentaires
- Petite chirurgie (suture, curette, cryothérapie).

Concernant les soins d'hygiène et d'entretien de la vie, ce sont ceux qui sont dépendants du degré d'autonomie et des niveaux de suppléance requis dans la satisfaction des besoins fondamentaux de la personne âgée notamment :

- la manutention et la mobilisation de toutes formes (transfert – brancardage – lever et coucher lit/fauteuil – toilette – change – réfection lit – retournement...), fréquemment complexes par perte de l'habitude du mouvement, cachexie, rétraction, séquelle de chute notamment celle à distance dans les semaines/mois qui suivent le traumatisme...
- l'installation, dans toutes ses complexités matérielles et physiques lorsque la personne nécessite une aide pour chaque déplacement de son corps...
- l'hygiène corporelle et bucco-dentaire (toilette, toilette périnéale, change, soin de bouche, de nez, d'yeux, de peau... rasage, coiffage,...) avec toute la charge émotionnelle liée à l'intrusion dans l'intimité de l'autre qui demande un doigté savamment dosé...
- l'aide alimentaire avec tout ce qui touche à l'articulé et l'état dentaire, la déglutition (nausées, mycose...), la vision des plats, la manière de donner, de recevoir, de sentir et de goûter...
- l'habillage et le déshabillage (emmanchure, ouverture devant – derrière, haut-bas du corps, chaussage, change et tri du linge source de conflit, de rejet ou de repli très fréquente).

3) Quels sont les facteurs d'influence du vécu douloureux ?

Le vécu douloureux, individuel, reste influencé par un certain nombre de facteurs en interaction qui, si nous n'y prenons garde, engendre un cercle vicieux conduisant au désinvestissement physique et psychique de la personne âgée. En voici les principaux :

- la nature même du geste concerné et l'endroit du corps où il s'effectue,
- le lien au(x) soignant (s) en charge de celui-ci (confiance ou inquiétude).
- la durée et la répétition du geste
- l'ancienneté de la maladie, du handicap et son évolution (curable ? en rechute ?..)
- l'âge de la personne, son degré de fatigue
- la compréhension de la raison du geste/soin
- les antécédents de douleur déjà vécus par la personne (notamment pour un même type de geste)
- la représentation qu'elle se fait de l'acte (par ce qu'elle en a lu, vu, entendu raconté par/pour d'autres patients ou du fait de la vision du matériel préparé)
- l'état psychologique de base et l'état actuel de la personne (anxiété, peur, dépression, lâcher prise, agressivité ...)
- les croyances de la personne âgée dans les thérapeutiques proposées
- l'environnement dans lequel le soin se déroule (calme, agité, bruyant, habituel, nouveau...)
- enfin, la maîtrise technique du soignant et la capacité de chacun d'entre nous de conserver comme but ultime la personnalisation tenace du soin, bon gré mal gré sa potentielle répétitivité chronique.

4) Etiologies iatrogènes de la douleur

Cette recherche de causes entraîne une nécessaire remise en question

soignante ; parfois difficile puisqu'elle renvoie à nos propres limites, elle nous permet de relire nos responsabilités individuelles et d'équipe aux filtres de l'éthique, du bon sens et d'une volonté d'individualisation du soin. Nous avons délibérément choisi de retenir cinq causes d'origines iatrogènes :

- l'organisation inadaptée des soins
- l'inadaptation des locaux, du matériel et de l'environnement
- la sous utilisation des thérapeutiques symptomatologiques, notamment les couvertures antalgiques
- notre approche de la personne âgée et de son corps, liée à notre façon d'être, de faire le soin et de prendre soin
- le décalage entre le rythme soignant extrêmement rapide et la vacuité du temps de l'entre soin pour la personne âgée.

5) Alors, quel regard, pour quelle pratique ?

Il s'agit d'un équilibre précaire à trouver où la mesure du risque à accepter de prendre est une démarche délicate. En amont des possibilités thérapeutiques et des actes de prévention, la notion de nécessité de recourir ou pas à ces soins est à poser en équipe.

Voici quelques pistes que nous utilisons pour guider la décision, reposant sur la qualité de l'observation soignante recueillie et transmise :

- La douleur déclenchée par ce soin est-elle potentielle ou d'emblée une évidence du fait de son aspect invasif ?
- En quoi le geste de soin à effectuer va-t-il contribuer à la prise en charge thérapeutique du patient ? Quels sont les bénéfices escomptés ? Y a-t-il l'espérance d'un traitement possible, d'une augmentation de confort après le geste (exemple : meilleure respiration après une ponction d'ascite, meilleur sommeil ou état cutané après un chariot douche...) ?
- Quels en sont les inconvénients inhérents à évaluer, soupeser, anticiper, accepter de prendre ?
- Y a-t-il d'autres alternatives ? Sont-elles envisageables pour ce patient ?
- Peut-on se passer de ce geste ? Si l'on renonce à ce soin, quelle différence pour le patient ?
- Y a-t-il urgence ou peut-on différer celui-ci pour augmenter le sentiment de sécurité du patient, optimiser notre propre organisation, adapter les thérapeutiques antalgiques ?

En complément, trois autres grandes questions restent à se poser, en lien avec les facteurs d'influence du vécu douloureux cités plus haut :

- Sommes-nous bien sûr d'avoir tous les éléments de compréhension pour appréhender le sens que la personne âgée donne/perçoit à ce soin et si non, quelle contribution rechercher auprès de l'entourage, des autres collègues surtout si elle ne peut l'expliquer elle-même ?
- Quelle information est à donner (contenu – forme), par qui et à quel moment pour recueillir certes son consentement mais qui soit basé sur sa capacité à "tenir" l'information – pour éviter d'augmenter une anxiété réactionnelle (mémoire, vécu antérieur...) ?
- Enfin, quelle est l'approche et l'organisation avant – pendant – après le soin que nous adopterons afin de réduire au mieux les risques iatrogènes d'inconfort ?

Conclusion

Dans la prévention des douleurs induites, nos responsabilités infirmière et aide soignante consistent bien à initier tout ce qui sera complémentaire à l'application de la prescription médicamenteuse antalgique ou aux interventions des autres partenaires de l'équipe interdisciplinaire.

C'est se rappeler que personne d'autre que nous-mêmes pouvons décider de porter un regard critique sur notre propre pratique. Sachons affirmer que la qualité du soin au quotidien réside bel et bien, aussi, dans ces "fameux petits riens" qui font toute la différence. Ils sont le fruit d'une maturité professionnelle permettant de travailler sous le regard des autres sans peur du "qu'en dira-t-on" lorsque l'on modifie une habitude de pratique de soin.

Il est ici question de temps : non plus dans le sens de manque de temps mais du temps volontairement consenti, à chaque fois que cela est

possible, afin de limiter le risque de douleur surajoutée.

Bibliographie de référence

SEBAG-LANOË R, B.WARY, D.MISCHLICH –Collectif d'auteurs (2002) "La douleur des femmes et des hommes âgés" Collection Ages Santé Société, Editions Masson, Paris, 324 pages

SFAP Collège Soins Infirmiers (1999) " L'infirmière et les soins palliatifs : prendre soin, éthique et pratiques ", Editions Masson, Paris (réédité 2002).

018 – Expérience d'accompagnement des patients par la relation d'aide et la relaxation, dans un service de radiologie.

Solange Daigremont, Marie-Hélène Moissonnier (Manipulatrices en Electroradiologie – S.I.M. St Eloi – Montpellier), Equipe Enseignante du Réseau " Psychosomatique et Douleur " – Montpellier, J.M Bruel (Chef de Service – S.I.M. St Eloi – Montpellier).

Au sein du Service d'Imagerie Médicale de l'Hôpital St Eloi (Montpellier), où nous travaillons en tant que Manipulatrices, nous sommes confrontées à la douleur des patients, qu'elle soit physique ou psychologique. Les examens de radiologie qui leur sont proposés, plus ou moins algiques et pour lesquels un diagnostic est attendu, génèrent, à la fois stress et angoisse.

Face à ce constat, notre démarche consiste à informer et à accompagner ces patients, de façon personnalisée, par une approche globale de l'individu à travers la relation d'aide, la relaxation et le toucher/massage.

L'enseignement qui nous a été dispensé au sein du CHU, par l'équipe enseignante du réseau " Psychosomatique et douleur " de Montpellier, nous a permis de mettre en place une démarche à la fois anxiolytique et analgésique non médicamenteuse.

La reconnaissance de " l'autre " à travers ses attentes, son questionnement, ses craintes et sa souffrance, permet d'instaurer un climat de confiance entre le soignant et le soigné, et de faire émerger le patient en tant que sujet.

Nous travaillons dans un service où les examens sont diversifiés, avec d'un côté, des clichés simples comme des radiographies du thorax ou de l'abdomen, et de l'autre, une imagerie plus complexe proposant scanner, IRM, radiologie vasculaire et digestive, et échographie. C'est sur ces différentes modalités que nous sommes amenés à pratiquer des gestes invasifs à visée diagnostique et/ou thérapeutique.

Parmi ces examens, certains sont douloureux et nécessitent une sédation (drainage biliaire, radiofréquence, etc.), et d'autres sont pénibles mais sont pratiqués sans sédation. C'est le cas des ponctions et biopsies, du transit du grêle et de l'entéroscanner.

Nous recevons donc, dans notre service, des patients porteurs de pathologies lourdes, et à qui nous proposons des actes radiologiques pénibles. Nous sommes donc tous les jours en contact avec la douleur, quelle soit physique ou psychologique. Les patients ont une charge émotionnelle importante.

Le manipulateur est un technicien mais aussi un soignant, c'est pour cela que ces compétences se doivent d'être à la fois techniques et relationnelles.

La douleur et la souffrance sont indissociables, l'une s'exprimant par le symptôme corporel, et l'autre par son aspect psychologique. Le manque d'information, et la perspective de passer un examen invasif sont des facteurs de stress important qui majorent cette souffrance.

Face à cette constatation, nous avons proposé la mise en place d'un projet permettant la diminution du stress, de l'angoisse et de la douleur : la relation d'aide, la relaxation et le toucher/massage.

Nous avons alors proposé une étude permettant d'apprécier l'efficacité de ces techniques de façon à nous permettre de faire aboutir ce projet et de l'officialiser.

Nous avons alors ciblé ce travail sur un type d'examen, en prévoyant des critères d'inclusion, des grilles d'évaluation et l'analyse des résultats, avec un nombre limité de patients.

Le transit du grêle par entéroclyse nous a paru être l'examen de choix pour cette étude. Cet examen consiste à visualiser à la fois la dynamique et la morphologie interne de l'intestin grêle en mettant en place une sonde gastro-duodénale permettant, d'une part l'injection du produit de contraste au niveau duodénale, et d'autre part l'insufflation d'air pour une meilleure définition en double contraste. Cette sonde est ensuite reliée à un appareil que l'on appelle entéroclyseur. C'est un examen pénible par la mise en place de la sonde et sa durée (30 minutes à 2 heures en position couchée).

En 1998, notre étude prospective a porté sur 60 patients répartis de façon aléatoire dans deux groupes, selon certains critères d'inclusion (être adulte, ne pas avoir eu de sédation, ne pas être atteint de surdité ni de troubles psychiatriques, pouvoir communiquer et ne pas avoir d'antécédents chirurgicaux empêchant la mise en place de la sonde d'entéroclyse).

30 patients ont eu une relaxation, les autres non.

L'objectif de l'étude était d'évaluer la perception de l'examen par les patients ainsi que leur tolérance à l'examen selon qu'ils aient eu ou non une relaxation. Le but final était de comparer le " vécu " des deux groupes respectifs.

La technique proposée était une relaxation en position couchée (position de l'examen) avec un exercice sur la respiration abdominale (aidant le cheminement de la sonde et du produit), un massage du visage pour détendre la sphère ORL (lieu de passage de la sonde). Sa durée étant de l'ordre de 15 à 20 minutes est proposée avant le démarrage de l'examen.

Grâce à deux questionnaires distribués l'un avant, l'autre après l'examen nous avons pu connaître le degré d'inquiétude des patients, ainsi que le seuil de tolérance selon qu'ils aient eu ou non une relaxation.

Les résultats, à l'issue de cette étude qui a duré 6 mois, nous a permis de conclure que la démarche de relation d'aide et de thérapies de relaxation donne accès à une anxiolyse et à une analgésie non médicamenteuse, de mise en place simple, amenant une relation de confiance entre soignant et soigné.

A notre niveau, il nous a été possible de proposer cette démarche dans le cadre d'un meilleur confort du patient, reste à la promouvoir par l'information, et à permettre l'accès à des formations dans le cadre de cette approche relationnelle.

Aujourd'hui, au sein de notre service, nous proposons cette démarche pour différentes investigations radiologiques, ou, lorsque nous nous trouvons face à un patient angoissé.

Cette démarche ponctuelle est programmée sur une durée d'environ 20 minutes avant les examens invasifs en proposant différents outils que sont la relation d'aide, la relaxation et l'approche par le toucher massage.

La reconnaissance du patient en tant que sujet, ainsi que son " mieux être " lors des examens invasifs permettent d'écourter et d'améliorer le déroulement de l'examen. C'est alors un avantage commun au patient, et à l'équipe soignante. Son intérêt est à la fois anxiolytique et analgésique.

La mise en place de ce projet au sein de notre service, et son évolution dans le temps a permis, de comprendre l'intérêt de cette démarche auprès des patients et la nécessité d'une cohérence au niveau de l'équipe médicale et paramédicale. Nous avons pu également la promouvoir à différents niveaux : unités de soins, Comité de Lutte contre la Douleur, Journées Françaises de Radiologie et Secrétariat International des Infirmières et Infirmiers de l'Espace Francophone.

En conclusion, nous pouvons donc dire, que l'approche relationnelle des patients par la relation d'aide et la relaxation est un outil utile à la fois pour le patient et pour le soignant, de mise en place simple mais adaptée à chaque personne, permettant d'améliorer la qualité de la relation soignant/soigné et de proposer une technique à la fois anxiolytique et analgésique non médicamenteuse.

Références bibliographiques :

- RUSZNIIEWSKI M., 1995. *Face à la maladie grave*. Paris : Dunod.
- FERRAGUT E., 1999. *Douleurs et psychopathologies liées aux traumatismes*. Paris : Masson.
- FERRAGUT E., 2000. *La dimension de la souffrance en psychosomatique*. Paris : Masson.
- FERRAGUT E., 2001. *Psychopathologies de la douleur*. Paris : Masson.
- SAVATOFSKI J., 2001. *Pratiquer le toucher massage*. Lassy-les-Châteaux : Lamarre.

Céphalées et Douleurs Orofaciales Réunion Commune avec la SFEMC Algies Vasculaires de la face et des formes apparentées

GTS – 01

Dans le cadre de son partenariat avec la SETD, la SFEMC organise une réunion sur l'algie vasculaire de la face et les céphalées trigémino-dysautonomiques à laquelle sont conviés les membres du GTS céphalées douleurs oro-faciales. Ce thème permettra de resituer l'algie vasculaire de la face et de ses formes apparentées au sein du groupe nosographique des céphalées trigémino-dysautonomiques dont l'expression clinique commune est une l'algie faciale unilatérale associée à une dysautonomie focale homolatérale. Dans une première communication, Michel Lantéri-Minet (Nice) fera une revue des données physiopathologiques faisant discuter un effecteur périphérique impliquant le système trigémino-vasculaire ainsi que le système nerveux autonome céphalique, notamment dans son versant parasympathique, et un générateur central hypothalamique mis en évidence par la neur-imagerie fonctionnelle et faisant envisager une voie thérapeutique nouvelle au travers de la neurochirurgie fonctionnelle. Dans une deuxième intervention, Alain Autret (Tours) présentera les multiples facettes cliniques de ces céphalées trigémino-dysautonomiques dont certaines viennent d'être officialisées dans la nouvelle classification diagnostique des céphalées et algies faciales de l'International Headache Society qui a été présentée au début du mois de septembre à Rome lors de l'International Headache Congress 2003. Ensuite, Pierrick Giraud fera état des résultats de son travail soutenu par la Bourse Migraines et Céphalées SFEMC/Glaxo Smith Kline et ayant pour thème le lien entre algie vasculaire de la face et pathologie hypophysaire. La valeur de ce travail multidisciplinaire (migrainologie, neurologie, neurochirurgie, endocrinologie) réside dans son caractère prospectif devant permettre d'apporter des arguments beaucoup plus robustes que les simples observations cliniques jusque là rapportées. En fin la dernière partie de cette réunion sera animée par Evelyne Gueguan-Massardier (Rouen) ainsi que Christian Lucas (Lille) et sera l'objet d'une discussion à partir d'observations cliniques originales qui illustreront les possibles difficultés diagnostiques et thérapeutiques engendrées par ces céphalées trigémino-dysautonomiques.

Douleur et Cancer et Douleurs Neuropathiques : réunion commune Douleurs iatrogènes en cancérologie : douleurs neuropathiques, douleurs des actes invasifs – De la physiopathologie aux recommandations

GTS – 02

Evaluation et traitement des douleurs neuropathiques

N. Attal, INSERM E-332, Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt

La sémiologie des douleurs neuropathiques est habituellement dominée par des "phénomènes négatifs" se manifestant par un déficit

moteur et/ou sensitif dans le territoire douloureux. Cependant, il existe aussi bien souvent des "phénomènes positifs" tels que des paresthésies, des dysesthésies et surtout des douleurs. Ces douleurs sont caractérisées par leur évolution chronique et leur caractère réfractaire au traitement médical. Elles répondent souvent de façon modeste aux antidépresseurs ou aux antiépileptiques, qui représentent les traitements de référence de ce type de douleurs. Ces difficultés thérapeutiques tiennent vraisemblablement pour une large part au fait que la grande diversité des situations cliniques n'est pas suffisamment prise en compte dans la prise en charge de ces patients, de telle sorte que des syndromes douloureux en réalité extrêmement hétérogènes sont traités de façon uniforme. Les tableaux cliniques sont très souvent complexes puisque, chez un même patient, on peut observer une association de différents symptômes comprenant des douleurs spontanées continues et/ou paroxystiques, mais aussi des douleurs provoquées. L'évaluation et le diagnostic de ces douleurs revêt donc une importance considérable pour le clinicien. Un nouveau questionnaire d'évaluation spécifique des douleurs neuropathiques (Neuropathic Pain Symptom Inventory) récemment validé en France et en Belgique visant en particulier à évaluer les différentes composantes des douleurs neuropathiques sera présenté (Bouhassira et al, 2003). D'autre part, les actualités sur le traitement pharmacologique de ces douleurs seront commentées.

D. Bouhassira, N. Attal, J. Fermanian, F. Boureau, H. Al Char, M. Gautron, E. Masquelier, J. Grisart, S. Rostaing, E. Collin, M. Lantéri-Minet. Validation of a specific self-questionnaire for the evaluation of neuropathic pains. *J. Pain*, suppl.1, vol. 4, abstr 686.

GTS – 03 Prise en charge des douleurs provoquées lors des ponctions sanguines, lombaires et osseuses en cancérologie chez l'adulte

Thème général du SOR :

" Douleur provoquée lors des actes diagnostiques, thérapeutiques et des mobilisations en cancérologie chez l'adulte "

• Equipe d'experts : I. Krakowski, M. Beauchene, D. Boyer, G. Chvetzoff, E. Collin, T. Delorme, R. Duclos, L. Geoffrois, D. Jaulmes, F. Lakdja, C. Minello, M. Luu, S. Rostaing, G. Torloting, N. Vuillemin.

• Equipe méthodologique : S. Theobald, Méthodologiste, N. Fabre, COSOR

Ce travail qui fait suite à une procédure engagée depuis 1994 constituera la 3^e production du groupe cancer FNCLCC-SETD (dernière publication en 2003 sur les traitements antalgiques médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte, mise à jour (monographie SOR / <http://www.fnclcc.fr> / BJC (2003) 89, (Suppl 1), S 67-S72 URL : <http://www.nature.com/bjc/journal/v89/n1s/index.html>). La mise à jour du SOR sur l'évaluation de la douleur du cancer est prévue en fin d'année.

Les résultats qui seront présentés constitueront une analyse intermédiaire, en cours à ce jour, et porteront sur les gestes invasifs réputés parmi les plus douloureux. On verra que peu de littérature est disponible concernant l'adulte par rapport à l'enfant. Ceci témoigne de la sous-évaluation de ce type de douleur souvent supportée par les malades par ignorance de moyens de prise en charge (enquête Astra non publiée, multicentrique, réalisée auprès de 584 patients, de 113 infirmières et de 58 médecins.), de la justification de cet axe dans le programme national de lutte contre la douleur et de la nécessité d'une diffusion des procédures pour optimiser cette prise en charge.

Douleur et Evaluation

GTS – 04

Compte-rendu du programme EVE

(Mise au point et validation de la première Echelle Visuelle Electronique d'Evaluation de la Douleur)

P. Ginies, centre d'évaluation et de traitement de la douleur, CHU MONTPELLIER.

Ce travail consiste à la mise au point de la première échelle développée et brevetée de mesure électronique de la douleur et des circonstances déclenchant cette douleur afin de pouvoir informer son Médecin généraliste ou rhumatologue ou le Centre Anti-Douleur des conditions de vécu de cette douleur.

Cette échelle qui permet de mesurer, d'enregistrer la douleur, permet également de visualiser, sous forme d'histogramme, l'ensemble des informations sur l'écran de cette même réglette. Un lien avec un poste informatique permet également de recueillir et de classer toutes les informations dans le dossier du patient.

Cette Echelle Visuelle Electronique (EVE) a été testée et validée auprès de 280 patients douloureux chroniques chez 60 Médecins rhumatologues en France.

La présentation des résultats de ces travaux et de cette Echelle Electronique a été faite au Congrès mondial de la douleur de SAN DIEGO en août 2002.

Le projet, de grande ampleur, soutenu par les Laboratoires AVENTIS depuis 4 ans est à la phase de distribution gratuite de plusieurs milliers de règles d'Evaluation Electronique à tous les Centres Anti-Douleur de France, et à tous les médecins rhumatologues. L'ensemble des Centres vont être sollicités pour expliquer le fonctionnement de l'évaluation de la douleur dans la maladie chronique.

Les rhumatologues sont sollicités pour l'explication et l'utilité de cette nouvelle échelle électronique de mesure de la douleur. Chaque rhumatologue de France recevra deux exemplaires pour aider à la compréhension de la maladie douloureuse chronique rhumatismale de leurs patients. Un CD Rom de formation accompagne également chaque Echelle de douleur.



GTS – 05

PAINMATCHER

Evaluation de la douleur

T. BINOCHE (Paris)

PAINMATCHER est un nouveau concept dans l'évaluation de la douleur. Basé sur l'interactivité patient / instrument, il enregistre, évalue et quantifie la douleur.

PAINMATCHER donne accès à trois niveaux d'informations patient,

participant au diagnostic et au suivi thérapeutique :

- Seuil de sensibilité
- Seuil de douleur
- Intensité de la douleur comparée

PAINMATCHER allie simplicité et facilité d'utilisation. Il permet au patient de comparer sa douleur à la stimulation électrique inoffensive générée par le PAINMATCHER.

Les domaines d'applications sont variés et concernent l'ensemble des professions médicales où la douleur fait l'objet d'une prise en charge.

En recherche, le suivi des effets antalgiques des molécules fait du PAINMATCHER un outil incontournable pour les centres d'études pharmacologiques.

Il permet un enregistrement des 99 dernières mesures, auxquelles sont associées la date et l'heure de la prise de mesure.

Première étape :

Elle consiste à mesurer votre sensibilité. Le PAINMATCHER envoie un signal. Dès que vous sentez quelque chose, relâchez la pression sur les électrodes. Nous connaissons maintenant votre seuil de sensibilité ou seuil sensoriel.

Deuxième étape :

Il convient maintenant de mesurer votre seuil de douleur, ou plutôt à partir de quand vous considérez qu'une sensation devient une douleur. Pour se faire, le PAINMATCHER vous envoie un nouveau signal. Dès que vous avez mal, relâchez la pression des électrodes.

Troisième étape :

Enfin, la dernière étape va permettre de décrire votre douleur. Comme précédemment, le PAINMATCHER vous envoie un signal. Dès que le signal devient aussi intense que votre douleur, relâchez la pression sur les électrodes.



GTS – 06

Echelle tactile analogique

Mise à disposition d'une échelle tactile analogique de la douleur pour les patients non-voyants " Sensscale™ " : Développement, description, validation et intérêt

Patrick Giniès (1), Jean-Louis Verrière (2), Khadra Benmedjahed (3), Laurence Prost (3), Alain Follet (3), Benoit Arnould (3)

(1) Centre d'évaluation et de traitement de la douleur, CHU Montpellier. (2) Mundipharma, Boulogne Billancourt. (3) Mapi Values, Lyon.

Introduction et objectif : Le statut de la douleur a évolué depuis quelques années. Ce changement s'intègre dans une évolution profonde de la pratique médicale, qui reconnaît de plus en plus la légitimité de la perspective du patient dans la définition des objectifs et des moyens de l'intervention thérapeutique. Il n'existe, à ce jour, aucun

outil validé d'auto-évaluation de l'intensité de la douleur chez les patients non-voyants et mal-voyants, c'est-à-dire des échelles simples, présentant une gradation tactile. L'objectif de notre travail était de développer et de valider une telle échelle : l'échelle Sensscale™.

Méthodes : L'échelle Sensscale™ peut être utilisée indifféremment par les patients voyants ou non-voyants. Elle se présente sous la forme d'une réglette en plastique munie d'un curseur coulissant avec une face destinée au patient et une face destinée au médecin.

Des tests devaient être réalisés auprès de patients non-voyants âgés de 18 à 60 ans ayant une plainte douloureuse afin de vérifier la bonne compréhension de l'échelle Sensscale™ et de s'assurer qu'elle était utilisable par des patients disposant de leur sensibilité tactile exclusivement. Les propriétés psychométriques de l'échelle Sensscale™, sa fiabilité et sa validité devaient être vérifiées dans le cadre d'une étude auprès de 30 patients voyants et 30 patients non-voyants, âgés de 18 à 60 ans, ayant eu une expérience douloureuse au cours des 7 jours précédents l'inclusion. L'évaluateur demandait à son patient d'évaluer l'intensité de sa douleur à l'aide de l'échelle Sensscale™, puis à l'aide d'une échelle numérique orale. La reproductibilité de l'échelle Sensscale™, " devait permettre d'étudier la fiabilité des mesures au cours du temps et la validité concourante d'étudier les corrélations entre l'échelle Sensscale™ et l'échelle numérique orale sur chacun des deux groupes.

Résultats :

Sept patients non-voyants ont testé la compréhension de l'échelle Sensscale™. A l'issue de cette étape, après quelques changements, l'échelle Sensscale™ a pu être intégrée dans la phase de validation psychométrique.

Au total 72 dossiers de patients ont été reçus et analysés (36 patients non-voyants et 36 patients voyants). Les résultats statistiques ont démontré que l'information fournie par l'échelle Sensscale™ est stable (bonne reproductibilité) et qu'elle est cohérente avec celle fournie par l'échelle numérique orale (bonne validité concourante). Par ailleurs l'échelle Sensscale™ présente des propriétés psychométriques comparables à l'échelle EVA classique testée dans les mêmes conditions.

Conclusion : La validité et la fiabilité de l'échelle Sensscale™ ont été démontrées dans une population de patients adultes non-voyants, souffrant de douleur chronique ou aiguë. L'échelle Sensscale™ permet l'auto évaluation de la douleur chez ces patients pour lesquels la classique EVA n'est pas applicable. Cette échelle est destinée à un usage en pratique médicale courante et pour une application en recherche médicale.

GTS - 07

Mise au point d'un instrument sensoriel analogique I.S.A

Principe du toucher , du braille, des images.

Dr Patrick GINIES (Montpellier)

Un prototype de mesure analogique de la douleur est en court de diffusion dans un premier temps en milieu ophtalmologique , avec le soutien des Laboratoires CHAUVIN BAUSCH et LOMB.

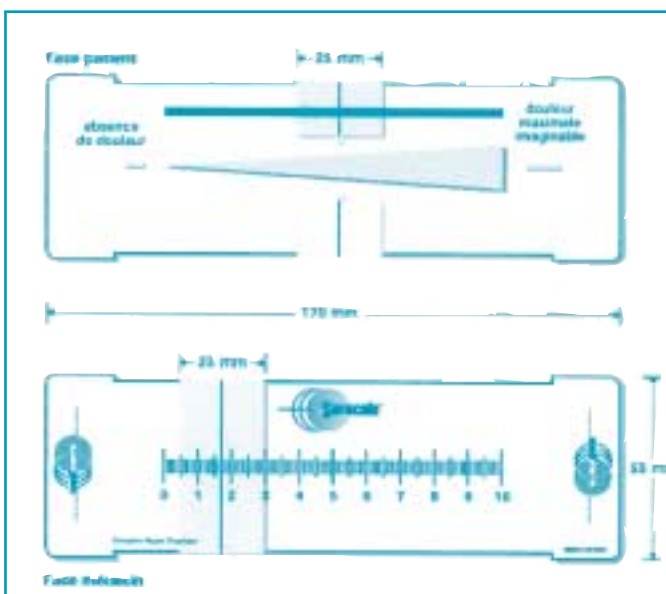
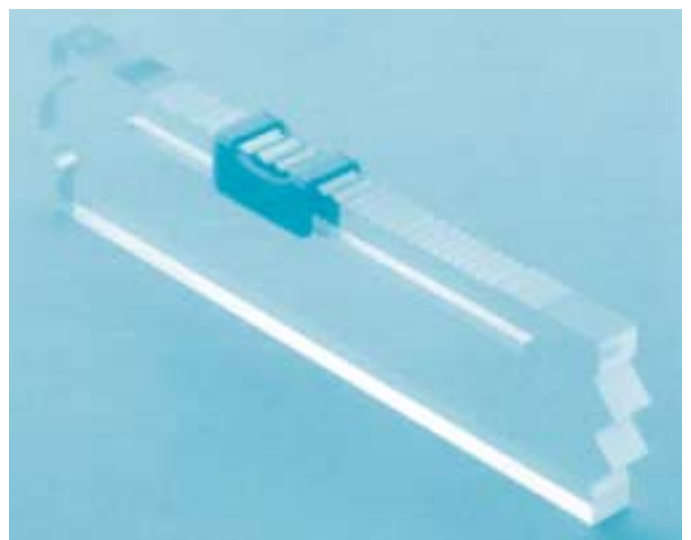
Les deux principes développés dans cette nouvelle échelle de mesure de la douleur sont :

- Le regroupement de trois principes physiques pour la réalisation sur un seul objet de mesure analogique de la douleur ou du handicap fonctionnel en ophtalmologie.
- Le second est de proposer une analogie fondée sur un autre principe que la ligne géométrique utilisée par l'échelle visuelle analogique: la sensorialité du toucher.

En effet certain patient en raison même de la composante affective de la douleur présente un parasitage de leur capacité cognitive vis-à-vis de la démarche analogique.

En ophtalmologie, la peur de la cécité est la cause de beaucoup de consultations difficile ou pourtant le partenariat éclairé du patient est fondamental.

Nous avons donc développé un outil de pratique quotidienne, au court des consultations, servant à faciliter le recueil de la souffrance du patient quelque soit ses difficultés visuelle (il y a en France 700 000 malvoyants) ou son émotivité pour exprimer l'intensité de sa douleur, son caractère qualitatif (grâce au icônes en couleur représentant les troubles fonctionnels) et contenant un échelle numérique en BRAILLE. Le principe de l'analogie sensorielle est réalisé par une ondulation répétant une sinusoïde dont la fréquence s'accélère progressivement, donnant la sensation sous le doigt d'un relief doux à l'extrémité gauche (coté pas de douleur) et d'un relief aiguisé à droite (coté douleur maximale imaginable).



GTS – 08

Utilisation d'un agenda électronique intégrant un téléphone mobile pour l'évaluation de la douleur chez des patients ambulatoires

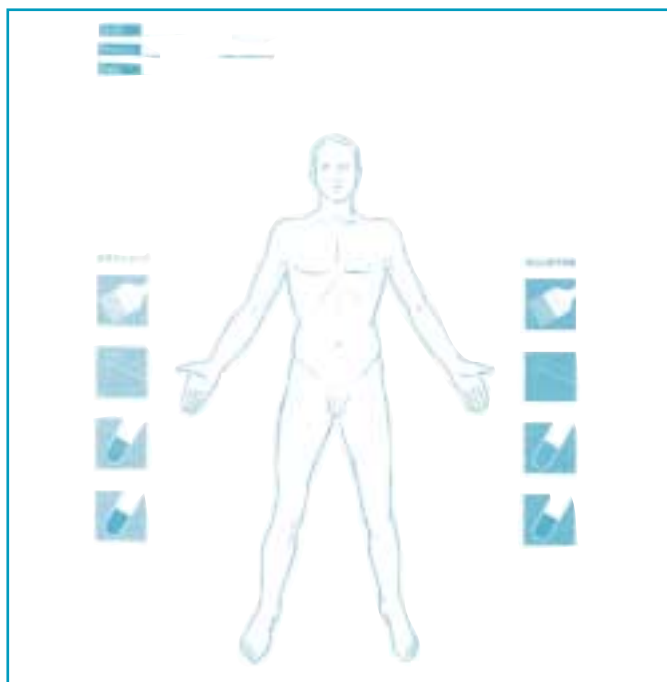
G. Gindre, C. Dubray, C. Duale, E. Dumoussset, P. Schoeffler.

Des agendas électroniques, type PALM, ou Pocket PC intégrant un téléphone portable ont été récemment mis sur le marché. Ce matériel s'avère particulièrement bien adapté au suivi de patients à domicile, par exemple en période post-opératoire, ainsi que dans le cadre d'une hospitalisation à domicile ou au cours d'essais cliniques ambulatoires. Le Département d'Anesthésie-Réanimation du CHU de Clermont-Ferrand avait développé, en 1999, un système de suivi ambulatoire utilisant des téléphones mobiles. Une première évaluation, portant sur 50 patients hospitalisés a permis de valider une mesure de l'intensité de la douleur à l'aide d'une échelle visuelle analogique (EVA) en établissant une excellente corrélation avec les mesures traditionnelles, à l'aide d'une réglette présentée par l'infirmière. Ce travail a également montré que l'utilisation des téléphones portables est tout à fait compatible avec les conditions de soins durant les 48h post-opératoires. Une seconde évaluation a été réalisée sur 47 patientes ayant subi une intervention chirurgicale légère lors de leur retour à domicile le soir de l'intervention. Les résultats obtenus ont confirmé que l'outil est fiable et permet de recueillir un pourcentage de réponses supérieur à celui obtenu avec les méthodes traditionnelles telles que le questionnaire papier. Ces premières études ont également révélé les limites ergonomiques liées à l'utilisation d'un téléphone portable. Ce constat nous a conduit à poursuivre le développement du concept utilisant un agenda électronique communiquant dont les potentialités ergonomiques sont beaucoup plus favorables, notamment lorsque ces outils doivent être utilisés par des personnes âgées. L'interface médecin a également été retravaillée de manière à optimiser le suivi des patients en temps réel.

GTS – 09

Planche topographique de localisation de la douleur et cotation de l'examen neurologique

Dr Marc Sorel, Dr Patrice Baud †



Les douleurs neuropathiques font parties des nouveaux axes de prise en charges des syndromes douloureux chroniques. Elles sont à ce titre en plein démantèlement, aussi bien au plan sémiologique que thérapeutique. Malgré tout, elles restent méconnues de beaucoup de nos confrères.

Afin de permettre de mieux repérer cette pathologie neurogène chronique, nous avons voulu, à travers un schéma simplifié avec des pictogrammes et un codage couleur, aider le praticien à décrire de façon simple, didactique, topographique, aisément mémorisable et reproductible la sémiologie clinique auquel il est confronté. Chaque pictogramme représente un test clinique neurologique discriminant de la sémiologie douloureuse neuropathique. Le codage couleur associe d'emblée les différentes composantes de cette douleur.

Ce schéma peut paraître simpliste mais la pratique clinique montre que tout schéma trop complexe limite sa pratique systématique au quotidien. Nous souhaitons développer cet outil qui nous paraît un compromis suffisant pour dépister et aussi diffuser la notion de douleur neuropathique.

GTS 10

Mise au point d'un outil d'examen pratique, analogique et sémiologique pour l'amélioration du diagnostic de la douleur neurologique au quotidien

Dr Patrick GINIES (Montpellier)

La douleur neurologique est un défi thérapeutique pour les équipes médicales. Les études montrent combien avant même toute tentative thérapeutique, le diagnostic de cette forme de douleur est d'évocation difficile.

On n'y pense pas suffisamment, au bon moment ou parfois l'importance qu'on lui attribue est insuffisante.

Nous avons pensé que créer un outil alliant la mesure de l'intensité de la douleur selon le principe de l'EVA à une aide à l'expression des adjectifs qualifiant cette douleur par le patient grâce à des images, faciliterait l'évocation du diagnostic et son explication, pour une meilleure prise en charge.

Le diagnostic de cette douleur est indissociable de certains gestes d'examen indispensables et parfois oubliés.

Cette nouvelle réglette qui intègre une EVA "classique" se double des symboles en couleur correspondant au item du Mac Gill Pain Questionnaire définissant le mieux la douleur neurologique.

Une nouveauté sur cet objet de poche à consister en la mise à disposition pour le médecin de l'outil permettant la recherche de l'ALLODYNIE grâce à une petite brosse à une extrémité, et à l'autre extrémité du filament dit de VON FRAY, permettant la recherche de zones d'hypoesthésiques.

Outre le rappel des bases de l'examen systématique face à une douleur et des gestes fondamentaux, leur réalisation permet une explication rassurante au patient de ces douleurs destructurantes et mystérieuses. Ce travail est soutenu par les Laboratoires PFIZER et s'accompagne d'efforts de pédagogie à tous les membres de l'équipe médicale.

GTS – 11

Utilité et actions évaluatives des CLUD

Dr Pierre Basset C.H.Chambéry

Le collège national des médecins de la douleur (CNMD) et la SETD ont incité leurs membres à la création de comité de lutte contre la douleur (clud) dès 1997 dans tout établissement public ou privé, selon des modalités d'organisation bien définies (3). 300 CLUD étaient identifiés selon l'enquête du CNMD en 2001. (4)

Instance de réflexion et de proposition, le CLUD est appelé à travailler avec tous les services institutionnels (administratifs, cliniques, techniques et médico-techniques, dim, infirmiers...). Une de ses missions est de favoriser les enquêtes de prévalence et de satisfaction des patients.

Du fait de sa composition pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire, le CLUD est appelé à initier de telles actions. Une enquête de prévalence est un projet fédérateur, transversal, impliquant tous les acteurs institutionnels : administration, service de soins infirmiers, services cliniques et médico techniques, institut de formation en soins infirmiers. Un des objectifs prioritaires de plusieurs clud en France a été de connaître le taux de prévalence de la douleur chez les patients hospitalisés et de recueillir le ressenti des équipes soignantes sur la prise en charge de la douleur. Nous disposons maintenant de différentes enquêtes de type "un jour donnée" (5)

Ces enquêtes dont la simplicité de réalisation est un gage de réussite et de reproductibilité, renseignent en général sur l'âge, le sexe, la prévalence de la douleur et son intensité, l'interrogeabilité, la concordance / discordance entre l'opinion des malades et l'opinion des soignants, l'information reçue par le malade au sujet de la douleur, la prévalence des douloureux recevant ou non un traitement antalgique et la qualité de ce traitement. Elles constituent une étape indispensable pour chaque équipe ou institution, pour la prise de conscience du problème posé par la douleur

Les résultats de ces enquêtes constituent pour l'institution ou le système de soins, un indicateur précieux qui a une fonction pédagogique : il remplit une fonction d'émulation, d'exemplarité, d'incitation à l'action, simplement en suscitant réflexions et discussions à partir des résultats de cet indicateur, au sein de chaque équipe, sur la prise en charge de la douleur.(1)

Les résultats ne doivent pas donner lieu à une comparaison entre les services ou autres lieux de soins car ceux ci ne sont pas comparables (malades différents, pathologies différentes, stades évolutifs différents).

Ces résultats peuvent être d'une part le tremplin pour d'autres actions promues par le clud et d'autre part, être corrélés à d'autres indicateurs de suivi des actions engagées pour la prise en charge de la douleur dans l'institution (nombre d'infirmiers référents, de personnes formées à la prise en charge de la douleur, de documents validés et diffusés, suivi de la consommation des antalgiques, nombre de protocoles réalisés, de consultation douleur par an, nombre de formations effectuées par an, nombre de prescriptions de PCA, niveau de satisfaction des malades en post-opératoire immédiat, item douleur dans le questionnaire de sortie des malades, évaluation de l'activité de l'équipe mobile douleur et / ou soins palliatifs...). (2)(6)

La prise de conscience du problème posé par la douleur est une première étape nécessaire pour faire évoluer les attitudes des professionnels de santé. L'enquête de prévalence initiale en apportant des chiffres " locaux " , constitue une étude des pratiques et permet à l'équipe de s'approprier la problématique de la douleur. L'expérience montre que les protocoles ou les outils ne peuvent pas être imposés de l'extérieur et qu'une phase d'appropriation par l'équipe soignante est nécessaire pour l'élaboration de ses propres protocoles et ses propres outils.

L'originalité d'une telle démarche d'évaluation est aussi de changer la perception du rôle du patient en le rendant partenaire, lui et sa famille, de l'équipe de soins.

La réalisation d'enquête de prévalence instaure dans l'institution une " culture douleur " qui permet secondairement d'affiner des enquêtes dans des populations singulières par leur vulnérabilité: (handicapés, déments, nourrissons, vieillards, psychiatriques) ou dans des situations particulières (actes de soins, post opératoire, transport...)

Nous prenons à titre d'exemple, l'étude des résultats des six enquêtes de prévalence menées depuis 1997 ,à l'initiative du comité de pilotage local puis du clud, dans un centre hospitalier général référent départemental, tête de secteur, de 1300 lits. Après cinq enquêtes annuelles, la démarche d'évaluation fait " tache d'huile " et en février 2002 l'enquête concernait sept hôpitaux du département permettant d'évaluer le même jour plus de 1000 patients.(7)

Références

- 1 Guillaume LEBRETON / direction de la politique médicale de l'AP-HP / indicateurs de suivi de la politique douleur :premières réflexions / organisation de la prise en charge de la douleur :repères pour les décideurs / 08.10.2002 ministère de la santé
- 2 Evelyne MALAQUIN PAVAN / Témoignage d'une expérience de fonctionnement d'un CLUD / organisation de la prise en charge de la douleur :repères pour les décideurs / 08.10.2002 ministère de la santé /
- 3 " Collège national des médecins de la douleur ". Recommandations relatives à l'organisation de la lutte contre la douleur, (C.L.U.D) dans les établissements publics et privés participant au service public hospitalier.
- 4 Ivan KRAKOWSKI comité de lutte contre la douleur et soins de support / organisation de la prise en charge de la douleur :repères pour les décideurs / 08.10.2002 ministère de la santé /
- 5 MF Couillot, J.Razafimamonjy,G.Briche, MTGatt / Enquête sur la douleur à l'hôpital Avicenne (CLUD) / AP-HP CHU BOBIGNY / 2001
- 6 interclud.ap-hp.fr / Les indicateurs de suivi des actions engagées /
- 7 P.Basset, F.Herrman, C.H.Rapin, projet " vers un hôpital sans douleur " et démarche qualité ou évaluation du plan triennal de lutte contre la douleur dans un CHG(c.h.Chambéry 1187 lits).

Douleur et Gériatrie

GTS – 12

AINS et sujet âgé.

G. Pickering, Service de Pharmacologie, CHU Clermont-Ferrand, L. David, CH Bagnères de Bigorre

Les AINS sont parmi les médicaments les plus largement utilisés, en particulier chez les personnes âgées de plus de 60 ans et leur utilisation augmente avec l'âge. Ils sont souvent prescrits en routine à des sujets âgés consultant pour des douleurs d'origine musculo-squelettique quelquefois d'origine non-inflammatoire. Depuis quelques années, les effets délétères des AINS ont été soulignés et le sujet âgé est particulièrement susceptible aux effets indésirables de ces molécules. Les altérations physiologiques, les modifications pharmacocinétiques, la polyopathie, la polymédication, les interactions médicamenteuses sont autant de causes d'effets indésirables qui font des AINS une des causes principales d'admission aux urgences. Ainsi, les bénéfices de traitement par les AINS doivent-ils être pesés contre leurs risques potentiels. De plus, les implications économiques de la prescription d'AINS chez le sujet âgé (médicaments gastro-protecteurs, prophylaxie, suivi biologique, traitement des effets indésirables...) et les coûts directs ou indirects ne sont pas négligeables. Dans une perspective tant médicale qu'économique, il peut être intéressant de prescrire d'autres antalgiques que les AINS avec une moindre pathologie iatrogène.

GTS – 13

Utilisation des morphiniques en pratique gériatologique : expérience d'un court séjour gériatrique.

P. Rat, S. Bonin-Guillaume. Unité de gériatrie, Service du Pr Frances. Hôpital Nord, AP-HM.

Objectif:apprécier les difficultés rencontrées en pratique quotidienne lors de l'utilisation des morphiniques chez les patients âgés.

Une étude rétrospective a porté sur 250 patients hospitalisés en court séjour gériatrique et présentant des douleurs (EVA>3,Doloplus>5).Ces patients ont été soulagés à l'aide de médicaments de palier II ou III selon les règles de l'OMS (Choix et posologie adaptés selon l'intensité de la douleur).Les effets secondaires(somnolence,confusion,constipation voire subocclusion) ont été systématiquement recherchés puis notés.

Résultats:

N = 250; âge moyen = 81,38 ans; clairance créatinine moyenne = 48,98 ml/mn;albuminémie moyenne = 26,72 mg.

1/ Dextropropoxyphène(N=66): posologie moyenne< 3 gel./J Fréquence des effets secondaires < 1/7

2/Codéine(N=55)posologie moyenne<3 cp 30mg/J ;Fréquence des effets secondaires <1/7

3/Tramadol(N=76):posologie moyenne<3 cp 50 mg/J ;Fréquence des effets secondaires <1/7

4/Morphine(N=49):posologie moyenne < 50mg/J ; Fréquence des effets secondaires >1/4

5/Patch Fentanyl(N=4);posologie moyenne < 0,50/J ;Fréquence des effets secondaires:100%

Conclusion:

Les sujets âgés sont des patients fragiles (Frail elderly): la prescription des antalgiques morphiniques doit donc être réfléchi.

Les recommandations consensuelles (1/2 doses, allongement des intervallesentre deux prises) semblent parfaitement adaptées pour les médicaments de palier II.Par contre, la fréquence de survenue d'effets secondaires lors de l'utilisation des antalgiques de palier III (dont la galénique n'est pas parfaitement adaptée aux patients âgés) doit inciter les équipes soignantesà la plus grande prudence lors de l'initialisation des traitements et à unevigilance accrue lors du suivi.

GTS – 14

Rotation des opioïdes chez la personne âgée

J. P. Poinsignon, CHR Metz Thionville, F. Vanhille, Maison médicale Notre Dame du Lac Rueil-Malmaison

Nous étudierons la rotation des opioïdes chez le sujet âgé dans le cadre de la douleur cancéreuse essentiellement tout en ne négligeant pas les douleurs sévères comme cela existe en cas d'artérite au stade de gangrène ou de polyopathie invalidante confinant le malade, alors que la douleur correctement traitée lui permettrait de reprendre une activité certaine.

Avant d'envisager une rotation d'opioïdes, il est important d'affirmer que l'on se situe bien dans le cadre d'une douleur nociceptive pure, que l'on a évalué correctement la composante émotionnelle, psychologique de la douleur, tout en tenant compte aussi du malade, de sa famille et des soignants Si la douleur est mal ou pas contrôlée, il est tout aussi important de vérifier si les effets indésirables qui pourraient mener à un changement de molécule sont aussi dus à l' opioïde :

- en cas de confusion : troubles ioniques? hypercalcémie ? anémie? déshydratation?

- en cas de vomissements : un tiers des malades peuvent présenter des nausées ou des vomissements à l'induction du traitement pendant 5 à 7 j, plus en avant dans le traitement, une atonie gastrique ? une constipation opiniâtre non traitée ou non perçue un tableau d'occlusion qui s'installe dans le cadre d'une carcinose péritonéale ?

- en cas de sédation : l'antalgique responsable ? ou un problème de fonction rénale déficiente? ou d'autres molécules sédatives type benzodiazépines ou neuroleptiques?

- en cas de troubles neuropsychiques : existaient-ils auparavant ? iatrogénicité éventuelle d'une autre molécule ? Cause vasculaire?

La rotation d'opioïdes doit-elle se faire préventivement alors que la douleur est bien équilibrée? Doit-on changer de produit, changer une équipe qui gagne ?

Cette rotation se fait-elle par changement de voie d'administration ? par changement de molécule ? y a t il un sens à cette rotation ?

Chez la personne âgée, nous pensons que la morphine reste la molécule du palier 3 à utiliser en première intention et que les autres molécules doivent être essayées ensuite : oxycodone, fentanyl, hydromorphone. Notre préférence ira à l'oxycodone du fait que ses différents dosages permettent de petites doses équivalentes, alors que les deux autres produits ne sont pas aussi faciles de maniement à ce niveau .

A partir de cas cliniques, nous essayerons donc de répondre à deux questions :

- la rotation d'opioïdes est elle un effet de mode puisque nous avons plusieurs molécules à notre disposition ou est ce une réalité clinique ?

- y a t il un sens à la rotation des molécules plus efficace qu'une autre ?

GTS – 015

Douleurs provoquées chez la personne âgée. Quelle antalgie ?

R. Lopitiaux, V. Mactoux, C. Sornay-Soares, CHU de Clermont-Ferrand

Les conditions cliniques conduisant à provoquer des douleurs chez une personne âgée malade sont particulièrement nombreuses.

Certaines sont évidentes :

- soins d'escarres et de plaies chroniques,
- gestes divers à l'origine d'une effraction cutanée (prises de sang, perfusions intraveineuses ou sous-cutanées, ponctions pleurale, articulaire, lombaire...),
- réalisation d'examen endoscopiques,
- aspirations pour libérer les voies aériennes supérieures.

D'autres gestes sont de réalisation tout aussi fréquente et potentiellement douloureux :

- les soins de nursing avec la toilette et les retournements,
- le nettoyage d'une cavité buccale inflammatoire ulcérée,
- le traitement d'une constipation opiniâtre
- ou la seule remise en charge sur les genoux arthrosiques après quelques jours d'immobilisation.

Prévenir la douleur provoquée est donc un acte pluriquotidien en Gériatrie. Ses composantes sont à la fois matérielles, psychologiques et médicamenteuses.

Les choix pharmacologiques devront tenir compte des grands paramètres de la personne âgée : vigilance, état nutritionnel, fonction rénale. Il sera alors possible de sélectionner parmi de multiples possibilités celles qui se révéleront efficaces, bien tolérées, renouvelables, et non traumatisantes.

Seront présentés en séance, les traitements antalgiques les plus souvent adoptés dans le monde gériatrique pour chaque geste potentiellement douloureux, qu'il soit quotidien ou plus exceptionnel.

GTS – 16 -

Vieillesse rénale et conséquences thérapeutiques

J.P. Charmes - C.H.U. Limoges

Le vieillissement de la population représente un événement sociologique essentiel en ce début du troisième millénaire. Les sujets âgés

sont très souvent polyopathologiques et candidats à de nombreuses médications. Les grandes voies d'éliminations digestives et rénales subissent des modifications avec le vieillissement. Ces modifications métaboliques doivent être prises en compte pour guider l'utilisation des médicaments en Gériatrie et prévenir les pathologies iatrogènes, en particulier, le vieillissement de la fonction rénale.

Après 65 ans, le rein est soumis à des modifications morphologiques et fonctionnelles. Il existe une diminution de flux sanguin rénal. La baisse de filtration glomérulaire n'est pas facile à mesurer car l'élévation de la créatininémie habituellement utilisée comme index d'insuffisance rénale dans la population adulte est au grand âge un mauvais marqueur. En effet il n'y a pas d'élévation nette chez la personne âgée car la masse musculaire diminue avec l'âge. Pour l'instant, en clinique, il n'y a pas d'autre solution plus simple que l'évaluation de la clearance de la créatinine par la formule Cockcroft et Gault pour préciser le degré de l'altération rénale. Une diminution de la filtration glomérulaire avec l'âge n'est pas inéluctable mais extrêmement fréquente. Dans une population de malades d'âge moyen de 85 ans, la clearance de la créatinine moyenne retrouvée est de l'ordre de 33 ml/min et la créatinine moyenne était de 116 µmol/l. Les données pharmacocinétiques et pharmacodynamiques sont perturbées chez le sujet âgé en particulier lorsque la filtration glomérulaire est inférieure à 40 ml/min. Cela nécessite une adaptation des posologies, les doses usuelles de médicaments d'élimination rénale risquant d'entraîner des taux sériques élevés et un risque de toxicité.

Le rein du sujet âgé est par ailleurs très sensible aux différentes formes d'agression qui peuvent survenir telle qu'une ischémie aiguë en cas de collapsus ou de situations de déshydratation. Ces derniers facteurs sont capables d'aggraver très rapidement une situation rénale déjà défaillante. Enfin, à la baisse d'excrétion rénale s'ajoute au cours du vieillissement rénal une modification de la fixation des médicaments aux protéines et une modification des espaces de distribution, autres facteurs pouvant intervenir dans le risque de toxicité.

Douleur et Handicap

GTS – 17

Introduction

A. Margot-Duclot, Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur Fondation A. de Rothschild, Paris

Divers modèles conceptuels ont été proposés pour comprendre et expliquer le Handicap et l'incapacité.

Deux modèles ont prévalu : le modèle médical (centré sur la personne et " son infirmité ") et le modèle sociale (le problème est principalement généré par la société et son incapacité -ou capacité- à intégrer l'individu). Ces modèles conduisent à des gestions différentes du problème du Handicap (réadaptation de l'individu dans la société dans le premier cas, changement d'attitude et de politique sociale dans le second).

Le concept de Handicap défini par l'OMS(1999) s'appuie sur l'intégration des deux modèles pour en faire un concept bio psycho sociale. La nouvelle classification internationale du Fonctionnement et de l'Incapacité (CIH2) groupe systématiquement les états fonctionnels associés aux problèmes de santé. Elle a pour but de fournir un langage et un cadre de référence pour le fonctionnement humain. Elle associe trois niveaux : le corps (la limitation ou la perte de fonction), l'individu et ses capacités à s'adapter, la société et son aptitude à intégrer l'individu, auxquels se surajoute les facteurs contextuels (facteurs environnementaux et personnels dont la culture) qui interagissent avec les trois dimensions .

Nous proposons une réflexion autour des représentations culturelles du handicap et leur impact sur la prise en charge dans le cadre d'une table ronde.

GTS – 18

Histoire d'Irène, la petite Sirène

E. CZORNY, Anthropologue, Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur, CHU Besançon

Alice et Julien se sont rencontrés au lycée, ils sont devenus, lui ingénieur, elle professeur et se sont mariés il y a 6 ans. Depuis plusieurs années, ils désiraient un enfant qui ne semblait pas pressé de venir rejoindre la compagnie des vivants. Un jour, pourtant, la bonne nouvelle s'annonce : Alice fait tous les tests, les examens et toute la surveillance qui se met en route lorsque, en France, actuellement, une femme est enceinte. Cela fait beaucoup rire Aminata, l'amie d'Alice qui est née au Mali. Pour elle, c'est la chose la plus naturelle du monde et elle, elle va voir un docteur seulement quand quelque chose ne va pas, pas quand ça va bien. Alice va faire sa première échographie avec Julien. Aminata trouve cela drôle, " alors, tu le surveilles à son insu ". Pour la seconde échographie, Alice propose à Aminata de l'accompagner. Lorsque le médecin donne les images à Alice, celle-ci les montre à ses collègues et cela choque Aminata : " chez nous, on ne montre jamais l'image de quelqu'un à des inconnus, ils peuvent avoir une mauvaise influence sur l'enfant. "

Lors de la dernière échographie, le médecin devient tout pâle ; il s'aperçoit que l'enfant souffre d'une malformation de la moelle épinière qui peut la priver de l'usage de ses jambes, un spina bifida, dit-il. Le médecin souhaite consulter ses confrères pour savoir s'il faut le laisser vivre. La nuit est tombée d'un coup et aucune lumière n'apparaît pas un mot d'espérance, pas une parole de vie.

Irène a vu le jour avec ses petites jambes pas bien solides, mais pas si abîmées que ça.

Irène a su trop tôt qu'elle n'était pas bienvenue, car pas comme les autres ; il ne lui manquait rien, mais ses petites jambes ne pouvaient pas la porter et on ne voyait que cela chez elle.

Irène a appris à nager parmi les requins, à ne pas mordre à l'hameçon, à plonger en eaux troubles, à se mouiller et elle a fait un allié de ses petites jambes, car elle savait qu'elles n'étaient pas son ennemie.

GTS – 19

Douleur et handicap à l'adolescence : l'expérience d'une équipe de MPR

A.C de Crouy ^{1,2}, N.Moreau ¹, S.Jumelet ¹

¹ : Centre Médical et Pédagogique pour Adolescents (CMPA), Fondation Santé des Etudiants de France, Neufmoutiers en Brie (77)

² : UF Analgésie Pédiatrique, hôpital Armand Trousseau, APHP (75)

L'adolescence est une période de crise (changement) qui mobilise l'individu dans son entier. L'adolescence réussie permet de structurer un individu autonome et sexué. Dans notre expérience, la dichotomie corps-psyché est peu pertinente à cet âge où le corps est parfois utilisé pour exprimer ce qui semble impossible à parler. L'abord se doit d'être global tant au niveau individuel que familial, social et scolaire.

Dans notre service, la prise en charge en MPR assure un abord pluri-disciplinaire médico-psycho-socio-scolaire à visée rééducative et réadaptive. Pour autant, les situations où, associée au handicap, la douleur physique est présente et difficile à traiter restent nombreuses. Au travers de cas cliniques, nous vous proposons d'aborder la question de l'intrication de la plainte douloureuse et du handicap à l'adolescence. Quatre situations cliniques illustrent la nécessité pour l'équipe de structurer les moyens d'une réponse adaptée (évaluation et traitement) à des situations variées. Accepter la réalité de l'autre et renoncer à sa toute puissance sans se satisfaire de l'impuissance sont les premiers pas de notre travail.

- traumatisme et douleur iatrogène
- polyarthrite et déni du symptôme
- myopathie : devenir autonome dans la dépendance
- utilisation du corps symptomatique à l'adolescence

GTS – 20

L'échange des yeux

Ismaël Maïga, Centre Gepela Université P8-Inalco

" Comment obtenir de la viande sans abattre un animal ? "
Proverbe bambara

Dans les langues de l'Afrique de l'ouest en général, il n'y a pas de mot pour désigner le handicap. Chaque handicap est une expression unique qui a son histoire et ses caractéristiques. S'il est souvent possible de rencontrer les handicapés cantonnés tous ensemble à un même endroit depuis les 30 dernières années, en tout cas, pour les plus démunies d'entre-eux, ces groupes ne nous disent rien sur eux, parce qu'ils ne sont pas homogènes et d'ailleurs ils ne se pensent pas unifiés. La perte d'une jambe, de la vue, ou des deux bras ou même les déficiences mentales constituent-ils un handicap en soi chez les Bambara du Mali en Afrique de l'ouest ?

Qu'est ce donc que le handicap ?

L'acception sociale voudrait que l'on considère le handicap comme " une déficience congénitale ou acquise des capacités physiques ou mentales ". Ceci veut dire très clairement que toutes les infirmités sont des handicaps au sens du préjudice social. Autrement dit, un handicapé est quelqu'un qui a perdu quelque chose.

La pensée bambara de l'infirmité, mot concept connu (mais différent du handicap), fait allusion à une nature, au sens d'une valeur essentielle portée par une personne dans sa construction ou fabrication. C'est-à-dire un élément définitoire qui nous identifie, qui est comme la polarité (+ ou -) particulière à chacun. Il y a des natures infirmes, comme il y a des natures guérisseurs.

Si l'infirmité se caractérise par l'absence ou la faible présence d'une aptitude physique, il reste important dans cette partie du monde, de rechercher, non les causes seulement, mais le sens qu'il peut avoir. Ainsi, tout comme la pathologie contraint le patient à réfléchir sur la thérapie, l'infirmité contraint à devenir autre chose, une nature : qui suis-je ?

Qu'en est-il de la douleur qu'ils peuvent ressentir ? Les marabouts africains prescrivent très souvent des offrandes destinées aux " dimintò " (*celui qui à la douleur*). Par ce terme, on fait allusion non à la douleur en tant que mal, mais à la douleur exprimée sur le corps à travers une marque, une trace visible, un stigmate. Le dimintò est porteur de différences qui, à un moment donné, arrive pour **changer** et **reconstruire**. Le patient n'est plus seulement une personne, il est un dimintò aussi. Cependant, rien ne permet de dire que le dimintò est quelqu'un qui est défavorisé par rapport aux non-dimintò. Il peut le devenir, si seulement il n'est plus que l'expression du dimin (stigmate). Alors on dira : heureusement que Dieu a bien fait de faire de lui un dimintò, autrement qu'aurait-il été ? Ce qui veut dire, que la modification que cette personne vient de subir, fait qu'il n'est pas capable d'agir comme les " autres ". Il est déficient et cette déficience est handicapante.

Ainsi, le handicapé se distingue du dimintò, même si les deux sont porteurs de l'absence ou de la faiblesse d'un organe.

La fonction sociale de l'un et de l'autre traduit ce fait et l'explique même à posteriori tout en donnant du sens à ce que l'on peut considérer à priori comme un malheur.

GTS – 21

Douleurs Sans Frontières : Une ONG Anti-Douleurs

Alain Serrie, CETD, Hôpital Lariboisière, Paris
Président de l'Association Douleurs Sans Frontières

Douleurs Sans Frontières (DSF) est une organisation non gouvernementale française à vocation humanitaire. DSF a été créée en 1995 par cinq médecins responsables de structures hospitalières de lutte contre la douleur en France. C'est la seule ONG au monde qui prend en charge la douleur et la souffrance.

La mission de DSF est de promouvoir, d'animer et de développer

toutes les actions qui ont pour objet le diagnostic, les traitements et la prise en charge de la douleur dans les pays les plus défavorisés.

Dans les pays où DSF travaille (Angola, Arménie, Cambodge, Congo, Maroc, Mozambique, Sénégal, Tunisie), il y a des besoins vitaux, des priorités de santé ou d'hygiène (vaccination, campagne de prévention contre le sida, création de puits pour l'eau, lutte contre la malnutrition...) ; mais la douleur du cancer, du sida, et des pathologies chroniques bénignes peut devenir si gênante, si invalidante qu'elle devient une priorité pour l'individu lui-même et une source d'exclusion supplémentaire. Dans l'attente d'une prise en charge efficace de ces affections, il est essentiel de soulager au plus vite et le plus complètement possible la souffrance de ces malades.

DSF prend en charge non seulement l'homme qui souffre, celui qui est une victime ; mais également tous ceux qui l'entourent par des programmes de prévention, de développement, de santé publique et d'assistance médico-psychologique aux victimes de la douleur. DSF est une Organisation Non Gouvernementale déclarée, officielle, éligible CEE, et reconnue par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Des objectifs précis : soulager le présent, préparer l'avenir : DSF inscrit ses interventions dans la durée. 60 % de son budget est consacré à des actions de formation. Ses interventions s'intègrent dans le système et la politique de santé des pays concernés.

Un développement en fonction des besoins des pays : Depuis sa création en 1995, 25 000 patients ont été pris en charge par DSF et 1000 heures de formation ont été dispensées.

L'activité clinique a été au départ centrée sur les douleurs entraînées par les amputations et les traumatismes physiques causées par les mines anti-personnelles, ce qui explique le choix des premiers pays où DSF est intervenue (Angola, Cambodge, Mozambique). Puis, à la demande des autorités sanitaires des pays concernés, l'action s'est diversifiée et d'autres douleurs ont été prises en charge : celles en rapport avec le cancer, le sida, les douleurs post-opératoires et celles des brûlés. Dans un second temps, DSF s'est attaché à développer des programmes de prise en charge des souffrances psychologiques et morales (victimes des inondations, souffrance des handicapés et des dépressés dans les orphelinats, prévention des douleurs du sida).

Les programmes de soins sont mis en œuvre dans des dispensaires (Nevés Bendhina en Angola), des centres d'appareillage de prothèse (Luanda, Huambo en Angola, Phnom Penh au Cambodge), des unités de prise en charge de la fin de vie (unité des Sœurs de la Charité de mère Thérèse de Phnom Penh), dans des hôpitaux où ont été créées et ouvertes des consultations, et dans des orphelinats (Arménie).

DSF a ouvert en 2002 et 2003 le premier centre de soins palliatifs de trente lits au Cambodge, deux hôpitaux de jour au Mozambique et un hôpital de jour en Arménie.

A côté de ces missions cliniques, a été mis en place un enseignement universitaire de haut niveau concrétisé par des conventions avec les universités concernées (Dakar, Maputo, Luanda, Phnom Penh, Rabat, Casablanca, et bientôt Vientiane et Erevan). L'action de formation consiste à former des formateurs.

Un budget transparent : DSF gère actuellement un budget de plus d'un million d'euros par an. La transparence financière est totale, et les frais de fonctionnement minimes, car l'association est gérée par des bénévoles. Le bilan financier de DSF est la preuve d'une gestion claire et efficace : de 1995 à 2001, sur 1 619 618 euros reçus, 1 542 326 euros ont été utilisés pour des programmes de formation ou des aides d'urgence sur le terrain.

Douleur et Médecine Générale

GTS – 22

Douleurs iatrogènes induites par le médecin généraliste :

B. Hoarau de la Source (médecin généraliste, Le Chesnay),
P. Tajfel (UETD Versailles)

Le médecin généraliste est confronté quotidiennement aux douleurs qu'il induit lors de certains gestes réalisés par lui-même, ou provoqués par les examens et les traitements qu'il est amené à prescrire.

Dans la pratique, forts de leurs expériences et de la réputation de certains gestes douloureux, les patients les appréhendaient, ce qui amenait le généraliste à consacrer une partie de la consultation à faire accepter un geste diagnostique et thérapeutique douloureux. Plus récemment, ne se contentant plus de simples techniques de diversion, les patients ont commencé à exprimer une demande de ne pas souffrir lors des soins, aussi minimes soient-ils. En effet, la mise à la disposition du corps médical d'anesthésiques locaux par voie trans-dermique et la plus large utilisation des antalgiques permet de réduire les douleurs iatrogènes ainsi que les appréhensions présentes et à venir.

Les actes douloureux pratiqués par le MG:

Injections : IM, IV, S/C, notamment les Vaccins, IDR, Implants diffuseurs hormonaux

Infiltrations : canal carpien, épaule, genou, épicondylite, épine calcanéenne, maladie de Morton, sacro-iliaque...

Ponction : articulation, kyste synovial, sang artériel; plus rarement ascite, pleurésie.

Petite chirurgie : sutures, incision kyste sébacé infecté, évacuation hématome, ongle incarné, hématome sous-ungueal, incision thrombose hémorroïdaire externe, extraction d'écharde, ablation agrafes ou points de suture.

Soins : plaies, escarres, ulcères de jambe, sondage urinaire, coagulation de verrues, application de trichloracétique 3% sur les aphtes, méchage d'une épistaxis,

Douleurs induites par les prescriptions du MG:

Perfusions : de sang veineux enfants, mais parfois aussi adultes.

Perfusions : voie veineuse ou S/C

Soins: plaies, escarres, ulcères de jambe, ablation agrafes ou points de suture...

Pour la plupart de ces situations un traitement antalgique préventif peu être proposé ; du simple patch d'EMLA® pour une prise de sang chez l'enfant, à la morphine pour un soins d'escarre

GTS – 23

Prévention de la douleur de l'enfant en médecine générale, présentation d'une brochure destinée aux parents

F. Hirszowski (médecin généraliste, Paris)

Préambule

Jusqu'à une date relativement récente la douleur de l'enfant a été ignorée et sous-évaluée et par les médecins généralistes comme les pédiatres. Ce n'est que depuis les années 90 qu'est reconnue officiellement l'aptitude du nouveau-né à ressentir, intégrer et exprimer la douleur.

Dès lors, le corps médical est sensibilisé à cette question et propose un certain nombre de solutions pour évaluer et traiter les douleurs de l'enfant. Les parents, longtemps démunis, doivent savoir qu'il existe des traitements et des attitudes à adopter face à un enfant douloureux.

Une action sous la forme d'une brochure destinée aux parents a été proposée pour leur permettre d'évaluer au mieux une douleur chez leur enfant, et savoir comment réagir, parler et traiter l'enfant. Mais toute douleur de l'enfance n'exige pas. Au quotidien, certaines douleurs ne nécessitent pas de visite médicale ni de réponse médicamenteuse; d'autres pourront être traitées par le médecin de famille et certaines justifient un avis spécialisé.

Présentation de la brochure

Notre médecin vous a remis cette brochure car votre enfant est douloureux. Or, pour pouvoir réagir au mieux à ces souffrances, il est indispensable de bien comprendre le problème posé et être informé de ce qu'il faut faire. La partie CE QU'IL FAUT SAVOIR d'approfondir vos connaissances sur la douleur. La partie Agenda, CE QU'IL FAUT FAIRE vous permettra la mise en pratique des conseils. Si, à la lecture, vous avez d'autres questions, notez-les pour les poser à votre médecin.

Pourquoi traiter la douleur de l'enfant ?

La douleur peut être due à un traumatisme (une blessure, une coupure, une brûlure...) ou être le symptôme d'une maladie. Elle peut aussi résulter de soins reçus par l'enfant (piqûre, vaccination...). Dans toutes ces situations, tout parent se sent concerné par un enfant souffrant et souhaite lui apporter un réconfort. C'est là la première des raisons: tenter d'atténuer une souffrance lorsque c'est possible. On sait aussi que des expériences douloureuses répétées à l'hôpital ou au cabinet du généraliste peuvent laisser une trace durable chez l'enfant et, plus tard, handicaper l'adulte qui en gardera la mémoire sous forme de crainte, parfois intense et de "phobique" de la "blouse blanche".

Traiter une douleur liée à une maladie apporte du confort mais permet aussi de mieux traiter la cause. Il faut aussi expliquer à l'enfant le "pourquoi" de la douleur. La prise en charge de la douleur contribue chez l'enfant à donner une relation de confiance et de qualité avec le médecin.

GTS – 24

Douleurs lors des transports sanitaires terrestres non médicalisés (ambulances), Etude sur les 1088 transports.

K. Lefevre*, P. Tahfel**, L. de Lafourcade***, S. Sollicec ***.

* médecin généraliste remplaçant Versailles, ** Unité Douleur C.H. de Versailles,

*** Ambulances JUSSIEU Versailles.

Objectifs : Etudier la prévalence de la douleur lors des transports en ambulance non médicalisés, les facteurs qui l'influencent et la réponse qui est donnée.

Pré requis : Dans la pratique quotidienne, la douleur est une plainte fréquemment exprimée par les malades transportés en ambulance. Contrairement aux transports en ambulance médicalisée, la prévalence de la douleur lors des transports non médicalisés n'a fait l'objet que de peu d'intérêt dans la littérature, alors que leur nombre augmente régulièrement (+12,8% dans les Yvelines, entre 2000 et 2001).

Méthodologie : Il s'agit d'une enquête épidémiologique, prospective, réalisée pendant un mois par les ambulanciers. Il n'y avait aucune sélection préalable de la mission ni des patients, les ambulanciers étant habilités à effectuer tous types de transport non médicalisé. Les patients présentant des troubles de communication étaient exclus de l'étude (n = 23). Pour adapter au mieux le questionnaire à la terminologie des ambulanciers nous avons réalisé un pré-test sur une semaine d'activité de routine qui a permis de le modifier selon les remarques des ambulanciers et le validés par la suite.

Principaux résultats : Sur 2100 transports, 1088 questionnaires ont pu être exploités, soit un score honorable de 52%. La douleur s'avère être la principale plainte des patients (255/1088, soit 23%), les autres plaintes ne se rencontrant que chez 90 patients (8%). Dans la majorité des cas, la douleur se rencontre dans le domaine traumatologique (103/255, soit 38% des patients douloureux). Viennent ensuite les douleurs d'origine rhumatologique (33/255, soit 12%) et gastro-entérologique (32/255, soit 12%), ce qui concorde avec la littérature. Les antalgiques pour éviter la douleur ne sont que peu utilisés (61/255, 24%). L'intensité de la douleur pendant le trajet reste identique, indépendamment des étapes de la prise en charge, de la distance parcourue et de la durée du transport.

Discussion : Notre étude permet de définir une " Population à Risque de Douleur en Ambulance " (P.R.D.A). Il s'agit de patients âgés, transportés dans le contexte de l'urgence, notamment la nuit, présentant une pathologie orthopédique ou rhumatologique et nécessitant un transport en position allongée.

Conclusion : La réponse à la douleur lors des transports en ambulance devrait bénéficier d'une attention particulière, surtout pour les P.R.D.A. La douleur étant " patient dépendant ", sa prévention pourrait être améliorée par un renforcement de la coopération entre le médecin prescripteur du transport et les ambulanciers.

Remerciements : Ambulances JUSSIEU Versailles, Laboratoires SOLVAY-PHARMA,

Douleur et Pédiatrie

GTS – 25

La douleur des gestes : recommandations en fonction de la médecine basée sur le niveau de preuve

Isabelle Murat, Département d'Anesthésie-Réanimation, Paris

Les questions posées dans cette revue sont les suivantes :

- Faut-il essayer de supprimer (ou au moins de réduire) la douleur provoquée chez l'enfant ?
- Pour quels actes ?
- Quels facteurs vont influencer les choix thérapeutiques ?
- Quelle est l'efficacité et la sécurité des choix thérapeutiques proposés ?
- Faut-il associer les méthodes non pharmacologiques aux agents médicamenteux ?
- Comment réduire le risque de complications des thérapeutiques antalgiques ?

Les réponses sont basées sur la revue des études randomisées contrôlées et des grandes cohortes publiées (en excluant la période néonatale)

L'article complet de cette présentation sera publiée dans la revue *Regional Anesthesia and Pain Management*.

Murat J. Procedural pain in children. Evidence based best practice and guideline. *Regional Anesthesia and Pain Management* n° 6 Nov Dec 2003

GTS – 26

Conséquences selon l'âge de l'enfant, de la douleur provoquée et répétée

Carl L. Von Baeyer, Ph.D., Professeur de Psychologie ; Associate Member in Pediatrics ; Director of Clinical Psychology Training - Department of Psychology ; Université de Saskatchewan Canada

Quand un stimulus douloureux est répété plusieurs fois, l'organisme peut s'adapter d'une de ces 4 manières.

(1) S'accoutumer, c'est-à-dire devenir progressivement accoutumé au stimulus et montrer une réaction moindre au fil du temps. Ceci survient plutôt avec des douleurs moindres et des enfants plus matures qui peuvent mieux faire face à l'événement. Par exemple les adolescents diabétiques s'habituent souvent à leur injection d'insuline et évaluent la douleur à des niveaux bas. Les sportifs apprennent à supporter les douleurs modérées liées à la pratique de leur sport.

(2) Sensibilisation: la réaction à la douleur augmente au fil du temps, elle s'accompagne de la baisse du seuil de tolérance, d'une augmentation de la détresse et une aggravation des réactions phobiques vis à vis des stimulations douloureuses. Ce qui arrive volontiers avec des douleurs sévères survenant chez des jeunes enfants. Cette sensibilisation peut être initiée par un unique événement douloureux majeur comme l'ont montré les études sur la circoncision. La sensibilisation psychologique et physiologique doivent être reconnues.

(3) L'absence de changement : la réaction au stimulus reste inchangée au fil du temps. Ceci survient avec des stimuli douloureux faibles, et ceux qui sont étalés dans le temps.

(4) Absence de modèle : aucune des 3 modalités précédentes n'est observée. Ainsi, la majorité des enfants qui ont des ponctions lombaires ne manifestent ni accoutumance, ni sensibilisation; leur réaction à la ponction varie de manière imprévisible tout au long du temps. Dans cette communication, nous discuterons sur les données publiées concernant ces 4 modalités de réactions à des douleurs répétées selon l'âge (du petit enfant à l'adolescent). Les études de qualité sont rares.

Les participants sont invités à apporter des informations sur des études pertinentes afin de les partager s'ils le souhaitent et le temps le permet. Les conséquences cliniques seront aussi abordées.

GTS – 27

Prise en charge de la douleur aux urgences pédiatriques

Dr Ricardo CARBAJAL. Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur. Hôpital Trousseau. Paris

Malgré les progrès récents dans le traitement de la douleur, celle-ci n'est pas encore suffisamment traitée aux urgences pédiatriques. Parmi les facteurs qui contribuent à cette mauvaise prise en charge on peut citer la peur des complications, la crainte de masquer un diagnostic, la mauvaise évaluation de la douleur de l'enfant et le manque de formation du personnel médical à cette prise en charge. Nous avons appris pendant longtemps que la douleur était un maître symptôme et que comme tel il fallait la respecter. Aux urgences pédiatriques, ceci a aussi contribué et contribue encore à délaisser son traitement.

Schématiquement, on peut distinguer aux urgences :

a) *La douleur qui accompagne une pathologie dont le diagnostic est rapidement posé*. Dans ce cas, la douleur n'a plus aucun rôle et son traitement doit être rapidement entrepris. Parmi ces situations on compte les otites, les céphalées, les lésions traumatiques, les brûlures, les crises drépanocytaires, etc.

b) *La douleur maître symptôme d'une pathologie non identifiée*. C'est le cas tout particulier de la douleur abdominale qui peut être le témoin d'une pathologie chirurgicale. Dans cette situation, il a été longtemps signalé qu'il est nécessaire de respecter la douleur afin d'orienter le diagnostic par son évolution spontanée. Cependant, des études réalisées, surtout chez l'adulte, ont montré que l'utilisation d'un analgésique majeur peut, au contraire, aider à affiner le diagnostic d'une douleur abdominale. Quoi qu'il en soit, dès que le diagnostic est posé avec certitude ou dès qu'une intervention chirurgicale est décidée, il n'existe plus d'objection à traiter cette douleur, au besoin par un morphinique.

c) *La douleur des gestes diagnostiques ou thérapeutiques*. Cette douleur doit toujours être prévenue et traitée. Une analgésie adéquate améliore la satisfaction du patient, augmente sa coopération majorant ainsi les chances de réussite du geste pratiqué, et diminue le risque de complications.

Cette présentation fera le point sur les motifs les plus fréquents de douleur aux urgences pédiatriques ainsi que sur les différentes options disponibles pour prévenir et soulager la douleur dans ce contexte.

GTS – 28

Mélange équimolaire oxygène protoxyde d'azote (MEOPA) Mise au point et actualisation

Daniel Annequin, Unité fonctionnelle d'analgésie pédiatrique, Hôpital d'Enfants Armand Trousseau, Paris

En novembre 2001 le statut définitif de médicament du MEOPA a été donné dans le cadre d'une autorisation de mise sur le marché (AMM). Deux produits Kalinox (Air liquide Santé) et Medimix (AGA/LINDE médical) sont actuellement commercialisés.

Par rapport au texte de l'ATU de 1998, deux nouvelles indications apparaissent : les soins dentaires hospitaliers et l'accouchement. L'utilisation d'un oxymètre n'est plus obligatoire.

Toute utilisation du mélange gazeux se pratique sur *prescription médicale*.

La très grande sécurité de ce produit rend possible son utilisation par un personnel paramédical en dehors de la présence d'un médecin moyennant :

- une délégation précise donnée à une personne compétente formée à l'utilisation du mélange ;
- la vérification préalable par le médecin prescripteur que l'enfant peut bénéficier de l'inhalation (contre-indications, médicaments associés...).

Le texte de l'AMM précise : " L'administration doit être faite dans des locaux adaptés, par un personnel médical ou paramédical spécifiquement formé et dont les connaissances sont périodiquement réévaluées... "

L'utilisation est possible chez l'enfant à partir de 4 ans (âge permettant une coopération active). Chez l'enfant plus jeune, l'administration devra être faite par un praticien familier de la méthode car le taux de succès chez les enfants de moins de 3 ans est plus faible : la concentration alvéolaire minimum efficace est supérieure à celle des enfants plus grands. "

Risques professionnels

À défaut de matériel spécifique d'évacuation des gaz, une aération régulière des locaux et l'utilisation d'une bouteille mobile permettant des administrations au lit du patient ou dans des locaux différents représentent deux mesures simples qui permettent de contrôler simplement les problèmes liés à l'exposition professionnelle au N₂O. En cas d'administrations prolongées dans un lieu fixe, un système d'évacuation des gaz doit être néanmoins mis en place.

Aucun effet tératogène n'a pu être mis en évidence chez l'homme. L'étude de 720 000 naissances à partir du registre suédois a montré que la fréquence des malformations fœtales congénitales n'est pas plus élevée chez les femmes qui ont reçu du protoxyde d'azote à l'occasion d'une anesthésie chirurgicale pendant le premier trimestre de leur grossesse ;(1;2) ; les concentrations inhalées par ces jeunes femmes étant 50 000 supérieures à celles inhalées par une infirmière se tenant à proximité d'un patient inhalant le MEOPA.

A partir des données de la littérature concernant l'exposition au protoxyde d'azote, on peut actuellement conclure que " *l'utilisation intermittente occasionnelle du MEOPA ne présente pas de risque notable pour le personnel.* "

Les recommandations de l'ANAES

Les recommandations pour la pratique clinique de mars 2000 intitulé *Evaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans (3)*, l'utilisation du MEOPA est recommandée dans tous les services médicaux et chirurgicaux de pédiatrie et dans les services d'urgences. Le MEOPA doit être proposé pour tous les soins provoquant une douleur légère à modérée. Ce n'est pas un antalgique majeur et il n'est pas recommandé seul pour les douleurs sévères.

Conclusion

De très nombreux services de pédiatrie ou d'urgence utilisent régulièrement le MEOPA de manière autonome. Plus d'une centaine de services l'utilisent régulièrement chez l'enfant L'introduction du MEOPA a constitué pour beaucoup de services accueillant des enfants une véritable " révolution " car des actes douloureux itératifs qui auparavant se déroulaient dans des conditions déplorables pour l'enfant s'effectuent dans des conditions satisfaisantes voire très satisfaisantes dans une très grande majorité de cas (5, 6).

Néanmoins la meilleure diffusion de cette méthode expose à plusieurs risques :

- L'application de force sur le visage de l'enfant du masque conduit dans la majorité des cas à l'échec mais aussi à une phobie ultérieure du masque et de la méthode. La négociation préalable et la préparation de l'enfant restent primordiales pour éviter ces phénomènes.
- L'utilisation du MEOPA pour des actes dont le niveau de douleur est incompatible avec la faible puissance du MEOPA (endoscopies, fractures...) doit donner lieu à des réflexions d'équipes permettant de recourir à des moyens antalgiques plus puissants.

Références

- (1) Mazze RI, Kallen B. Appendectomy during pregnancy: a Swedish registry study of 778 cases. *Obstet Gynecol* 1991; 77(6):835-840.
- (2) Mazze RI, Kallen B. Reproductive outcome after anesthesia and operation during pregnancy: a registry study of 5405 cases. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 161(5):1178-1185.
- (3) Gauvin-Picquard A, Tourniaire B. Evaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans *Recommandations pour la pratique clinique.* ANAES mars 2000.
- (4) Annequin D. La douleur chez l'enfant *Masson Paris* Décembre 2002.
- (5) Annequin D. T'as pas de raison d'avoir mal *La Martinière Paris* Octobre 2002

Douleur et Psychologie

GTS – 29

Somaticien, psychiatre, psychologue : une alchimie difficile ?

Mathieu Dousse, Paris

Si le terme de " pluridisciplinarité " est présent dans toutes les communications traitants des thérapies de la douleur, juste un peu après le sempiternel rappel de la définition de l'IASP, aussi rituellement que le chapitre " matériel et méthode " doit l'être dans tout article de recherche, il nous semble que derrière ce concept se cache toute une problématique complexe qui n'en garanti pas le bon fonctionnement.

Faire ici référence à "l'alchimie", science occulte par excellence centrée sur la recherche d'inspiration ésotérique, d'un remède universel capable d'opérer une transformation chez l'être par une suite complexe de réactions et de transformations, c'est proposer de placer le débat de cette session au plus proche du réel.

Nous tous praticiens de terrain, somaticiens, psychiatres ou psychologues du " bas " qui tentons de fonctionner avec les moyens dont nous disposons et avec les équipes qui nous entourent savons que lorsque cette pluridisciplinarité aboutie à un succès thérapeutique c'est au prix des longs efforts de chacun et de tous. Dans ce cas là, l'alchimie a produit quelque chose de l'ordre du miracle et souvent de l'inexplicable. Dans d'autres cas, le mécanisme ne fonctionne pas, l'un ne sais ni ce qu'il peut ni quant il doit demander aux autres cette aide. C'est là en final le patient qui en fait les frais.

L'objectif de cette session n'est pas de répondre aux pourquoi ou comment cela fonctionne mais ensemble, orateurs et auditeurs, de poser les vraies questions et d'ouvrir les pistes qui permettront d'alimenter toute l'année durant la réflexion du GTS.

Il est clair que le sujet mérite que l'on s'y arrête un moment, que se réunissent sur ce thème ceux qui auront le désir de participer à l'élaboration d'un véritable travail dans l'idée même des GTS de la SETD.

Ainsi, nous avons proposé à André Muller de Strasbourg, ce somaticien pionnier de la pluridisciplinarité de la prise en charge de la douleur, de venir nous expliquer ce qu'il demande aux psychiatres et aux psychologues et qu'elles sont ses attentes. Il a accepté de venir " parler vrai ".

Marie Bénédicte Girard, psychiatre au centre de traitement de la douleur de Poitiers, viendra là nous éclairer sur ce qu'elle considère être du champ de la psychiatrie dans le cadre de la prise en charge de la douleur et sur son expérience de la pluridisciplinarité.

Antoine Bioy, psychologue plein temps hospitalier au Kremlin Bicêtre où il travaille tant dans le cadre de la prise en charge des patients douloureux chroniques que de ceux en soins palliatifs, nous fera part de son expérience et aidera certain à comprendre qu'un psychologue n'est pas un psychiatre et que l'on peut lui demander bien plus que de faire passer des tests de personnalité.

Cette session est ouverte à tous, psychologues, médecins et paramédicaux et les souhaits de ses organisateurs seraient comblés si certain acceptaient de prolonger cet exposé préliminaire par un investissement personnel à la création d'un vrai GTS.

Techniques Interventionnelles

GTS – 30

Algodystrophies et syndromes apparentés :

Maurice Bensignor, Nantes

Ces syndromes douloureux complexes associent une activité anormale des récepteurs périphériques et un processus central de sommation, modulé par les centres spinaux et supra-spinaux. L'objectif du traitement est de rendre une réadaptation fonctionnelle possible en réduisant les phénomènes de sensibilisation.

La kétamine à petites doses (1mg/kg) peut contribuer efficacement à une analgésie durable.

La diminution précoce de l'activité sympathique efférente améliore souvent la douleur, les troubles vaso- et sudomoteurs, l'œdème et la mobilité. L'activité sympathique peut être bloquée soit en périphérie par l'utilisation d'un faux transmetteur présynaptique (guanéthidine, urapidil), soit à un niveau plus proximal ganglionnaire ou pré-ganglionnaire (bloc péridural - AL, corticoïdes -, clonidine).

Les composantes psychologique et comportementale de la douleur devraient faire l'objet d'une évaluation et d'une prise en charge.

Les patients s'entendent dire encore trop souvent qu'il n'y a rien d'autre à faire que d'attendre une guérison spontanée qui devrait survenir en 18 mois, éventuellement aidée par des injections de calcitonine, quelques séances de kinésithérapie et des analgésiques mineurs. Les possibilités d'intervention thérapeutique sont pourtant nombreuses, le plus souvent efficaces et finalement assez peu iatrogènes. Ces syndromes douloureux justifient une prise en charge multimodale, souvent pluridisciplinaire qui sera d'autant plus efficace qu'elle sera plus précoce.

GTS – 31

Syndromes douloureux régionaux complexes et prise en charge physique

Jean-Luc Heili, Coordinateur de l'Unité d'Évaluation et de Traitement de la Douleur, Unité de Réadaptation Algologique, Hôpital Belle-Isle - Metz

Les récents remembrements nosologiques des (SDRC) ayant conduit à la différenciation

- du type I ou algodystrophie
- du type II ou causalgie

et à ne pas retenir obligatoirement la participation

- de troubles de dysfonctionnement sympathique,

nous ont amené, à proposer à chaque patient une démarche individualisée et adaptée. C'est déjà depuis une dizaine d'années que notre prise en charge réadaptative s'est progressivement transformée afin de mieux répondre aux défis et aux échecs que nous apportent ces affections. C'est ainsi que nous avons d'abord créé une Unité de Réadaptation Algologique destinée à appréhender spécifiquement ces SDRC. L'avènement de l'Unité d'Évaluation et de Traitement de la Douleur, option préalable à la précédente, a complété cette prise en charge séquentielle et complémentaire. C'est au sein de cette dernière qu'a lieu l'évaluation " algologique ", neuro-orthopédique, fonctionnelle, comportementale et psycho-sociale et que sont élaborées les diverses orientations thérapeutiques pharmacologiques, physiques, psychologiques et les gestes techniques (blocs anesthésiques plexiques ou tronculaires entretenus par pompe autocontrôlée, blocs sympatho- plégiques). Si l'analgésie obtenue est suffisante, la prise en charge rééducative est intensifiée en Unité de Réadaptation Algologique, qui n'en sera que facilitée, optimisée et raccourcie.

GTS – 32

Neurolyse sympathique dans le traitement des neuro-algodystrophies rebelles au traitement médical

B. Kastler, D Michalakakis, Z Boulahdour, B Fergane

Radiologie A et Centre anti-douleur Hôpital Jean Minjot Besançon - France

But : Le traitement des syndromes régionaux douloureux complexes de type 1 est reconnu comme difficile car ils sont souvent rebelles aux traitements spécifiques et de ce fait perdurent

Matériel et méthodes : Avec son excellent contraste tissulaire (tissus mous, os, vaisseaux) le scanner est un moyen de guidance efficace et sûr pour repérer les éléments de la chaîne sympathique. Quarante-cinq patients souffrant d'une algoneurodystrophie du membre supérieur ont été traités par neurolyse du ganglion stellaire par radiofréquence au niveau de deux sites (C7 et T1) (3FG Radionics). Dix patients souffrant d'une algoneurodystrophie du membre inférieur ont été traités par sympatholyse lombaire par alcoolisation au niveau d'un ou 2 sites (L2 et L4). Les patients ont été évalués avant, immédiatement après et à trois mois du geste.

Résultats : Dans le 1er groupe, 30/45 patients ont eu une réduction significative de leur douleur (50%) immédiatement, avec résultats stables à trois mois du geste. Aucun patient n'a eu de syndrome Claude Bernard Horner. Cinq patients ont souffert d'une névralgie temporaire des nerfs avoisinants (plexus brachial). Dans le 2ème groupe, 7/10 patients ont eu une réduction significative de leur douleur.

Conclusion : Sous contrôle tomodensitométrique, la neurolyse sympathique est réalisable avec précision et apparaît comme un complément efficace dans le traitement des neuro-algodystrophies rebelles.

GTS – 33

Stratégie thérapeutique face à une algodystrophie des membres (Syndromes douloureux régionaux complexes de type) : quelle place pour les blocs loco-régionaux ?

Eric Viel, Département d'Anesthésie et Centre de la Douleur, Groupe Hospitalo-Universitaire Caremeau

A l'heure actuelle, la primauté du système sympathique dans la genèse des algodystrophies est battue en brèche et la SMP (sympathetically maintained pain ou douleur entretenue par le sympathique) ne doit plus être considérée que comme un symptôme inconstamment présent. Coexistent en réalité dans la plupart des cas SMP et douleur indépendante du sympathique (SIP ou sympathetically independent pain). Les blocs loco-régionaux conservent néanmoins une place diagnostique, pronostique et thérapeutique privilégiée dans la stratégie de prise en charge des algodystrophies. L'efficacité d'un bloc sympathique (intraveineux, stellaire, lombaire...) signe l'existence d'une douleur entretenue par le sympathique et doit conduire à répéter ces blocs pour obtenir un soulagement durable. En raison de l'absence d'études contrôlées, aucune recommandation ne peut être proposée quant au nombre et au rythme de réalisation des blocs et la controverse reste importante en raison de cette absence de recommandations. Seule la nécessité de débiter le plus rapidement possible est consensuellement admise. Les blocs ganglionnaires (stellaire, sympathique lombaire...) et post-ganglionnaires (intraveineux) peuvent parfaitement être réalisés sur le mode ambulatoire et s'intégrer dans une consultation de la douleur ou encore dans le cadre d'une hospitalisation de jour, par exemple en rééducation fonctionnelle. L'intérêt de cette dernière solution est d'as-

socier les blocs, la rééducation fonctionnelle et l'ergothérapie afin d'accélérer l'obtention d'un résultat satisfaisant. En revanche, les blocs périduraux imposent une prise en charge en hospitalisation conventionnelle.

Une réponse "positive" à un bloc sympathoplégique loco-régional n'est donc plus LE critère diagnostique *sine qua non*, mais ces blocs paraissent toujours d'actualité non seulement dans la prise en charge thérapeutique, mais aussi dans la démarche sémiologique permettant d'aboutir au diagnostic. Les blocs loco-régionaux doivent donc être appréhendés d'une part à des fins diagnostiques et d'autre part à visée thérapeutique. Les blocs locorégionaux pourraient également avoir un intérêt préventif.

Raja SN, Grabow TS. Complex regional pain syndrome I (Reflex sympathetic dystrophy). Anesthesiology 2003; 96 : 1254-60

Viel E, Pelissier J, Asencio G, Eledjam J-J. Les blocs loco-régionaux dans la prise en charge des algodystrophies. *Méd Chir Pied 2002; 18 : 152-7*

Margi_ K et al, The treatment of complex regional pain syndrome (CRPS) involving upper extremity with continuous sensory analgesia. *Eur J Pain 2003; 7 : 43-7*

GTS – 34

Neuromodulation et Syndrome Douloureux Régional Complexe (SDRC)

Dominique Chédel

Le Syndrome Douloureux Régional Complexe (en anglais CRPS) est une condition caractérisée par des douleurs extrêmes, neuropathiques et nociceptives ainsi qu'une dysfonction du système nerveux sympathique, dans une région du corps, habituellement une extrémité. Bien que l'incidence ne soit pas connue précisément, le nombre des malades atteints est suffisamment important pour représenter un défi médical souvent difficile tant en termes de coûts socio-économiques que sur le plan des traitements.

Les algorithmes de traitements proposés prennent en compte une gamme de traitements variés, dont la neuromodulation fait partie. Son emploi est jusqu'à maintenant réservé aux situations particulièrement rebelles.

En effet, la stimulation médullaire a montré des résultats convaincants sur la diminution des douleurs et l'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de SDRC.

L'expérience morgienne va dans le sens d'une utilisation plus large de la neuromodulation en appuis aux traitements conventionnels de réhabilitation psychosomatique lors de SDRC.

Compte tenu de l'efficacité avérée de la stimulation, le problème clinique est de savoir à quel moment de l'évolution de la maladie on doit y recourir. Le prix en est élevé que l'on soit trop tôt ou trop tard.

GTS 35 -

Réduction à long terme de la zone d'allodynie auprès infusions continues de Ropivacaïne 2 mg/ml chez des patients souffrant de SDRC de type II

Docteur Peronnet - Centre Hospitalier de Mâcon

But de l'étude :

Démontrer qu'une infusion continue avec bolus de Ropivacaïne 2 mg/ml permet de réduire la zone d'allodynie chez des patients victimes de syndrome douloureux complexe de type II (SDRC II) de façon persistante et significative.

Recrutement des patients :

Huit patients dont 50 % présentant un SDRC II post chirurgical (au niveau du territoire ulnaire) et 50 % présentant un SDRC II post traumatique (au niveau d'une branche sensitive du nerf radial). Ce SDRC II étant caractérisé par la douleur spontanée, l'hyperpathie et l'allodynie.

Matériel et méthode :

On détermine la surface de la zone d'allodynie par un filament de von FREY n°5.18 appliqué 5 secondes et en fonction d'une EVA supérieure à 3 [1]. Un cathéter type fémoral de Braun4® est inséré en sous cutané "loco dolenti".

Une infusion de Ropivacaïne 2 mg/ml avec débit continu de 1,5 ml/heure et bolus de 1,5 ml/15mn est pratiquée pendant cinq jour avec une pompe d'analgésie autocontrôlée de type Gemstar® (Abbott). On réitère quatre fois cette infusion de cinq jours avec une semaine d'intervalle entre chaque infusion.

Trois mois après la dernière infusion la surface d'allodynie est réévaluée selon les mêmes critères.

Conclusions :

Chez 7 patients sur 8 soit 87 % on note une zone d'allodynie diminuée de plus de 80 %.

On observe également une diminution du handicap clinique et une reprise d'activité, plus difficiles à quantifier en l'absence d'échelle générique validée par la SETD.

Cette constatation nécessiterait une étude multicentrique soit par la méthode placebo et double aveugle, soit une étude double aveugle entre infusion de Ropivacaïne seule et association Ketalar et Ropivacaïne [2].

[1] Effect of Oral Mexiletine on Capsaicin-Induced Allodynia and Hyperalgesia : A double Blind Placebo-Controlled, Crossover-Study – K. Ando, M. S. Wallace, G. Schulteiss in *Reg Anesth Pain Med 2000 ; 25 : 468-474*

[2] Analgesic Effects of Ketamine Ointment in Patients with Complex Regional pain syndrome type I - T. Ushida, T. Tani, H. Yamamoto in *Reg Anesth Pain Med 2000 ; 27 : 524-528*.

Liberté,
Efficacité,⁽¹⁾
Rapidité⁽²⁾



NARAMIG[®]

NARATRIPTAN 2,5 MG

LA PUISSANCE PREND TOUT SON SENS

Traitement de la phase céphalalgique de la crise de migraine de l'adulte (18 à 65 ans) avec ou sans aura.
Après échec des antalgiques/AINS. Ne pas administrer pendant l'aura.

(1) Klason A et al. Naratriptan is effective and well tolerated in the acute treatment of migraine. Results of double-blind, placebo-controlled, parallel-group study. *Headache*, 1997 ; 37 : 640-5.

(2) Dossier d'AMM NARAMIG[®] 1997.

FORME ET PRÉSENTATION : Comprimé pelliculé : boîtes de 1, 4, 12 ou 18 comprimés dosés à 2,5 mg de naratriptan.
COMPOSITION : Naratriptan (DC) sous forme de dihydrogénate de naratriptane : 2,5 mg par comprimé. Excipients. **INDICATIONS** : Traitement de la phase céphalalgique de la crise de migraine avec ou sans aura. **POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION** : Prendre le comprimé de naratriptan aussi précocement que possible après le début d'une crise de céphalée migraineuse mais il est efficace lorsqu'il est pris à un stade ultérieur. Ne pas utiliser le naratriptan en prophylaxie. Le comprimé de naratriptan doit être avalé entier avec de l'eau. - Adulte (de 18 à 65 ans) : La dose recommandée de naratriptan est de un comprimé à 2,5 mg. Si les symptômes de la migraine réapparaissent après une amélioration initiale, un deuxième comprimé peut être pris, à condition de respecter un intervalle d'au moins 4 heures entre les deux doses. Ne pas dépasser 2 comprimés à 2,5 mg par 24 heures. Si un patient n'est pas soulagé après la première dose de naratriptan, une seconde dose ne doit pas être prise lors de la même crise car aucun avantage n'a été démontré. Le naratriptan pourra être utilisé pour les crises de migraine suivantes. Coût de la crise : 4,69 à 5,51 €. - Adolescents (de 12 à 17 ans) : L'utilisation du naratriptan dans cette population ne peut pas être recommandée. - Enfants (de moins de 12 ans) : L'utilisation du naratriptan dans cette classe d'âge n'est pas recommandée. - Patient âgé (de plus de 65 ans) : L'utilisation du naratriptan chez cette catégorie de patients ne peut pas être recommandée. - Insuffisance rénale : La dose maximale journalière chez les patients ayant une insuffisance rénale légère ou modérée est de un comprimé à 2,5 mg. Le naratriptan est contre-indiqué chez les patients atteints d'insuffisance rénale sévère. - Insuffisance hépatique : La dose maximale journalière chez les patients ayant une insuffisance hépatique légère ou modérée est de un comprimé à 2,5 mg. Le naratriptan est contre-indiqué chez les patients atteints d'insuffisance hépatique sévère. **CONTRE-INDICATIONS** : Hypersensibilité à l'un des constituants. (Se reporter aussi au paragraphe Mises en garde et précautions particulières d'emploi et ce qui concerne l'utilisation chez les patients ayant une hypersensibilité connue aux sulfamides). Antécédents d'infarctus du myocarde, pathologie cardiaque ischémique, vasospasme coronarien, Angor de Prinzmetal, pathologie vasculaire périphérique, patients présentant des symptômes de pathologie cardiaque ischémique ou des signes compatibles avec une pathologie cardiaque ischémique. Antécédents d'accident vasculaire cérébral (AVC) ou d'accident ischémique transitoire (AIT). Hypertension artérielle modérée ou sévère, hypertension légère non contrôlée, insuffisance rénale sévère (cléance à la créatinine < 15 ml/min) ou insuffisance hépatique sévère (Child-Pugh grade C). Administration concomitante au naratriptan, d'ergotamine, de dérivés de l'ergotamine (y compris le méthysergide), de sumatriptan ou de autres agonistes des récepteurs à la 5-Hydroxytryptamine (5HT₁). **MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES D'EMPLOI**. Éviter un diagnostic certain de migraine. Le naratriptan n'est pas indiqué dans le traitement des migraines hémiparétiques, bilatérales ou ophthalmologiques. Exclure d'autres pathologies neurologiques potentiellement graves. Ne pas administrer aux patients ayant des facteurs de risque de maladie cardiaque ischémique (cf. VIDAL) sans un bilan cardiovasculaire préalable. Cependant, ce bilan peut ne pas identifier tous les patients. La prise de naratriptan

peut être associée à des symptômes transitoires comprenant des douleurs thoraciques ou une sensation d'oppression pouvant être intense et pouvant s'étendre au niveau de la gorge. Si la symptomatologie évoque une ischémie cardiaque, il ne faut pas prendre de doses supplémentaires de naratriptan et des explorations appropriées devront être réalisées. Risque théorique de réaction d'hypersensibilité chez les patients ayant une hypersensibilité connue aux sulfamides. Ne pas dépasser la dose recommandée. **INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES** : Pas d'interaction avec l'alcool ou la nourriture, les bêta-bloquants, les antidépresseurs tricycliques ou les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine. Interactions avec l'ergotamine, les préparations contenant de l'ergotamine, la dihydroergotamine (DHE) ou le sumatriptan (cf. Contre-indications). Respecter un délai d'au moins 24 heures après administration de naratriptan, avant de donner un produit à base d'ergotamine ou un autre agoniste des récepteurs 5HT₁. Inversement, respecter un délai d'au moins 24 heures après administration d'un produit à base d'ergotamine, avant de donner du naratriptan. **GROSSESSE ET ALLAITEMENT** : N'éviter l'administration du naratriptan que si le bénéfice attendu pour la mère est supérieur aux risques possibles pour le fœtus. Éviter l'allaitement dans les 24 heures après le traitement. **EFFETS SUR L'APTITUDE À CONDUIRE DES VÉHICULES ET À UTILISER DES MACHINES** : Risque de somnolence. **EFFETS INDÉSIRABLES** - Fréquents (> 1/100) : Généraux : Sensations de bourdonnement ou de chaleur. Mâsse ou fatigue, vertiges, somnolence. Digestifs : Nausées, vomissements. - Moins fréquents (< 1/100) : Généraux : Douleur, sensations de lourdeur, de pression ou d'oppression. Cardiovasculaires : Bradycardie, tachycardie, palpitations. Augmentation de la pression artérielle systolique et diastolique. Ophtalmologiques : Troubles visuels. - Rares (< 1/1000) : Hypersensibilité. Peau : Réactions d'hypersensibilité allant de réactions telles que rash, urticaire, prurit, œdème facial à des cas de réactions anaphylactiques. Cardiovasculaires : Vasospasme des artères coronaires, ischémie myocardique, angine de poitrine et crise ischémique. Des infarctus du myocarde ont été rapportés avec cette classe de produits (agonistes 5HT₁/D). **PHARMACODYNAMIE** : Antémigraineux/Agonistes sélectifs des récepteurs 5HT₁ ; (N : système serotonergique central). Code ATC : N02CC02. Liste I. AMM 343 942.0 (1997) : 2 comprimés à 2,5 mg sous plaquette thermofilmée. AMM 346 422.7 (1997) : 18 comprimés à 2,5 mg sous plaquette thermofilmée (présentation hospitalière). Mis sur le marché en 1996. AMM 346 422.0 (1997) : 12 comprimés à 2,5 mg sous plaquette thermofilmée. Mis sur le marché en 2001. Prix : 11,05 € (boîte de 2 comprimés à 2,5 mg), 30,54 € (boîte de 6 comprimés à 2,5 mg), 54,25 € (boîte de 12 comprimés à 2,5 mg). Remboursés Sec. soc. à 65 % (boîtes de 1, 4 et 12 cp). Collect. (boîtes de 1, 4 et 18 cp). Pour une information plus complète, consulter le dictionnaire VIDAL. Laboratoire GlaxoSmithKline 100, route de Versailles - 78143 Marly-le-Roi Cedex - Tél. : 01.39.17.86.80 - Informations Médicales : Tél. : 01.39.17.84.44 - Fax : 01.39.17.84.45 - N° 01/001.