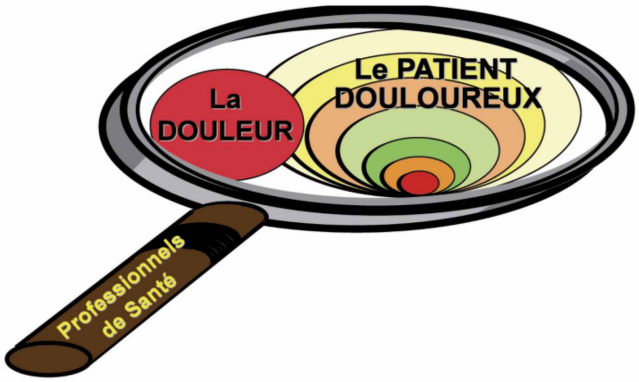
LA DOULEUR ET LE PATIENT DOULOUREUX

« MIEUX COMPRENDRE POUR MIEUX SOULAGER »
« DES ACQUISITIONS RÉCENTES À LA PRATIQUE QUOTIDIENNE »
« CONTRE LA DOULEUR, TOUS ACTEURS »

13ème Réunion de l'Ouest Parisien

Palais des Congrès de Versailles

Mardi 3 Octobre 2023



www.la-douleur-et-le-patient-douloureux.fr
Contre La Douleur Tous Acteurs

« Divine est l'œuvre de soulager la douleur »

HIPPOCRATE

SFETD
Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur

UVSQ
université PARIS-SACLAY

CNRD
Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur

AFSOS
Association Francophone des Soins Oncologiques de Support

ANLLF
Association des Neurologues Libéraux de Langues Française

SFEMC
Société Française d'Études des Migraines & Céphalées

VERSAILLES
Centre Communal d'Action Sociale

VILLE lutter contre la douleur HÔPITAL

CPTS Grand Versailles
Coordonner les professionnels de santé du territoire

Centre de formation Elisabeth Breton

IFH
Institut Français d'Hypnose

Coordination Scientifique et Organisation

Dr Pierre TAJFEL (Président L.D.P.D – Versailles)

Après le contexte sanitaire difficile que nous avons connu, l'Association « La Douleur et le Patient Douloureux » propose pour la 13ème fois aux professionnels de santé, toutes disciplines confondues, une Journée multithématique de conférences et d'échanges en présentiel sur la lutte contre les diverses douleurs qu'ils rencontrent dans leur pratique quotidienne. En effet la douleur est le maître symptôme en médecine. Et pour cause, elle se rencontre dans toutes les disciplines souvent à sa phase aiguë de la maladie, mais aussi de façon chronique lors de maladies évolutives ou des séquelles de maladies guéries ou en rémission.
Pourtant il est reconnu qu'en dépit des progrès, les malades restent encore insuffisamment soulagés. C'est la raison pour laquelle l'actualisation de nos connaissances, des moyens diagnostiques et thérapeutiques, médicamenteux et non médicamenteux, ainsi que les nouvelles technologies est primordiale quel que soit le maillon de la chaîne des soins auquel nous intervenons. Nous sommes donc tous utiles pour à défaut de guérir au moins soulager.

AVEC LE PARRAINAGE DE *

SFETD (Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur), **AFSOS** (Association Francophone des Soins Oncologiques de support). **ANLLF** (Ass. des Neurologues Libéraux de Langue Française**), UFR-UVSQ** des Sciences de la Santé Simone Veil,, **SFEMC** *(Société Française d'Etudes des Migraines et des céphalées).*

EN PARTENARIAT AVEC *

CNRD (Centre National de Ressources de Lutte Contre la Douleur), **Conseil de l'ordre** des médecins **des Yvelines, CCAS de Versailles, CPTS Grand Versailles, Centre de formation Elisabeth Breton, Réseau LCD (**Lutter contre la douleur**), IFH** (Institut Français d'Hypnose)

CONSEIL SCIENTIFIQUE REGIONAL

Laura Arassus (*Poissy-St Germain*), Sylvie Arnold (*Corbeil Essonne*), Nadine Attal (*Boulogne),* Elisabeth Breton *(Guyancourt),* Nathalie Brion (*Le Chesnay*), François Carre (*Dreux*), Nadine Chauffert-Yvart (*Le Vésinet*), Marguerite d'Ussel (*Paris*), Hubert Dechy (*Louveciennes*), Marie Christine Djian (*Suresnes*), Véronique Francini (*Rambouillet*), Marc Harboun (Versailles), Claude Jolly (*Le Chesnay*), Johan Leclerc (*Amiens*), Christophe Lesca (*Le Chesnay*), Valéria Martinez (*Garches*), Céline Michel-Dhaine (*Meulan*), Kolia Milojevic (*Le Chesnay*), Lila Oukbir (Richebourg), Laure Pasmant (*Versailles*), Sophie Pouplin (*Rouen*), Lola Ranaivoson Aitkaci *(Mantes la Jolie*), Noella Rodenbucher (Pontoise), Antonin Sabon (Orléans), Eric SERRA (*Amiens*), Francine Suquet (Poissy), Pierre Tajfel (Versailles), Pascale Thibault (Issy les Moulineaux), Fréderic Urbain (*Montigny le Bretonneux*), Claire Vulser (*Paris*), Jacques Wrobel (*Neuilly sur Seine*), Benjamin Yvert (Tours).

AVEC LE SOUTIEN DE *

PALAIS DES CONGRES DE VERSAILLES - ABBOTT – ABBVIE – AGUETTANT - AIR LIQUIDE – BLISS – ENOVIS/DJO France - ETHYPHARM – EVERPHARMA – G.L. PHARMA France - GRUNENTHAL – KYOWA KIRIN International Newco France – LABORATOIRE ACUNATURE – LABORATOIRE RENAUDIN – LUNDBECK - MACSF — MUSI CARE – ORTHO NOV – REMEDEE LABS - SANOFI - SCHWA MEDICO France – SOS OXYGENE IDF – VIATRIS

Sous réserve de modification

PROGRAMME SCIENTIFIQUE*

8h45 **Ouverture – Dr Pierre TAJFEL – Président LDPD**

9h00 **Inauguration : Mr François De Mazières, Maire de Versailles**

9h10 **Introduction : Douleurs aigues, douleurs chroniques, prévention de la douleur, tous acteurs Dr Claude JOLLY – Versailles**

PRÉSIDENT DE SESSION : Pr Marc SOREL

9h20 **Le syndrome post Covid : un nouveau modèle physiopathologique de douleurs**
Pr Thierry SCHAEVERBEKE - Bordeaux

9h50 **Les douleurs nociplastiques : nouveau concept à intégrer dans la pratique**
Pr Anne Françoise ALLAZ - Genève

10h20 - Pause – Visite des exposants

PRÉSIDENTE DE SESSION : Dr Céline MICHEL-DHAISNE

11h10 **Cannabis et douleurs : que savons-nous ?**
Pr Nadine ATTAL – Boulogne Billancourt

11h40 **Sommeil et douleur, comment les réconcilier dans la pratique**
Dr Christine CAZARD FILIETTE - Gonesse

12h10 **Les traitements non médicamenteux et nouvelles technologies. Quel éventail ?**
Pr Eric SERRA - Amiens

12h40 - Pause déjeuner – Visite des exposants

PRÉSIDENT DE SESSION : Dr Frédéric MAILLARD

14h00 **Focus sur les douleurs pelviennes de la femme**
Dr Christian BAUDE, Clara ROUX (Kiné)**, Camille TALLET** (sage-femme) **- Lyon**

14h40 **Microbiote et douleur, parlons-en**
Dr Nathalie VERGNOLLE - Toulouse

15h10 - Pause - Visite des exposants

PRÉSIDENTE DE SESSION : Dr Marguerite d'USSEL

15h30 **Comment mieux soulager la douleur d'origine cancéreuse en 2023**
Dr Laurent LABREZE - Bordeaux

16h00 **Migraines et céphalées : les nouvelles approches**
Dr Evelyne GUEGAN-MASSARDIER - Rouen

16h30 **Promotion de l'activité physique adaptée chez les douloureux chroniques**
Dr Albert SCEMAMA - HA

** Sous réserve de modification*

Cette Journée de lutte contre la douleur est dédiée à la mémoire de Marie-Claude Defontaine Catteau (Psychologue clinicienne)

Dr Anne BERA LOUVILLE - Rhumatologue, Service de rhumatologie
Médecine de la douleur, Service de neurochirurgie - CETD, CHU Lille

Marie-Claude Defontaine-Catteau a été une des premières psychologues cliniciennes à travailler dans un CETD (Centre d'Etude et de Traitement de la Douleur), dès 1984 jusqu'en 2015. Elle a participé à la création de l'un des premiers centres au sein du service de neurochirurgie du CHRU de Lille, qui continue encore aujourd'hui. Elle y a rencontré un patient qui fut à l'origine de son mémoire de DESS de psychologie pathologique et clinique : « la souffrance corporelle de l'hypochondriaque ».
Son activité clinique et de recherche l'a conduite à une implication très forte au sein de la SFD (Société Française de la Douleur) puis la SFETD (Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur).
« Membre actif », elle a été élue à plusieurs reprises au Conseil d'administration et a largement participé à la création de la commission professionnelle des psychologues de la SFETD. Elle a été à l'initiative du Groupe Régional des Psychologues Douleur du Nord Pas de Calais, ainsi qu'au Conseil Scientifique du congrès de la SFETD en 2010 et présidente du comité local d'organisation du congrès SFETD Lille 2012,
Elle a été aussi présidente du comité humanisation des soins de la Fondation de France.
J'ai rencontré Marie-Claude Defontaine au CETD du CHU de Lille, il y a 30 ans. En tant que rhumatologue. on m'avait enseigné que la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable et à me centrer sur le symptôme, sur le diagnostic de maladie afin de mettre en place des protocoles thérapeutiques.
Rencontrer une psychologue clinicienne qui proposait de considérer la douleur comme une effraction localisée intense, et la souffrance comme une élaboration supposant la durée, était étonnant. En effet, le médecin du corps organique omet le corps psychique, le corps social et il est, surtout plus technique.
Marie Claude pointait avec justesse, notre dénomination de « médecin de la douleur » et non de « médecin du douloureux ».
Marie-Claude Defontaine a écrit : « *C'est à partir du moment où le médecin reconnait que l'intervention du psychologue lui est utile et que le patient réalise qu'il y trouve son compte que le couple va pouvoir fonctionner en triangle, avec en position tierce, le psychologue qui effectue un travail de navette sur le plan du langage*. »
Voilà ce qui est passionnant en clinique de la douleur : Multiplier les éclairages, faire des allers retours théorico-cliniques, faire de la rencontre clinique un levier de la thérapie, être un groupe de co-thérapeutes et non être 2,3,4… thérapeutes.
Marie Claude nous a montré qu'il n'y a pas de savoir interdit aux autres, mais juste un savoir pour être utile au patient.
Travailler avec Marie Claude nous a tous changé, l'équipe, ceux qui l'ont entendue, ceux qui ont été ses élèves. L'écouter parler d'un patient était passionnant, éclairant. Pouvoir s'appuyer sur son évaluation était un luxe.
Elle était le pilier, l'artisan d'une équipe qui a pu fonctionner de manière souple, créative et respectueuse vis-à-vis du patient et vis-à-vis de chacun de ces membres. Marie Claude a toujours fait le lien entre les patients et nous, le lien entre nous, le lien entre soma et psyché.
Rappelons qu'elle a inventé et développé le dessin du corps propre et de la douleur.
Il reste nécessaire de relire ces articles et sa réflexion sur douleur et traumatisme, sur la perversion et les troubles factices, sur douleur et émotion…, une pensée si claire, si juste, de psychologue clinicienne de la douleur, de psychanalyste, de psychopathologue, si précieuse pour comprendre le patient douloureux chronique, et faire, encore et, toujours de la rencontre clinique un levier de thérapie.

Les douleurs de nos patients

Dr Pierre TAJFEL, Algologue, médecin Généraliste (Versailles) Président de l'ass. LDPD

Dr Claude JOLLY, Anesthésiste, douleur (C.H. de Versailles) Coordinateur Scientifique de la JDPD

Avec le temps, nous nous sommes aperçus de la pluralité de mécanismes différents qui se cachaient derrière la plainte « j'ai mal ». Nous avons appris à identifier les douleurs et à leur adapter des traitements spécifiques pour chacune d'elles. Dès lors, nous n'étions plus des soignants de « **la** douleur », mais « **des** douleurs ».

Face à l'évidence que c'est la personne qui souffrait de sa (de ses) douleur(s) est née la notion importante du « ***patient douloureux*** ». Ainsi, les soins d'une douleur ne se réduisent pas au symptôme mais visent en réalité à soulager la personne douloureuse ! C'est ce que nous entendons désormais dans l'expression « lutte contre la douleur », que l'on devrait mieux nommer « lutte contre les souffrances liées à la douleur ». Gardons à l'esprit que notre mission pratique quotidienne s'adresse bien à notre patient, qui souffre dans un contexte particulier et qui attend de nous d'être soulagé peu importe la maladie en cause. Pour toutes ces raisons, il faut mieux comprendre pour mieux soulager.

En effet, la douleur est reconnue comme « Le maître symptôme en médecine » et pour cause, elle se rencontre dans toutes les disciplines, souvent à la phase aiguë de la maladie, mais aussi pour au moins 20% de la population de façon chronique. Ceci lors de maladies graves évolutives, ou des séquelles de maladies guéries ou en rémission. D'autres douleurs du quotidien des malades sont celles induites lors des soins et examens, que nous réalisons « pour leur bien »…

Les définitions ci-dessous, outre leur valeur scientifique, puisque le fruit de travaux de recherche et de consensus, correspondent à celles que nous rencontrons fréquemment chez nos malades. Les connaître nous conduira à mieux réagir dans « la vraie vie professionnelle ».

Définitions

Une partie de ces définitions se réfère à l'argumentaire – « Parcours de santé d'une personne douloureuse chronique » (pages 11-15) publiée par la Haute Autorité de Santé (HAS) en janvier 2023.

La douleur est définie par l'International Association for the Study of Pain (IASP) (Association Internationale pour l'Etude de la Douleur), comme **« *Une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à, ou ressemblant à celle, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle* »** (Raja *et al*., 2020 (1)).

Du point de vue temporel on distingue 4 niveaux : »

La douleur aiguë « E*st une douleur récente, en général de moins d'un mois »,* voire de 6 semaines. Elle a le plus souvent une fonction physiologique de signal d'alarme permettant à l'être humain de réagir face à une agression corporelle. Les objectifs de son traitement sont généralement symptomatiques et curatifs (soulager la douleur et traiter l'affection causale).

La douleur subaiguë ou persistante ***« Est une douleur présente depuis quelques semaines, en général plus de 4, voire 6, semaines et moins de 3 mois ».*** **Le risque principal est alors sa chronicisation** (son passage à la chronicité). Dans nos objectifs, au-delà de soulager la douleur et de traiter l'affection causale, il sera très important d'évaluer les facteurs de risque de cette chronicisation. Les connaître nous permettra en effet de tirer sur la sonnette d'alarme **« risque de chronicisation ».** Nous pourrons ainsi au mieux trouver des solutions les concernant, sinon demander de l'aide. C'est cette démarche qui nous permettra de « prendre en soin » le patient douloureux au-delà de son symptôme !

La douleur chronique est définie par l'IASP comme *« une douleur qui persiste ou se reproduit pendant plus de 3 mois »*. L'objectif de sa prise en charge est rarement la résolution de la seule douleur, mais avant tout de réduire les handicaps physiques, psychologiques et sociaux corollaire de la douleur afin d'améliorer la qualité de vie du patient douloureux.

Important : Ces délais sont des repères qui ne doivent pas faire retarder l'évaluation et la prise en charge adaptées d'une douleur.

Du point de vue thérapeutique on distingue 2 situations :

Une douleur rebelle est une **«** ***Douleur qui ne répond pas aux traitements conventionnels recommandés et apparemment conduits conformément aux règles de bonnes pratiques*** **» *ou dont les traitements sont efficaces, mais avec des effets indésirables intolérables et/ou incontrôlables* ».** En d'autres termes, les traitements proposés ne permettent pas un soulagement satisfaisant et durable de la douleur ou une qualité de vie acceptable pour le patient. Dans ces situations d'autres solutions antalgiques peuvent encore exister. Ces douleurs nécessitent, sans tarder, une prise en charge spécialisée par un spécialiste douleur (Algologue) qui jugera de la nécessité, ou non, de faire appel à une équipe pluriprofessionnelle et/ou pluridisciplinaire, le tout en collaboration avec le médecin traitant.

Important : Cette définition intègre les notions « de soins habituels ou de traitements conventionnels » qui peuvent être amenés à varier avec les pratiques médicales.

La douleur dite réfractaire *est une* ***« douleur « rebelle » « opposante » à tous les traitements mis en œuvre****, nécessitant des avis douleur « tiercières » surspécialisés dans le type de douleurs en question.* Hors douleur chronique, en phase palliative avancée d'une maladie grave évolutive, elle peut justifier d'une décision collégiale de sédation.

Du point de vue du mécanisme physiopathologique on distingue 5 types de douleurs :

Mieux comprise aujourd'hui, la douleur est un phénomène complexe qui résulte de différents mécanismes, globalement, à notre avis de 5 types :

1. la douleur nociceptive : liée à des lésions mécaniques, chimiques ou thermiques du tissu somatique ou viscéral.

2. La douleur neuropathique : liée à des lésions des nerfs périphériques (nerfs qui parcourent le corps) ou centraux (nerfs dans la moelle épinière ou le cerveau).

3. La douleur nociplastique : elle se manifeste sans lésion somatique ou du système nerveux apparente, mais serait liée à une sensibilisation de celui-ci, ou à un dysfonctionnement du système inhibiteur « antidouleur ». Anciennement nommée « dysfonctionnelle », elle apparait suite à des stimuli que d'autres personnes ne percevront pas comme douloureux.

4. La douleur psychogène : souvent associée à une souffrance psychique (anxiété, dépression, hypochondrie, hystérie…) et sans lésion organique identifiable pour la « justifier ». Sa reconnaissance par le soignant est capitale. Pour cette raison le terme « douleur psychique » n'est pas adapté. Il faut revenir en effet à la définition de l'IASP, qui intègre la dimension subjective et émotionnelle de la douleur, dont seul le sujet peut témoigner. Même si elle est souvent intriquée à une douleur, celle-ci est à distinguer de **la souffrance,** qui est un sentiment de « mal-être ». De façon simplifiée, le patient exprime sa douleur par « j'ai mal » et sa souffrance par « je suis mal ».

5. Les douleurs induites par les soins : peuvent se définir comme des douleurs aigues associées à un soins, à un acte diagnostique ou thérapeutique, provoquée involontairement par le soignant. Ces douleurs sont donc iatrogènes, puisque liées à l'activité visant l'intérêt de la santé du malade. Tous les professionnels de santé peuvent en provoquer.

Important : La douleur peut aussi être mixte, associant à la fois 2 types de douleurs ou plus.

Du point de vue sémantique on distingue 2 types de douleurs chroniques :

Elles figurent officiellement dans la dernière classification internationale des maladies publiée par l'OMS en 2022, encore appelée « CIM-11 ».

La douleur chronique primaire est définie comme **« *Une douleur dans une ou plusieurs régions anatomiques qui persiste ou se reproduit pendant plus de 3 mois et est associée à une détresse émotionnelle importante ou un handicap fonctionnel (des activités de la vie quotidienne ou des activités sociales) non liés à une autre maladie chronique* »**. Les plus connues sont « La Fibromyalgie », « l'Intestin irritable »…..

Les syndromes douloureux chroniques secondaires sont définis comme *« Des douleurs liées à des maladies sous-jacentes, ou à des traumatismes, quelles que soient leur importance, qui perdurent après la guérison »,* ou sont associées à ces pathologies évolutives au long cours.

La douleur chronique, ou plutôt le patient douloureux chronique correspond au modèle biopsychosocial

Si un diagnostic étiologique, lésionnel ou physiopathologique précis doit toujours être recherché afin de traiter la cause d'une douleur, le développement, l'entretien et/ou l'aggravation d'une douleur et sa chronicisation peuvent avoir d'autres raisons associées appelées « facteurs de chronicisation ». Ceux-ci doivent être rapidement recherchés, identifiés, pris en considération et traités. La commission de l'HAS les classe en trois catégories « Bio-Psycho-Social » :

–Les fa**cteurs biologiques** (biomédicaux) : patrimoine génétique, comorbidités, sensibilisation centrale, déconditionnement physique, etc. ;

–Les facteurs psychologiques : émotionnels et affectifs (anxiété, dépression, etc.), comportementaux (évitement ou hyperactivité, etc.) ou cognitifs (croyances, catastrophisme, hypervigilance, etc.) ;

–Les facteurs sociaux : familiaux, culturels, professionnels, scolaires, etc.

Toujours selon l'HAS « Les processus d'évaluation et de prise en charge d'un patient présentant une douleur chronique relèvent ainsi du modèle biopsychosocial, selon une démarche intégrative. Ils nécessitent d'être centrés sur la personne et requièrent, le plus souvent, un exercice coordonné des soins en équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire ».

Ces nuances à première vue rébarbatives ont une importance dans notre pratique quotidienne afin de pouvoir répondre aux défis apportées par le patient douloureux. Il s'agit en effet de dispenser au moment opportun, par le, ou les professionnel(s) compétents, quelle que soit la pathologie en cause, les traitements et l'accompagnement adaptés à la complexité et au profil du patient, et ce de manière personnalisée et efficiente ! Selon le guide publié en 2023, l'organisation du parcours de santé de ces patients doit être en mesure de répondre aux besoins d'une population potentielle de 12 millions d'adultes douloureux chroniques, sans oublier les enfants ni les personnes vulnérables et/ou dyscommunicantes.

Pour toutes ces raisons, comme vous le verrez dans le programme, le comité scientifique de la 13e journée consacrée à « la douleur et au patient douloureux » a choisi 10 thèmes « Phares » en 2023.

Les textes sont publiés sous la seule responsabilité des orateurs

Le syndrome post-COVID
Un nouveau modèle physiopathologique de douleur chronique

Pr Thierry Schaeverbeke

Département de Rhumatologie, Groupe Hospitalier Pellegrin

CHU de Bordeaux, Université de Bordeaux

Après avoir contracté le COVID, la majorité des patients développe des symptômes modérés et guérit en 2 à 3 semaines. Cependant, environ 1/3 des patients demeurent symptomatiques au-delà de 4 semaines (COVID persistant) ou voient réapparaitre des manifestations à distance de la phase aiguë (syndrome post-COVID), ces deux situations aboutissant à la description d'une nouvelle entité clinique : le COVID long.

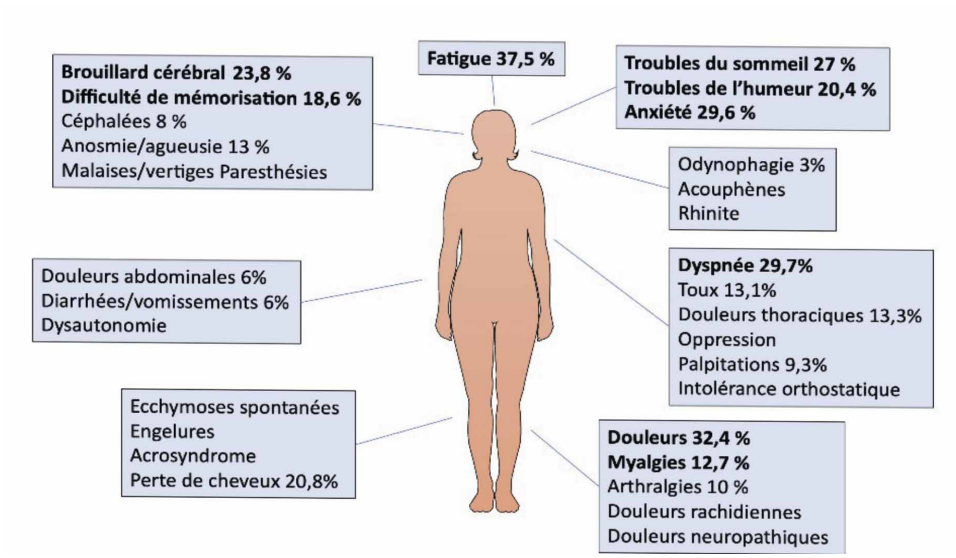
Description du COVID long :

Si une controverse a initialement agité la communauté médicale et scientifique autour de l'existence même de ce trouble, les nombreux témoignages sur les réseaux sociaux, l'accumulation d'articles consacrés à ce syndrome et les similitudes (partielles) avec d'autres syndromes post-infectieux ont scellés la reconnaissance de cette entité nouvelle.

Le COVID long s'observe préférentiellement chez la femme d'âge moyen (45-50 ans), alors que les séquelles organiques des COVID sévères hospitalisés concernent surtout des hommes de plus de 60 ans. Les symptômes sont très variés, dominés par la fatigue, les troubles du sommeil, de l'humeur, l'anxiété, les difficultés de mémorisation, la sensation de brouillard cérébral, la dyspnée, les palpitations, l'intolérance orthostatique, les douleurs articulaires et musculaires… Ces symptômes, bien que fluctuants, peuvent persister longtemps, au-delà d'un an dans plus de 70% des cas. La fatigue est le symptôme dominant au long cours. Si l'association fréquente à des symptômes volontiers rencontrés chez les patients fibromyalgiques (50 à 57% des patients classés COVID-long satisfont aux critères FIRST de fibromyalgie), conduisant certains à considérer le COVID-long comme une pathologie purement fonctionnelle, il est intéressant de noter qu'une élévation persistante des D-dimères est observée chez 30% de ces patients, une élévation prolongée de la CRP chez 10%, des anomalies radiologiques pulmonaires persistantes dans 40% des cas, et une aggravation des images pulmonaire dans 9% des cas.

Différents facteurs favorisants ont été identifiés : le sexe féminin (2/3 des cas), l'âge avancé, le surpoids, les antécédents anxio-dépressifs et les pathologies liées au stress, la gravité du COVID

initial… A l'inverse, la vaccination aurait un rôle protecteur. Enfin, différents événements peuvent favoriser l'exacerbation des manifestations du COVID long : les efforts, le stress, les menstruations.



Hypothèses physiopathologiques :

Différentes hypothèses physiopathologiques ont été proposées, qui ne s'excluent pas mutuellement :

- les séquelles d'organe : des lésions interstitielles pulmonaires résiduelles, lésions en verre dépolis (23% des cas) ou fibrose (7%), sont fréquemment observées chez les sujets présentant un COVID long, plus rarement des séquelles fibreuses myocardique ou des séquelles thrombo-emboliques cérébrales ou rénales
- la persistance de reliquats d'antigènes viraux : la persistance du virus dans des réservoirs digestifs est attestée par la positivité de la PCR COVID dans les selles chez 13% des malades à M4, 4% à M7 ; la persistance de reliquats d'antigènes viraux (protéines ou ARN viral) dans l'épithélium neuro-olfactifs a également été observée chez des patients atteints d'anosmie prolongée post-COVID
- l'hypothèse purement fonctionnelle : de nombreux symptômes n'ont aucune explication organique : palpitations, oppression thoracique, essoufflement sans effort, hyperventilation, sueurs, douleurs abdominales, troubles de concentration, difficulté de mémorisation, céphalées, vertiges, fatigue… avec un contraste évident entre le retentissement des symptômes et l'absence d'anomalie clinique ou paraclinique les expliquant entièrement. Dans la cohorte française CONSTANCE, la croyance d'avoir fait un Covid-19 est statistiquement associée au risque de présenter de nombreux symptômes de COVID

long (fatigue, dyspnée, arthromyalgies...) ; seule la séropositivité est cependant associée au risque d'anosmie/agueusie persistante. Dans une série strasbourgeoise, la moitié des COVID longs ne présentait pas de trace sérologique de l'infection (4 kits sérologiques et 1 recherche d'immunité cellulaire), et aucune différence n'était observée entre les COVID longs avec sérologie positive ou négative

- l'hypothèse dysautonomique : une dysautonomie pourrait être favorisée par les lésions neurologiques initiales perturbant l'intéroception ; l'imagerie cérébrale fonctionnelle (PET- scanner) chez des patients COVID long montre un hypométabolisme dans plusieurs régions cérébrales : le tronc cérébral (commande vagale), le système limbique, l'insula et le thalamus. Nous discuterons amplement cette hypothèse.

Comparaison aux autres syndromes post-infectieux :

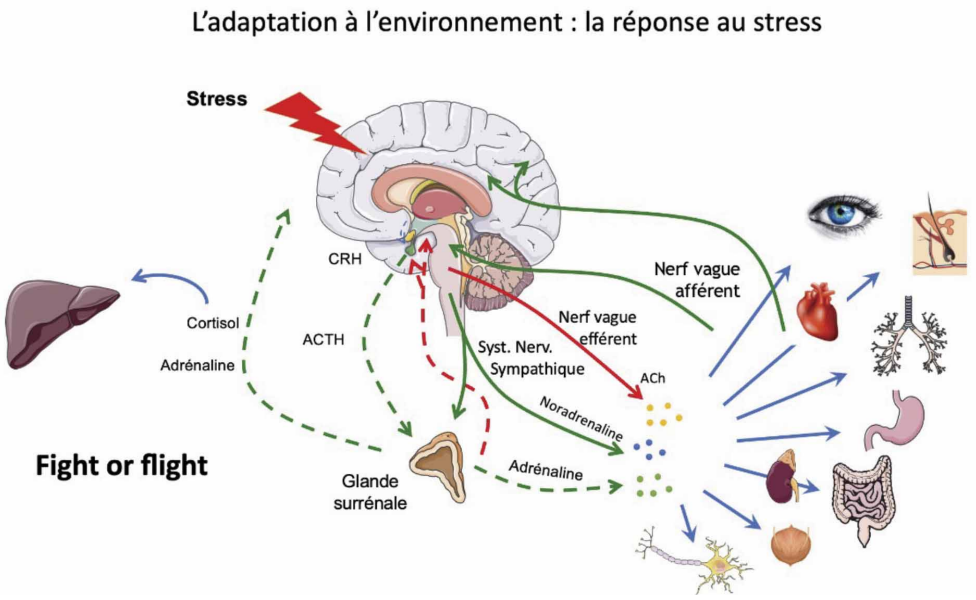
Des syndromes post-infectieux ont été décrits dans de nombreuses pathologies infectieuses : maladie de Lyme, dengue, chikungunya, zika, mononucléose (EBV)… Ces syndromes post-infectieux partagent de nombreuses similitudes : un stress infectieux aigu induisant une forte réponse immunitaire impliquant l'interféron, la persistance de l'agent infectieux dans des réservoirs, susceptible de pérenniser la réponse immunitaire, l'induction d'un syndrome post-infectieux se traduisant par une fatigue chronique, un syndrome pseudo-fibromyalgique susceptible de traduire une dysautonomie et des troubles de l'intéroception, et la persistance de symptômes en lien avec la symptomatologie infectieuse initiale (arthralgies dans le Lyme, le chikungunya…), enfin l'existence de facteurs favorisants associant des comorbidités organiques (obésité) et des troubles de la personnalité (troubles anxio-dépressifs, antécédent de syndrome de stress post-traumatique…).

La réponse neuro-immune au stress (infectieux ou autre) :

Nous disposons schématiquement de deux systèmes nerveux : le système nerveux somatique, qui nous permet d'interagir avec l'environnement et d'agir de façon volontaire en fonction des informations véhiculées par nos cinq sens « conventionnels » (l'ouïe, la vue, le toucher, l'odorat et le goût), et le système nerveux végétatif, qui contrôle de reçoit et traite les informations provenant de l'intérieur de notre organisme grâce à l'intéroception. L'intéroception représente la capacité du système nerveux végétatif à détecter, intégrer et interpréter les signaux provenant de l'intérieur du corps ; c'est un processus essentiel au maintien de l'homéostasie et au contrôle de l'état physiologique de l'organisme. Grâce à différents types de capteurs sensoriels, l'intéroception permet de ressentir la faim, la soif, la position du corps dans l'espace, l'équilibre, la température corporelle, de percevoir la pression dans les vaisseaux sanguins, les variations de la PO2, du pH ou de la température dans les tissus, et d'induire par exemple une modulation de

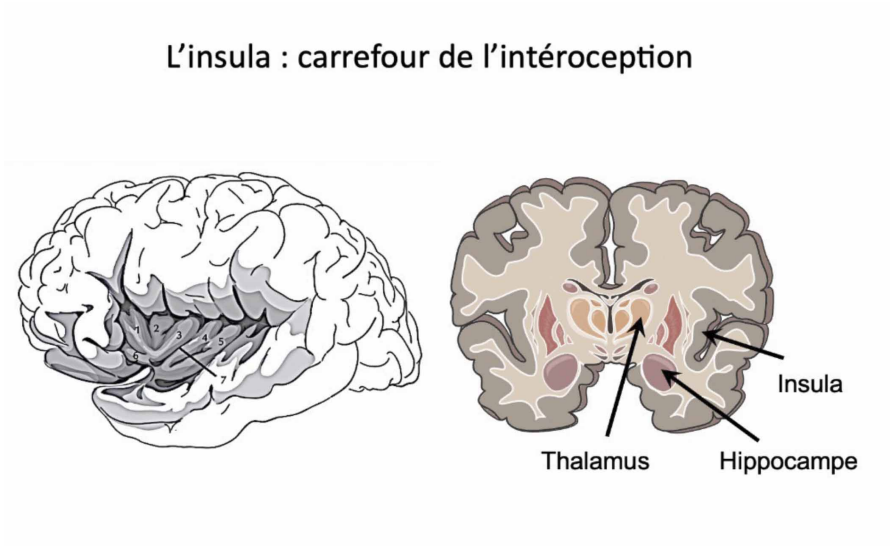
la fréquence cardiaque et respiratoire, une vasodilatation ou une vasoconstriction pour s'adapter aux besoins de l'organisme.

Le système nerveux végétatif repose sur l'interaction du système sympathique et du parasympathique. Schématiquement, le système sympathique est un système d'alarme, qui répond à un stress par synthèse de deux neuromédiateurs, la noradrénaline et l'adrénaline, induisant une activation de la fréquence cardiaque et respiratoire, une inhibition du péristaltisme digestif, une mydriase, une contraction de la vessie, une diminution du péristaltisme digestif, une activation des nocicepteurs, et la synthèse de cortisol par la glande surrénale… ; le cortisol induit la synthèse hépatique de glucose (nécessaire au fonctionnement des muscles et du cerveau), et augmente la vigilance cérébrale. La résultante est une activation de nos capacités physiques et psychiques, permettant par exemple de répondre à une agression, par la fuite ou le combat. A l'inverse, le parasympathique libère de l'acétylcholine qui ralentit la fréquence cardiaque et respiratoire, met schématiquement l'organisme au repos, et augmente l'activité digestive et l'appétit sexuel. Ces deux systèmes sont donc antagonistes, et agissent selon des boucles d'action et rétroaction, dont la régulation est effectuée par l'hypothalamus.



Une autre structure cérébrale a un rôle fondamental dans la régulation des messages intéroceptifs : l'insula. L'insula est une zone du cortex cérébral située sous le repli du lobe temporal et du lobe frontal ; cette structure gère la conscience de soi, de son corps, de son intériorité. C'est elle en effet qui reçoit l'ensemble des signaux provenant de l'intérieur du corps, transmis par le thalamus. Cependant, la plupart de ces signaux internes sont traités de façon inconsciente : on ne perçoit pas consciemment, en temps normal, son péristaltisme abdominal, ses battements cardiaques, sa pression artérielle... l'insula joue en effet un rôle de filtre des messages intéroceptifs en situation

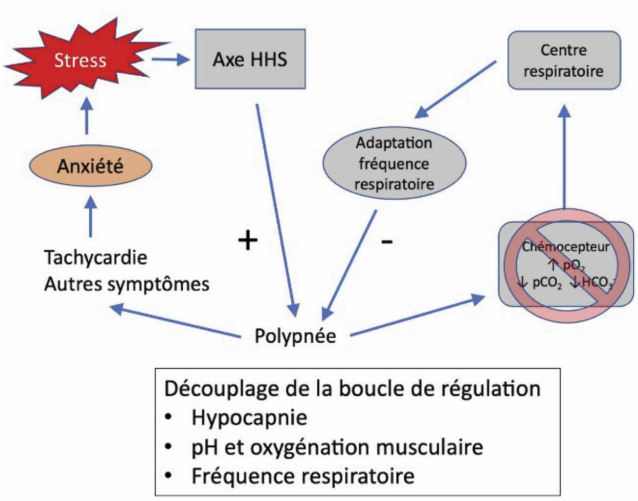
d'allostasie. Comme l'exprimait Leriche, « La santé, c'est la vie dans le silence des organes ». La perception des messages intéroceptifs ne parvient à la conscience qu'en situation de danger, de stress, ou de fonctionnement anormal, situations qui exigent une décision consciente. Cette altération du filtre intéroceptif sous l'effet d'un stress physique ou psychique chronique a pour conséquence de favoriser des perceptions « anormales » : douleurs abdominales, ballonnement (comme dans le syndrome de l'intestin irritable…), céphalées, vertiges, sensation d'essoufflement, douleurs thoraciques, hypersensibilité au bruit, acouphènes, sensation de brouillard visuel, besoins d'uriner fréquents… un ensemble de symptômes que décrivent très habituellement les patients douloureux chroniques ou fibromyalgiques.

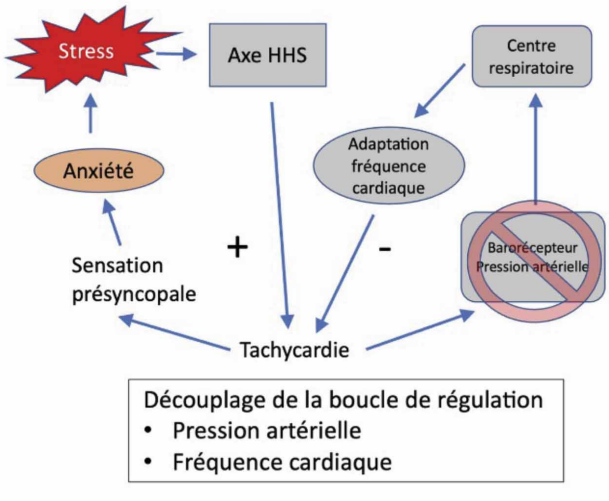


L'hyperactivité de l'insula et du réseau neural intéroceptif a été montrée au cours du COVID long en IRM fonctionnelle, comme cela a déjà été montré dans la fibromyalgie primitive, ou dans les tableaux de fibromyalgie secondaire compliquant fréquemment les rhumatismes inflammatoires chroniques.

L'hypothèse d'une rupture des boucles de rétroaction sympatho-vagale par altération des récepteurs intéroceptifs par le Sars-CoV-2 :

L'une des hypothèses les plus séduisantes pour expliquer le syndrome d'hyperventilation et le syndrome de tachycardie orthostatique posturale (STOP), fréquemment observés dans le COVID long, serait une altération des récepteurs sensoriels intéroceptifs du fait du tropisme neurologique du virus, à l'instar de l'anosmie également fréquente au cours du COVID. L'anomalie de perception de la pO_2 tissulaire ou de la pression artérielle aurait pour conséquence d'annihiler la réponse vagale et donc de maintenir de façon permanente l'activation de la voie sympathique, indépendamment de la normalisation des paramètres fonctionnels correspondants.





Conclusion :

Le COVID long pourrait ainsi relever d'une dysautonomie secondaire à des troubles de l'intéroception, pouvant s'expliquer par le tropisme neurologique du virus ou par la persistance du virus ou de résidus viraux eux-mêmes responsables d'un stress inflammatoire chronique, cette dysautonomie pouvant également être favorisée par des facteurs personnels de vulnérabilité (sexe féminin, obésité, antécédents de pathologies liées au stress…).

Cette hypothèse pourrait également constituer un modèle pour expliquer d'autres pathologies somatoformes : les autres syndromes post-infectieux, mais également les tableaux de fibromyalgie primitive ou secondaires. Elle justifie la place majeure de la prise en charge non médicamenteuse dans ce type de troubles : le reconditionnement à l'effort, les stratégies psychocorporelles (hypnose, relaxation, yoga, méditation en pleine conscience…), et justifie également les essais cliniques de stimulation vagale qui sont actuellement en cours.

Références :

1 Haverall S. JAMA 2021, 325(19):2015-2016
2 Groff D. JAMA Netw Open 2021 ; 4 : e2128568
3 Scherlinger M,. Infect Dis Ther 2021 ; 10 : 1747-63
4 Tran V-T. Nature Com | https://doi.org/10.1038/s41467-022-29513-z
5 Yoo SM. J Gen Intern Med. 2022;37(8):1988–95
6 Choi B.. N Engl J Med 2020 ; 383 : 2291-3
7 Shaffer L. PNAS 2022 Vol. 119 No. 36 e2213524119
8 Yong SJ. ACS Chem Neurosci. 2021, 17;12(4):573–80
9 Furman M. Trends in Neurosciences 2021;44(1):1–2
10 Du Y-Y. Neural Regeneration Research 2022, Vol 17; 7
11 Raj SR. Can J Cardiol 2000;36:357–372
12 Blitshteyn S. Immunologic Research 2021; 69:205–211

Les textes sont publiés sous la seule responsabilité des orateurs

Les douleurs nociplastiques : nouveau concept à intégrer dans la pratique.

Pr Anne-Françoise ALLAZ

Professeure de Médecine Université de Genève
Spécialiste en médecine interne et psychosomatique, spécialiste douleur (SPS)
Membre de l'Académie suisse des sciences médicales

Les progrès des dernières années concernant la compréhension du phénomène douloureux ont rendu nécessaires non seulement une nouvelle classification de la douleur chronique, mais aussi une révision de la description de ses mécanismes.

Jusque-là, les douleurs mal expliquées par des lésions du corps étaient décrites de manière confuse et parfois péjorative, par exemple en tant que «douleurs dysfonctionnelles», «douleurs somatoformes» ou encore de «douleurs psychogènes», descriptifs en décalage avec la définition même de la douleur comme « expérience sensorielle et émotionnelle ».[1]

Pour tenir compte des impressionnantes découvertes des neurosciences autant que de celles de la psychologie et afin d'intégrer une vision moderne pluridimensionnelle de la douleur, le diagnostic de « ***douleurs chroniques primaires*** »[2] a été introduit dans la classification internationale des maladies – la CIM 11- et adossé à un nouveau mécanisme, celui des ***« douleurs nociplastiques ».***[3]

Ainsi, la nouvelle classification des mécanismes de la douleur chronique de l'IASP comprend-elle des entités bien connues :
- les *douleurs nociceptives,* liées à une activation des nocicepteurs
- les *douleurs neuropathiques,* liées à une lésion ou une maladie affectant le système somato-sensoriel
- les *douleurs mixtes*, impliquant les deux mécanismes précédents

auxquelles s'ajoute désormais une nouvelle entité :
- les ***douleurs nociplastiques***

Selon la définition de 2017 de l'*International Association for the Study of Pain* (IASP), les ***douleurs nociplastiques*** sont « des douleurs qui résultent d'une altération de la nociception, malgré l'absence d'évidence claire de lésion de tissu causant l'activation des nocicepteurs périphériques ou d'évidence de maladie ou de lésion du système nerveux somatosensoriel causant la douleur ».

Cette définition assez complexe mérite qu'on s'y attarde. C'est donc l'altération de la nociception - et non plus la stimulation des récepteurs (ou une lésion des nerfs) - qui est à l'origine de ce type de douleurs. Cette altération est étroitement liée au phénomène de « *sensibilisation centrale* ».[4]

Cette dernière correspond à une hypersensibilité des circuits de la douleur dans le système nerveux central, dont la réponse est disproportionnée par rapport au niveau des stimulations nociceptives périphériques. Ce qui ressemble à une alarme déréglée, devenue trop sensible, « hyperalgésique », est notamment attribuée à des traces, à des empreintes laissées par le passage de la douleur dans les circuits nociceptifs et le système nerveux central.

Il faut souligner que des facteurs génétiques, des antécédents de douleurs prolongées, une histoire personnelle traumatique et le stress font partie des prédispositions reconnues à une *sensibilisation centrale* qui sont confirmées par des recherches récentes.

Insistons encore sur un autre point essentiel : la *plasticité neuronale*, c'est-à-dire les empreintes, traces et changements subis par le système nerveux (*la nociplasticité*) impliquée dans la *sensi-*

bilisation centrale permet d'expliquer la persistance de la douleur en l'absence de stimulations venant d'une atteinte corporelle. De fait, la définition des *douleurs nociplastiques* reconnait explicitement que des douleurs puissent être présentes sans lésion actuelle du corps ou lorsque ces lésions sont guéries. Cette réalité clinique présentée par de nombreux patients, notamment les personnes qui souffrent de fibromyalgie est maintenant heureusement validée.

En résumé pour la pratique quotidienne, le mécanisme clarifié des *douleurs nociplastiques* permet, comme indiqué ci-dessus, de mieux comprendre la persistance d'une douleur en l'absence d'explication lésionnelle.
Elle autorise les praticiens à centrer leur attention sur la douleur chronique elle-même, comme une maladie en soi, intégrant les traces et influences neurologiques, émotionnelles et relationnelles, sans oublier l'importance de l'histoire de vie parmi les mécanismes de chronicité de la douleur.
Le mécanisme de *nociplasticité* peut, par ailleurs, être aisément partagé avec les patients concernés. Il facilite beaucoup les explications et le dialogue avec eux, notamment lorsqu'existe un grand besoin de validation de leur souffrance.
Elle leur rend également plus compréhensibles et acceptables les propositions thérapeutiques intégrant le corps et l'esprit.
Enfin, l'utilisation de la nouvelle terminologie de *douleurs nociplastiques* permet d'envoyer définitivement aux oubliettes les étiquettes vécues comme stigmatisantes par les patients. Elle permet de leur offrir un accueil et une validation de leur plainte ressentis comme respectueux de leur expérience – objectif qui reste essentiel à toute tentative de soulagement des douleurs chroniques.

Références

1 Allaz A-F. « Douleurs et émotions. Intégrer les émotions dans le traitement de la douleur chronique ». Editions Vigot, Paris, 2021.

2 Nicholas M, et al. The IASP taskforce for the classification of chronic pain. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain. PAIN 2019;160:28-37.

3 Kosek E, et al. Do we need a third mechanistic descriptor for chronic pain states? PAIN 2016;157:1382-6.

4 den Boer C, et al. Central sensitization in chronic pain and medically unexplained symptom research: a systematic review of definitions, operationalizations and measurement instruments. J Psychosom Research 2019;117:32-40.

Les textes sont publiés sous la seule responsabilité des orateurs

Cannabis et douleurs : que savons-nous ?

Dr Claude Jolly
Anesthésiste - Réanimateur, Algologue, Hypnothérapeute
Responsable du Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur de l'hôpital de Versailles

Pr Nadine Attal
PUPH Thérapeutique et Médecine de la douleur UVSQ-Paris-Saclay
Responsable du CETD Hôpital Ambroise-Paré, Boulogne-Billancourt

L'expérimentation française [1 2]
L'expérimentation du cannabis médical mise en place et pilotée par l'ANSM a débuté en mars 2021. L'objectif primaire de cette expérimentation qui est distincte d'un essai thérapeutique randomisé contrôlé, est d'évaluer en médecine et pharmacie de ville la faisabilité du circuit de prescription du cannabis médical. Un objectif secondaire est de recueillir les premières données françaises sur l'efficacité et la sécurité de l'utilisation du cannabis dans un cadre médical en vue d'une éventuelle généralisation. Cinq grandes indications ont été retenues : douleurs neuropathiques réfractaires, certaines formes d'épilepsie sévères et pharmaco-résistantes, certains symptômes rebelles en oncologie liés au cancer ou à ses traitements, les situations palliatives, la spasticité douloureuse de la sclérose en plaques ou d'autres pathologies du système nerveux central. Dans cette expérimentation, le cannabis est délivré sous forme d'huiles administrées par voie orale, ou de sommités fleuries de cannabis à vaporiser pour inhalation (pour les crises).

Voici des éléments, issus des documents de formation de l'ANSM destinés aux prescripteurs, qui permettent d'éclairer l'utilisation du cannabis dans le cadre de cette expérimentation.

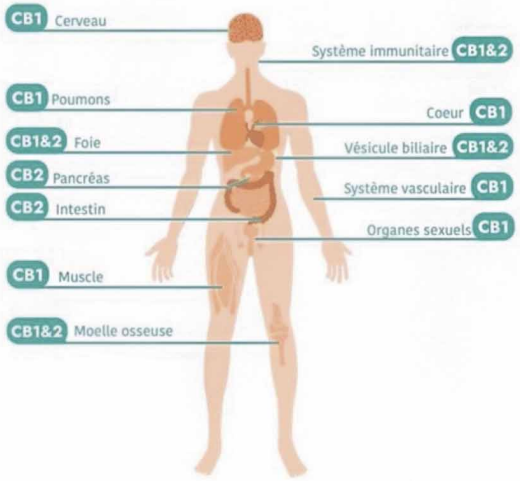
Le système endocannabinoïde [3]
C'est un système de régulation lipidique de l'organisme, destiné à réguler l'homéostasie. Il est présent chez tous les vertébrés. Il est impliqué dans de nombreuses fonctions physiologiques (développement neuronal, fonction immunitaire, cardiovasculaire, régulation de l'appétit, fertilité, cognition, nociception, mémoire, sommeil, émotions…). Les récepteurs cannabinoïdes sont couplés aux protéines G (RCPG). Une grande majorité des médicaments et des extraits de plante (phytocannabinoïdes) se fixent aux RCPG. Les ligands produits par l'organisme les plus étudiés (endocannabinoïdes) sont l'anandamide et le 2-AG.

LE RÉCEPTEUR CB1

Le récepteur CB1 est présent en densité importante dans le système nerveux central et le système nerveux périphérique :

- récepteur couplé aux protéines G le plus exprimé dans le cerveau
- retrouvé de façon ubiquitaire dans tout le corps humain notamment dans les poumons, le foie, le cœur, les reins, le tissu adipeux, les os ou les yeux (ce qui explique qu'il soit impliqué dans des situations pathologiques comme la douleur, les troubles mentaux, l'épilepsie, le glaucome ou les troubles métaboliques).

Dans le SNC, l'activation du récepteur CB1 induit la diminution de la libération des neurotransmetteurs inhibiteurs ou excitateurs comme la sérotonine, le glutamate, le GABA, l'acétylcholine, la noradrénaline ou la dopamine.



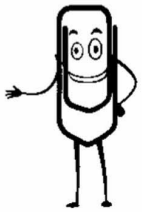
LE RÉCEPTEUR CB2

Le récepteur CB2 existe aussi dans le système nerveux central ou le système cardiovasculaire mais en plus faible densité que le récepteur CB1.

Il est plus spécifiquement retrouvé dans les cellules du système immunitaire, la rate, le système digestif ou les amygdales.

Dans le système immunitaire, l'activation du récepteur CB2 diminue la libération de substances pro-inflammatoires comme les cytokines et limite la migration des polynucléaires neutrophiles et des macrophages.

D'autres cibles appartenant à d'autres systèmes de signalisation peuvent être des récepteurs pour ces ligands endocannabinoïdes. C'est le cas du récepteur cannabinoïde putatif GPR55, des récepteurs canaux ioniques TRP et des récepteurs nucléaires impactant la transcription génomique.



THC

- est un agoniste partiel des récepteurs CB1 et CB2
- agit aussi sur d'autres cibles protéiques
  - inhibe des récepteurs sérotoninergiques 5-HT3
  - active des récepteurs à la glycine
- module les canaux ioniques thermo-sensibles TRP (TRPM8, TRPA1 ou TRPV2)
- inhibe des canaux calciques (Cav3).

CBD

- aurait une très faible affinité pour les récepteurs CB1 et CB2
- aurait un effet de modulation allostérique négative du récepteur CB1, donc une inhibition indirecte de l'activation de ce récepteur par ces agonistes
- serait un inhibiteur de la dégradation de l'anandamide par la FAAH
- pourrait aussi exercer une inhibition indirecte du récepteur CB1 dans le système nerveux central.
- présente une faible affinité pour le récepteur sérotoninergique 5-HT1A dont il est agoniste
- serait un ligand de très nombreux autres récepteurs impliqué dans la nociception, l'inflammation et la transcription de gènes.

- Plante « utile », médicinale et psychotrope d'emploi ancestral, cultivée depuis l'antiquité
- Cas rare de plante à usage alimentaire, technique et pharmacologique
- Plante psychotrope la plus consommée dans le monde et en France, origine de la production illicite
- Plante médicinale « émergente » en Occident, dans les situations palliatives, cannabinoïdes pouvant être des médicaments avec AMM, certaines proportions d'usagers illégaux pour des raisons médicales
- Statut réglementaire très hétérogène selon les pays

COMPOSITION CHIMIQUE

LES CANNABINOÏDES

Les inflorescences femelles contiennent des composés spécifiques de la plante, dénommés cannabinoïdes, uniques à cette espèce, porteurs des activités pharmacologiques et psychotropes.

Les deux cannabinoïdes majoritairement présents (le rapport entre leur concentration dépend de la variété du cannabis) sont le Δ^9-THC, responsable des effets enivrants et d'une partie des activités thérapeutiques de la plante, et le CBD qui n'est pas enivrant, et qui est décrit comme dépresseur du SNC, anxiolytique, modifiant le ressenti de l'intoxication. THC et CBD sont chacun proposés sous forme pure dans des médicament avec AMM.

Seule la teneur en THC est prise en compte pour déterminer la nature légale des variétés. Les variétés d'intérêt industriel autorisées à la culture en Europe doivent contenir moins de 0,2% de THC dans les pieds femelles (Règlement d'exécution (UE) N° 809/2014).

A ce jour en France, la teneur en THC doit être nulle dans les produits issus de la plante, autres que les médicaments.

LES AUTRES MOLECULES

Les inflorescences femelles contiennent également des composés volatils qui s'évaporent entre 100 et 200°C et qui sont responsables de l'odeur.

Ils constituent une huile essentielle que l'on peut extraire par hydrodistillation.

Ces composés peuvent contribuer à un « effet d'entourage » mis en avant par les malades utilisant la plante dans un but médicinal, d'ordre périphérique ou central.

EMPLOIS MÉDICAUX

Traditionnellement : le chanvre est employé en Inde et au Moyen-Orient, comme antalgique, narcotique et anti-inflammatoire, par voie orale (préparations lactées notamment) et par inhalation.

Pas d'emplois médicaux traditionnels importants dans l'histoire de l'Europe :

- Adopté dans les pharmacopées occidentales au XIXème siècle, notamment comme antalgique et antiépileptique (importation : Inde, Moyen-Orient)
- Préparations : extraits alcooliques administrés par voie orale
- Abandon en thérapeutique dans la première moitié du XXème siècle (causes : méconnaissance des principes actifs, difficulté de standardisation, variabilité des préparations, faible stabilité)
- Interdiction en raison de détournements et classement comme stupéfiant

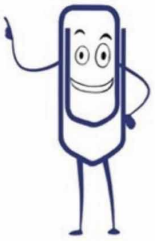
FORMES DE CANNABIS MEDICAL UTILISÉES DURANT L'EXPERIMENTATION EN FRANCE

L'expérimentation prévoit l'utilisation de médicaments stupéfiants : inflorescences, extraits bruts, de teneurs en THC/CBD et ratios THC/CBD différents.

Cet usage de la plante est toléré ou légalisé dans plusieurs pays dont une quinzaine de pays européens, dans des indications et des conditions variées. Le cannabis employé est sélectionné, généralement cultivé sous serre, exempt de graines.

Il fait l'objet de pratiques culturales et de contrôles de qualité similaires à ceux définis pour les plantes médicinales par l'Agence Européenne du Médicament et par la Pharmacopée Européenne. Le contrôle de ces produits n'est pas défini au niveau européen, mais une monographie décrivant la qualité du cannabis médical (inflorescences) est en préparation pour la Pharmacopée Européenne.

Un dosage des composés suivants est réalisé :
THCA, THC, CBDA, CBD.



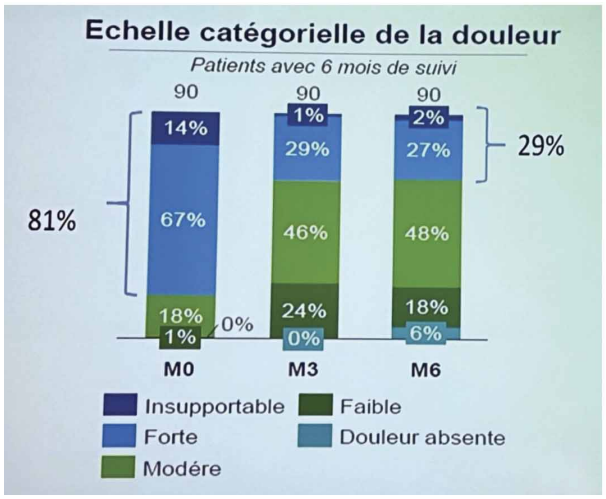
Extraits mis en forme dans l'huile pour une **administration orale**

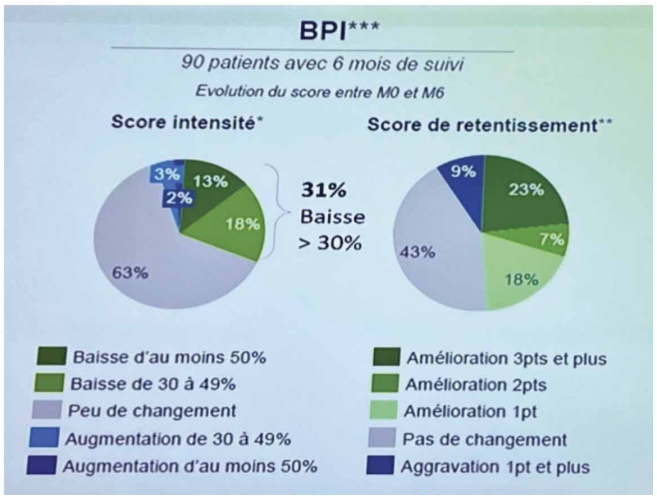
Ratio "CBD Dominant"	Solution orale à base d'huile de cannabis médical **50mg/ml de CBD** **(<0,2% de THC)** Disponible en flacons de 15ml et 50ml (pipette fournie)	Solution orale à base d'huile de cannabis médical **20mg/ml de CBD** **1mg/ml de THC** Disponible en flacons de 15 et 50ml (pipette fournie)
Ratio "Équilibré"	Solution orale à base d'huile de cannabis médical **10mg/ml de THC** **10mg/ml de CBD** Disponible en flacons de 25ml (pipette fournie)	Solution orale à base d'huile de cannabis médical **25mg/ml THC** **25mg/ml CBD** Disponible en flacons de 10ml et de 30ml (seringue fournie)
Ratio "THC Dominant"	Solution orale à base d'huile de cannabis médical **25mg/ml de THC** **< 0,5 mg/ml de CBD** Disponible en flacons de 25ml (pipette fournie)	Solution orale à base d'huile de cannabis médical **25mg/ml de THC** Disponible en flacons de 10ml et de 30ml (seringue fournie)

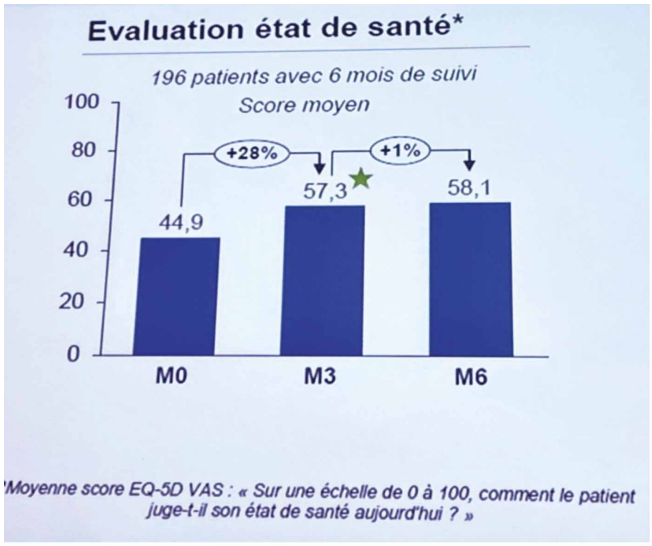
Ratio "CBD Dominant"	Fleurs de cannabis séchées **< 1% THC** **12% CBD** Disponible en flacon de 10gr
Ratio "Équilibré"	Fleurs de cannabis séchées **8% THC** **8% CBD** Disponible en flacon de 10gr
Ratio "THC Dominant"	Fleurs de cannabis séchées **20% THC** **1% CBD** Disponible en flacon de 10gr

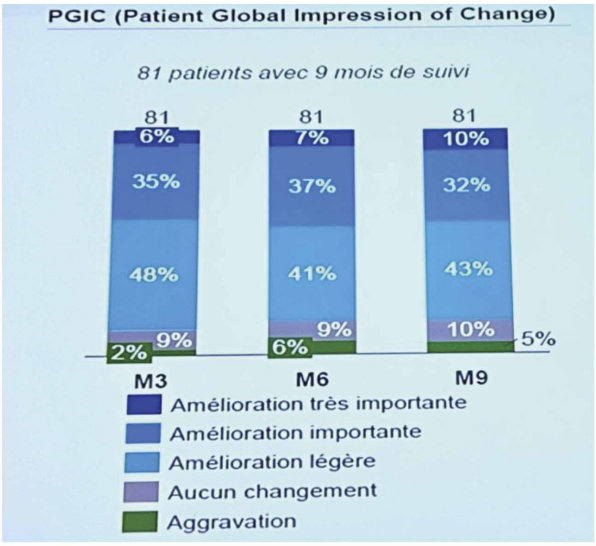
Rapport d'étape de l'expérimentation française - novembre 2022 [5]

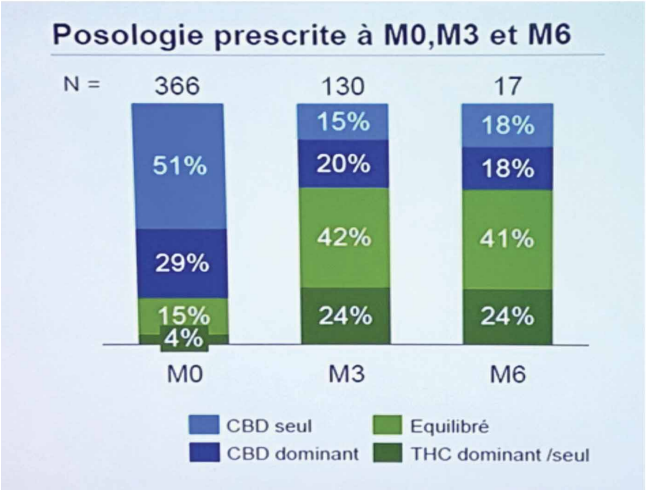
A la fin de l'année 2022, 287 centres avaient inclus plus de 2200 patients, dont près de 800 dans l'indication « douleur chronique rebelle ». 20 % des patients inclus étaient suivis en relais par un médecin généraliste désigné par le patient et 577 pharmaciens d'officine étaient formés à la délivrance des produits. Concernant l'efficacité, le bilan était positif tant concernant la réduction de l'intensité de la douleur que la satisfaction du patient. La douleur insupportable à forte passait de 81% avant traitement à 30% puis 29% après 3 et 6 mois de traitement. Une réduction de plus de 30% de l'intensité de la douleur au Brief Pain Inventory concernait 31% des patients. L'autoévaluation de l'état de santé par le patient sur une échelle numérique progressait de 28% au 3ème mois et persistait au 6ème mois. L'impression globale de changement du patient (PGIC) à 3, 6 et 9 mois était respectivement de 41, 44 et 42%. Les produits prescrits contenaient en majorité un taux équilibré ou dominant de THC au 3ème et 6ème mois. Les effets indésirables retrouvés les plus nombreux étaient à type de somnolence. Les déclarations à la pharmacovigilance n'ont pas été supérieurs à ceux escomptés. Aucun effet indésirable inattendu n'est survenu.











Quelles perspectives ?

D'autres pays ont un recul de prescription du cannabis à visée antalgique de plusieurs années. Il s'agit en particulier d'Israël, du Canada ou de l'Australie. Leur expérience nous permet aussi de témoigner de la faisabilité à grande échelle de cette prescription. Concernant le rapport bénéfice / risque, les données actuelles ne sont pas encore suffisantes pour aboutir à un consensus scientifique.[6] Des études supplémentaires sont nécessaires. Une étude australienne observationnelle récente rapporte sur 2762 patients une amélioration de la qualité de vie, une diminution de l'anxiété, de la dépression et de la douleur pendant les 3 premiers mois de suivi.[7]

La prolongation de l'expérimentation a été décidée par l'Assemblée Nationale en décembre 2022 afin de recueillir un plus grand nombre de données. Celle-ci devrait donc prendre fin en mars 2024. La faisabilité d'une telle prescription en France sera évaluée par l'Assemblée Nationale aidée par un nouveau rapport prévu 6 mois avant la fin de l'expérimentation. L'Assemblée décidera alors des suites à donner.[1]

Bibliographie

1. ANSM. Dossier thématique - Mise en place de l'expérimentation du cannabis à usage médical. ANSM. Accessed September 10, 2023. https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/cannabis-a-usage-medical/mise-en-place-de-lexperimentation-du-cannabis-medical

2. Attal N. Expérimentation de cannabis thérapeutique. *Toxicologie Analytique et Clinique*. 2022;34(3, Supplement):S84. doi:10.1016/j.toxac.2022.06.123

3. Di Marzo V, Piscitelli F. The Endocannabinoid System and its Modulation by Phytocannabinoids. *Neurotherapeutics*. 2015;12(4):692-698. doi:10.1007/s13311-015-0374-6

4. Campbell G, Stockings E, Nielsen S. Understanding the evidence for medical cannabis and cannabis-based medicines for the treatment of chronic non-cancer pain. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2019;269(1):135-144. doi:10.1007/s00406-018-0960-9

5. Authier N. Cannabinoïde et douleur : de l'expérimentation Française à l'expérimentation Canadienne - Mise au point. In: *Congrès National de la SFETD*. ; 2022.

6. Wang L, Hong PJ, May C, et al. Medical cannabis or cannabinoids for chronic non-cancer and cancer related pain: a systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *BMJ*. 2021;374:n1034. doi:10.1136/bmj.n1034

7. Tait MA, Costa DSJ, Campbell R, et al. Health-related quality of life in patients accessing medicinal cannabis in Australia: The QUEST initiative results of a 3-month follow-up observational study. *PLOS ONE*. 2023;18(9):e0290549. doi:10.1371/journal.pone.0290549

Les textes sont publiés sous la seule responsabilité des orateurs

Sommeil et douleur, comment les réconcilier dans la pratique.

Dr Christine CAZARD FILIETTE

Ancienne responsable Structure Douleurs chroniques (CH Gonesse)
Enseignante à l'institut français d'hypnose (IFH)

Depuis le siècle dernier, nous avons perdu au moins 1h30 de sommeil en 24h (BEH Mars 2019) et plus d'un tiers des Français, en particulier les femmes, dorment moins de 6 heures par nuit.

Pour la première fois, le temps de sommeil quotidien, sieste incluse, est inférieur aux 7 heures minimales recommandées.

Cette situation est très préjudiciable pour notre santé et l'impact de ce déficit de temps de sommeil n'est pas anodin.

Il favorise l'apparition ou l'aggravation d'états douloureux, perturbe la vigilance, la qualité de vie professionnelle et familiale, et augmente le risque d'accidents, en particulier au travail et au volant. En outre, il est associé à un risque plus élevé d'obésité, de diabète de type 2, d'hypertension artérielle, de maladies cardio-vasculaires et de cancers.

Evaluez votre qualité de sommeil avec le questionnaire d'Epworth sur la somnolence.

QUESTIONNAIRE SUR LA SOMNOLENCE ADAPTE A L'ADULTE

Voici quelques situations relativement usuelles, où nous vous demandons d'évaluer le risque de vous assoupir. Aussi, si vous n'avez pas été récemment dans l'une de ces situations, essayez d'imaginer comment cette situation pourrait vous affecter.

Utilisez l'échelle suivante en entourant le chiffre le plus approprié pour chaque situation :

0 = aucune chance de somnoler ou de s'endormir
1 = faible chance de s'endormir
2 = chance moyenne de s'endormir
3 = forte chance de s'endormir.

SITUATION	CHANCE DE S'ENDORMIR			
Assis en train de lire	**0**	**1**	**2**	**3**
En train de regarder la télévision	**0**	**1**	**2**	**3**
Assis inactif dans un lieu public (cinéma, théâtre, réunion)	**0**	**1**	**2**	**3**
Comme passager d'une voiture (ou transport en commun) roulant sans arrêt pendant une heure	**0**	**1**	**2**	**3**
Allongé l'après-midi lorsque les circonstances le permettent	**0**	**1**	**2**	**3**
Etant assis en parlant avec quelqu'un	**0**	**1**	**2**	**3**
Assis au calme après un déjeuner sans alcool	**0**	**1**	**2**	**3**
Dans une voiture immobilisée depuis quelques minutes.	**0**	**1**	**2**	**3**

SCORE FINAL

En dessous de 8 : vous n'avez pas de dette de sommeil,
De 9 à 14 : vous avez un déficit de sommeil, revoyez vos habitudes,
Si le total est supérieur à 15 : vous présentez des signes de somnolence diurne excessive.
Consultez votre médecin pour déterminer si vous êtes atteint d'un trouble du sommeil. Si non, pensez à changez vos habitudes.

Le sommeil joue un rôle capital dans la gestion de la douleur.

En effet, plus de 60 % de patients douloureux chroniques se plaignent de troubles du sommeil, notamment d'insomnie et de réveils nocturnes.

Réciproquement, un sommeil de mauvaise qualité ou insuffisant peut augmenter la sensibilité à la douleur, contribuer au développement ultérieur d'une douleur ou intensifier une douleur préexistante.

L'anxiété et la dépression font partie des causes les plus fréquentes d'insomnie et concernent la moitié des patients douloureux chroniques.

Des maladies spécifiques du sommeil comme, par exemple, le syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS) et le syndrome des jambes sans repos (SJSR) peuvent aggraver un état douloureux.

Il est donc capital de permettre à nos patients douloureux de connaitre l'architecture de leur sommeil, d'identifier leur propre rythme de façon à gérer au mieux leurs cycles sommeil /veille.

Ainsi, chez ces patients, l'évaluation précoce des troubles du sommeil permet d'éviter le cercle vicieux de la douleur chronique, de mettre en place des stratégies efficaces favorisant l'antalgie et ainsi la qualité de vie

De plus, en complément des traitements pharmacologiques et non médicamenteux spécifiques des troubles du sommeil et de la douleur, voici les dix règles d'or d'un bon sommeil :

- Repérer le moment où les signes du sommeil surviennent sans y résister et se préparer à aller se coucher.
- Se lever et se coucher le plus souvent possible tous les jours à la même heure, même les jours de repos et le week-end.
- Eviter les dîners trop lourds, épicés, riches en graisses et en protéines.
- Créer un environnement calme et apaisant propice au sommeil : literie et chambre propres et aérées, obscurité, température entre 18 et 20°C.
- Eviter le tabac, l'alcool et les boissons excitantes le soir.
- Eteindre tout type d'écrans au moins 1 heure avant de s'endormir.
- Eviter toute source de bruits dans la chambre comme le téléphone, la tablette, la télévision.
- Pratiquer une activité physique régulière la journée, entre 30 minutes à 1 heure par jour, en s'arrêtant au moins 2 heures avant le coucher.
- Privilégier les rituels du coucher : douche tiède ou fraîche, infusion, lecture, relaxation, pieds au chaud…..
- S'exposer à la lumière naturelle le matin pour favoriser la synchronisation de son horloge interne.

Bibliographie :

Bastuji H. (2008) : « Sommeil et douleur : données physiologiques chez l'homme ». Médecine du sommeil, juin 2008, vol.5, n°16, p.5-9

Boulanger A., Lavigne G. et Moscovitch A. (2011) : « Douleur chronique et troubles du sommeil : comprendre et traiter ces problèmes de santé apparentés ». Rogers, Toronto.

Cazard-Filiette C., Wood C. et Bioy A. (2016) : Vaincre la douleur par l'hypnose et l'auto-hypnose. Vigot, Paris

Cazard-Filiette C. (2021) : Sommeil et Douleur, Bien dormir pour guérir. Vigot, Paris.

Racine M. et Choinière M. (2011) : « Les troubles du sommeil chez les patients souffrant de douleur chronique ». Le Clinicien, vol.26, n°4, p. 45-48

Les textes sont publiés sous la seule responsabilité des orateurs

Les traitements non médicamenteux et nouvelles technologies. Quel éventail ?

Pr Éric Serra, Amiens
Psychiatre et Médecin de la douleur Professeur des Universités associé en Médecine de la douleur,
Université de Picardie Jules Verne Amiens
Chef de service, CETD, CHU Amiens

Introduction - Les traitements non médicamenteux ou interventions non médicamenteuses sont l'objet d'une attention croissante en matière de santé. Les citoyens expriment une satisfaction à leur utilisation mais leur prêtent parfois des possibilités trop élargies. Les professionnels de santé se partagent entre un usage raisonné, en médecine intégrative, et une suspicion, favorisée par la méconnaissance. Quant aux pouvoirs publics, ils balancent entre, d'une part, une facilitation de l'usage des interventions non médicamenteuses, dans le souci d'une autonomisation des citoyens mais aussi d'une moindre consommation des médicaments, et, d'autre part, une méfiance quant à de possibles dérives.

Seront présentés quelques-uns des traitements non médicamenteux les plus utilisés et les mieux validés, en matière de Médecine de la douleur ou Algologie. Seront abordés les sujets de controverse : validation scientifique, formation aux traitements non médicamenteux, professionnalisation de ces pratiques, aspect économique, risque de dérives.

1 - Les traitements à visée corporelle comportent la physiothérapie, pratiquée en France par les kinésithérapeutes. Ces professionnels de santé utilisent des techniques à visée antalgique : massages, application de chaleur, électrothérapie, mobilisation passive puis active.

La seconde stratégie thérapeutique corporelle de référence est l'activité physique adaptée APA. C'est une pratique thérapeutique extrêmement valorisée ces derniers temps. Elle se révèle aidante dans la gestion de la douleur chronique. Elle se révèle efficace comme traitement de la fatigue, habituellement associée à la douleur chronique. Elle constitue une stratégie en autonomie, de prévention, de recherche de bonne santé, particulièrement promue par l'assurance maladie. La délicatesse de sa mise en œuvre sera présentée, en la distinguant des messages « bougez-vous », « marchez 7000 pas », « faites du sport ».

C'est dans ce chapitre que l'on évoque la médecine traditionnelle chinoise. Elle s'exprime dans une finalité antalgique à travers l'acupuncture ou le taï chi.

Des méthodes de stimulation et notamment la neurostimulation transcutanée ou TENS seront évoquées. Elles sont, pour certaines, l'apanage des structures douleurs chroniques SDC.

2 - Les traitements à visée psycho-corporelle prennent leur origine dans la pratique de l'hypnose. Cette technique connaît un nouvel engouement depuis quelques années en France. Son efficacité dans bon nombre de situations douloureuses devrait la rendre obligatoire d'enseignement pour les professions de santé comme les médecins et les infirmiers. On évoquera également la relaxation, initialement développée comme autohypnose.

3 - Les traitements psycho-comportementaux renvoient à l'ensemble des psychothérapies. En France, derrière la référence historique de la psychanalyse, se développe un courant, le plus performant en algologie dans les autres pays, l'approche cognitive et comportementale.

Plus encore que les psychothérapies qui exigent le recours à des psychothérapeutes professionnels, c'est l'intégration dans les pratiques soignantes des procédures psycho-comportementales qui nous intéressera. Cela se retrouve dans les notions de soutien au patient, de relation d'aide, de psychothérapie du praticien, d'alliance thérapeutique, d'apprentissage des comportements de bonne santé. Elles seront particulièrement développées.

4 - Les traitements socio-éducatifs renvoient d'abord au contexte sanitaire, réglementaire, qui reste favorable en France. On y retrouve la solidarité nationale de l'assurance maladie. Une solidarité qui ne s'assume pas assez dans le domaine des traitements non médicamenteux dont certains sont pourtant validés. Cette validation se retrouve à travers des recommandations scientifiques comme les recommandations 2020 de la SFETD dans la prise en charge de douleurs par mécanisme neuropathique ou bien encore dans les recommandations 2019 de la Haute autorité de santé à propos de la lombalgie.

Evoquons l'éducation thérapeutique du patient, la prise en charge en groupe, les associations d'usagers, les réseaux sociaux, l'art-thérapie, la médiation animale, la réinsertion professionnelle et enfin le développement des thérapeutiques digitales qui sert toutes les procédures évoquées.

Un accent sera placé sur l'intérêt des nouvelles technologies. On prendra les exemples, pour certains déjà quotidiens, des applications pour smartphone, de la réalité virtuelle, de la robotique, des évaluations écologiques momentanées, du développement de l'intelligence artificielle dans la reconnaissance émotionnelle et donc la prévision d'accès douloureux, des processus intégrés de prise en charge de douleurs comme dans l'endométriose.

Conclusion – Les nouvelles technologies renforcent l'efficacité des traitements et favorisent l'autonomie du patient dans un usage intégratif des traitements médicamenteux et non médicamenteux. Toutes ces procédures doivent faire l'objet de validation, de professionnalisation, de formation rigoureuses. S'y emploient les sociétés savantes comme le CUMIC, le CNET, le CNMD, la NPIS et bien sûr la SFETD.

Références :

1 Elies C, Serra E. Réalité virtuelle et santé des personnes âgées institutionnalisées. Vers un EHPAD 2.0? *Pratiques psychologiques*, 2022 https://doi.org/10.1016/j.prps.2022.01.004

2 Farelly S, Rollin N, Zid S, Tarpin P, Serra E. Usage des thérapies non médicamenteuses en consultation de la douleur. Etude rétrospective dans les courriers médicaux de 402 dossiers consécutifs d'une structure douleur chronique. *Douleurs*, 2022, https://doi.org/10.1016/ j.douler.2022.01.004

3 Bretagne E, Fonséca das Neves J, Serra E. Robotique humanoïde et traitement de la douleur. *ISTE OpenScience*, 2022.

Les textes sont publiés sous la seule responsabilité des orateurs

FOCUS SUR LES DOULEURS PELVIENNES CHRONIQUES DE LA FEMME

Dr C.BAUDE
Anesthésiste, algologue, algie pelvienne
Membre fondateur de Convergences PP
Enseignant DU et Capacité douleur

C. ROUX
Masseur-Kinésithérapeute D.E
Praticienne en hypnose
Spécialisée en douleurs pelvi-périnéales

C. TALLET
Sage-femme et ostéopathe DIU
Prise en charge endométriose et adénomyose
Chronique Présidente de l'association Périnée Bien-Aimé
Medipole Lyon Villeurbanne

Les *douleurs pelviennes chroniques* (DPC) sont un motif fréquent de consultations médicales et gynécologiques. Parmi les causes des DPC, l'endométriose occupe une place importante en raison de sa fréquence, de l'intensité des symptômes et des implications potentiellement graves qu'elle peut entraîner dans la vie d'une femme. La prévalence de l'endométriose dans les douleurs pelviennes chroniques est estimée à 33% et varie de 2 à 74% selon les études. Concernant une étude récente sur 10 229 femmes réglées, la prévalence de la dysménorrhée variait de 62,3 % chez les plus jeunes jusqu'à 36,4 % chez les plus âgées ; celle des douleurs pelviennes chroniques autres s'étendait de 11,3 % chez les plus âgées à 19,4 % chez les 30–34 ans.

Ces patientes ont souvent un parcours médical difficile avec un délai moyen du diagnostic de 6,7 ans avec une diminution significative de la qualité de vie ainsi qu'à une baisse de productivité au travail.

LES DIFFERENTES COMPOSANTES

La composante neuropathique

Maintenant bien connue, la composante neuropathique d'une douleur chronique est systématiquement recherchée avec l'aide du questionnaire DN4.
On peut distinguer plusieurs grandes étiologies cliniques pouvant cohabiter :
- Les ***syndromes canalaires*** (neuropathies de compression) : la névralgie pudendale (critères diagnostiques de Nantes), clunéale, obturatrice…
- Les ***neuropathies d'étirement*** (constipation chronique, toux chronique, obésité, macrosomie fœtale, prolapsus)
- Les neuropathies métaboliques (diabète), iatrogènes (post chirurgie ou radiothérapie ou chimiothérapie), toxiques (alcool)…

La composante musculaire

Richement musclée, la région pelvi-périnéale va réagir à sa manière à une stimulation douloureuse. Les contractures musculaires sont fréquentes voir constantes dans les douleurs pelvi-périnéales. La plupart des protagonistes (psoas iliaque, piriforme, obturateur interne, moyen fessier, transverse profond du périnée, releveur de l'anus) sont accessibles par l'examen clinique externe. Ces informations sont importantes pour guider le travail du kinésithérapeute.

La composante neurovégétative

Parfois au premier plan de la gêne fonctionnelle du patient, les signes cliniques d'irritation neurovégétative sont très polymorphes. Appelés syndrome de la vessie irritable ou douloureuse, syndrome d'hyper activation sexuelle, prostatite chronique à urines claires, un score clinique permet de les identifier en consultation : le score d'hypersensibilisation pelvi-périnéale de Convergences. Tous ces syndromes sont souvent associés avec prédominance de l'un ou de l'autre.

La composante rachidienne / osseuse (coccyx, sacrum)

Proches voisins du périnée, le rachis lombo-sacré et le coccyx peuvent être la cause de douleurs projetées sur les structures pelvi-périnéales. On commencera par interroger sur l'existence de traumatismes coccygiens (chute récente sur les fesses) ou obstétricaux chez les femmes (instrumentation, accouchement long) mais aussi sur la présence de troubles de la statique rachidienne ou des antécédents de lombo-radiculalgies.

D'abord les douleurs rachidiennes projetées : on citera le ***syndrome de Maigne*** avec notamment la projection au niveau du pli inguinal, les irradiations pelvi-périnéales des ***nerfs ilio-inguinal, génito-fémoral, ilio-hypogastrique***. La notion de chevauchement des territoires est également importante à prendre en compte.

Enfin des douleurs rachidiennes ou coccygiennes peuvent entretenir des contractures musculaires pelvi-périnéales.

La notion d'hypersensibilisation : l'endométriose

De plus en plus dépistée et diagnostiquée, l'endométriose présente un modèle physiopathologique de la douleur intéressante reposant sur un tryptique : douleur par excès de nociception, douleur neuropathique et hypersensibilisation loco-régionale. Cette dernière caractéristique est bien souvent problématique mais importante à connaitre pour expliquer la symptomatologie de l'endométriose. Ceci explique la discordance entre interrogatoire, examen clinique et explorations complémentaires, que ce soit pour des symptômes douloureux ou de dysfonction d'organe. La localisation des lésions d'endométriose peut expliquer certaines douleurs (exemple de la scapulalgie droite pour une atteinte sous diaphragmatique)

Composante psycho-émotionnelle

La douleur pelvi-périnéale est associée à une majoration de l'incidence de l'anxiété et de la dépression. Elle s'intègre parfaitement dans le modèle bio-psycho-social de la douleur chronique nécessitant une prise en charge globale et pluridisciplinaire.

L'impact sur la qualité de vie est majeur et d'autant plus source de souffrance que la localisation est intime. De plus certains symptômes comme la pollakiurie ou l'impossibilité de maintenir une position assise de manière prolongée retentissent sur la vie sociale, familiale et professionnelle

Enfin la notion d'antécédents traumatiques physique psychologique ou sexuels se posera, dans un contexte actuel de libération de la parole des victimes.

LES BASES DE LA PRISE EN CHARGE

Il y a des consensus thérapeutiques concernant en particulier la névralgie pudendale avec le traitement médical neuropathique, l'infiltration test et la chirurgie. Ce consensus récent fait une place importante également à des thérapies non médicamenteuses comme la kinésithérapie spécialisée et l'électrothérapie antalgique.

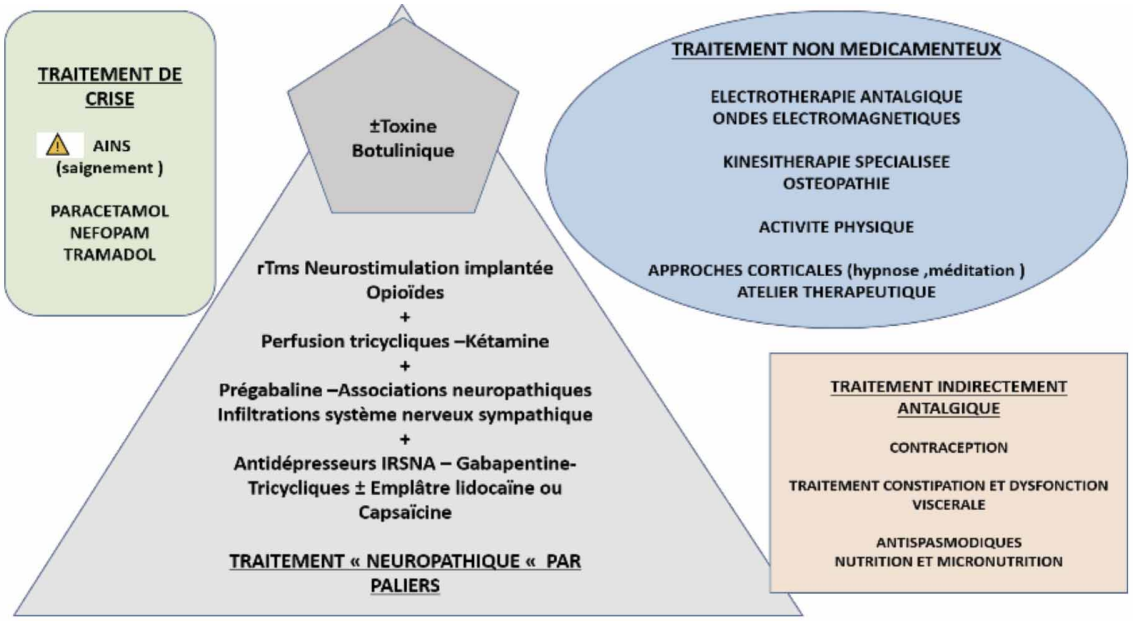
En effet il existe de nombreux moyens thérapeutiques (traitements médicaux, bloc analgésique et perfusions antalgiques) mais aussi de nombreux moyens thérapeutiques non médicamenteux (électrothérapie antalgique et autres ondes thérapeutiques, prise en charge en kinésithérapie spécialisée, ostéopathie et éducation).

L'intérêt de cette thérapeutique s'appuie sur le fait que le syndrome myofascial est la pierre angulaire des algies pelviennes chroniques. La prise en charge kinésithérapique est fondamentale incontournable à tous les paliers deux prise en charge de la névralgie pudendale mais également des algies pelviennes chroniques par hypersensibilisation comme la vessie douloureuse et l'endométriose. L'ostéopathie est complémentaire associée à la prise en charge kinésithérapique spécialisée. Le rôle éducatif de ces thérapeutes est important pour que le patient rentre dans une logique de faites le vous-même.

Il y a également un rôle positif des ondes électromagnétiques focales.

La dimension sexologique des algies pelviennes chroniques est importante et doit être entendu et prise en compte.

Voici l'exemple de la prise en charge de la douleur de l'endométriose :



Le rôle associatif dans l'aide aux patients douloureux pelvien chronique se développe actuellement avec des associations et l'aide des réseaux sociaux.

Il est important de faire connaître tous ses moyens non médicamenteux et de faire partager notre expérience d'équipe dans notre type de fonctionnement pluridisciplinaire médicamenteux mais associés de façon importante à une approche non médicamenteuse.

Les textes sont publiés sous la seule responsabilité des orateurs

Microbiote et douleur

Dr Nathalie VERGNOLLE

Directrice de Recherche-INSERM

Directrice de l'institut de Recherche en Santé Digestive (IRSD)

Toulouse

Pierre Tajfel, Président de l'ass. « La Douleur et le Patient douloureux »

En dehors de douleurs d'origine intestinale, la relation entre la flore intestinale et la sensation « douleur » non viscérale fait l'objet de plus en plus de publications, alors qu'à priori les mécanismes de la nociception sont du domaine de « l'appareil neurologique » et le microbiote fait partie de « l'appareil digestif » ; chacun d'eux étant bien cloisonné dans son territoire. Certaines questions viennent à l'esprit :

- Quelle relation existe entre le microbiote intestinal et la douleur ?
- Quel est l'impact du stress sur le microbiote et par là sur la perception de la douleur ?
- Le microbiote joue-t-il un rôle sur la dépression et l'anxiété qui sont associés aux douleurs chroniques ?
- C'est quoi « l'axe intestin-cerveau » ? A-t-il un rôle dans la modulation de la douleur ?
- Agit-il aussi en sens inverse, Cerveau-intestin ?
- Certains termes méritent d'être expliqués : l'homéostasie, dysbiose, protéases, probiotiques…

Pour nous éclairer et actualiser nos connaissances sur ce sujet :

Nathalie Vergnolle, PhD, directrice de recherche fondamentale à l'INSERM (UMR1220), « Pathophysiologie de l'épithélium intestinal » à Toulouse. Elle est aussi depuis le 1er janvier 2016 à la tête de l'Institut de Recherche en Santé Digestive, responsable de l'équipe «Gut Protease Signals » est très attachée à valoriser la recherche française et toulousaine, **Nathalie Vergnolle** est titulaire de nombreux prix et distinctions scientifiques nationaux et internationaux.

Son moteur : *« L'intestin est un organe extraordinaire. Il contient quantité de neurones, de récepteurs. Il est notre deuxième cerveau, en connexion directe avec le premier. De plus, il renferme des milliards de bactéries dont on connaît mal le rôle. On n'a pas fini d'en percer les mystères ».*

« Le rôle du microbiote dans les troubles neurologiques incluant la douleur chronique attire de plus en plus l'attention de la recherche. En effet, le microbiote intestinal est un élément régulateur majeur de la douleur viscérale, mais de nombreuses études suggèrent aujourd'hui que ce microbiote joue un rôle critique dans d'autres types de douleurs chroniques (douleur inflammatoire, neuropathique, migraines). Les éléments moléculaires et les cibles cellulaires des produits du microbiote qui interfèrent avec les voies de la douleur sont intéressant à connaitre. En particulier,

le rôle de ces médiateurs sur l'excitabilité directe des afférences nerveuses primaires, ou indirecte par l'intermédiaire de l'activation des cellules gliales. Existe-t-il des effets régulateurs du microbiote sur les voies de la douleur au niveau du système nerveux central et périphérique ? Existe-t-il des possibles approches thérapeutiques pour le contrôle de la douleur, en considérant pour cible le microbiote et la glie ».

L'inflammation constitue le premier et principal élément de réponse du corps en réaction à une agression. Elle est caractérisée par une série d'événements vasculaires et cellulaires ainsi qu'une réponse sensorielle : la douleur. L'intérêt général de la recherche est de comprendre les mécanismes qui régissent les processus inflammatoires et douloureux. Il existe d'une part des processus vasculaires et d'expression des médiateurs cellulaires de l'inflammation ; et d'autre part la perception de la douleur liée à la conduction nerveuse responsable d'hyperalgésie. Les protéases (enzymes qui participent à la digestion au niveau de la lumière intestinale), dont la dérégulation est impliquée dans plusieurs maladies intestinales invalidantes, peuvent avoir un rôle dans l'inflammation et la douleur (Syndrome de l'Intestin Irritable (SII), la maladie de Crohn, la Rectocolite Hémorragique), dans lesquelles ces enzymes semblent beaucoup plus nombreuses. Le tissu épithélial qui tapisse l'intérieur de l'intestin est capable de sécréter lui-même ses propres protéases, ainsi que leurs inhibiteurs. La trypsine-3 est surexprimée par la muqueuse intestinale des sujets atteints de SII. Elle a un rôle dans l'augmentation de la perméabilité intestinale et agit comme un neurotransmetteur. En conséquence, la trypsine-3 est impliquée dans l'activation de l'inflammation locale, mais aussi dans les symptômes douloureux et les ballonnements associés à cette maladie.

Les protéases se lient à des récepteurs spécifiques (Proteinase-activated receptors: PARs) impliqués dans le déclenchement et le maintien de la réponse inflammatoire et la transmission de la douleur. Des recherches portent sur des modèles qui reproduisent des pathologies humaines telles que les maladies inflammatoires de l'intestin, l'arthrite ou les neuropathies, afin de définir l'action des protéases et de leurs récepteurs dans différentes pathologies. Le but ultime est d'identifier de nouvelles cibles thérapeutiques utiles dans les traitements de l'inflammation et de la douleur pour faire délivrer une protéine par les bactéries de l'alimentation pour les soins des malades.

Les biologistes ont déjà franchi une première étape considérable dans ce sens : d'une part, ils ont modifié génétiquement des bactéries alimentaires utilisées dans les produits laitiers pour qu'elles produisent une protéine anti-inflammatoire de l'intestin humain, L'ELAFINE ; d'autre part, ils ont montré que ces bactéries diminuent les symptômes sur des souris et des lignées de cellules intestinales humaines en culture. Quant aux bactéries lactiques, elles sont couramment utilisées dans des yaourts et des fromages sans effet secondaire observé. »

Les textes sont publiés sous la seule responsabilité des orateurs

Comment mieux soulager la douleur d'origine cancéreuse ?

Dr Laurent LABREZE

Médecin Algologue au Centre de Lutte Contre le Cancer,
Institut Bergonié Bordeaux

La prise en charge de la douleur en oncologie est un enjeu crucial pour améliorer la qualité de vie des patients atteints de cancer.
On estime à 120000-130000 le nombre de patients permanents qui souffrent, dont la plupart avec des intensités importantes. L'augmentation du nombre de cancers est corrélée à l'augmentation du nombre de douloureux, confronté à la baisse du nombre des équipes spécialisée.
Les équipes médicales spécialisées dans cette prise en charge totalisent environ 50 Equivalents Temps Plein, pour plus de 400000 nouveaux cancers par ans, avec une prévalence de la douleur de près de 60% …

La prise en compte des douleurs.
Trop souvent, la réaction faces aux douleurs est la négligence. « C'est normal », « serrez les dents », « ca va passer ».
Il ne peut pas y avoir de banalisation de la douleur en cancérologie !
Ces douleurs particulières sont caractérisées par

1. Une Intensité élevée
2. L'absence de relation entre l'intensité et l'importance d'une lésion
3. Des localisations douloureuses multiples
4. Une évolution rapide, possiblement en jour voire en heure
5. Un retentissement psycho-social précoce
6. Des accès douloureux paroxystiques, destructeurs si non traités
7. Une composantes neuropathiques associée fréquente

L'Evaluation
Ces douleurs sont complexes et souvent multifactorielles. L'évaluation doit être précise et ordonnée. Un temps minimum doit y être alloué. L'interrogatoire est primordial. Les examens complémentaires ne sont pas toujours nécessaires, sauf pour obtenir une cible de geste (radiologie interventionnelle par exemple).
L'intérêt du patient doit passer avant l'intérêt du médecin.

Le soulagement
La réponse doit être rapide, adaptée et proportionnelle à l'intensité et au désarroi, d'autant plus que l'intensité est sévère. Le recours aux opioïdes est souvent nécessaire. Leur efficacité dépend

de leur titration et de leur tolérance. La réévaluation doit être systématiquement précoce, au téléphone si il le faut.
Les patient(e)s doivent pouvoir accéder à un panier minimal de soins de support avec : la prise en charge diététique et nutritionnelle, psychologique et la prise en charge sociale, familiale et professionnelle, et cinq complémentaires: l'activité physique, les conseils d'hygiène de vie, le soutien psychologique des proches et aidants des personnes atteintes de cancer, le soutien à la mise en œuvre de la préservation de la fertilité, la prise en charge des troubles de la sexualité , l'hypno-analgésie et l'analgésie intrathécale

L'isolement
Tout comme le patient, le médecin en particulier traitant, ne doit pas rester isolé. La pluridisciplinarité est nécessaire. L'approche en équipe est souvent bénéfique, tout comme la multidisciplinarité. Ne pas hésiter à demander l'aide d'une consultation douleur de territoire ou d'un centre douleur. Les procédures coupe-fils permettent très souvent des délais de rendez-vous compatibles avec l'urgence des situations.

Accès aux traitements
Le maillage territorial ne permet pas encore l'accès permanent, juste, rapide et facile à toutes les techniques de prise en charge. Mais les améliorations sont perceptibles d'année en année avec la mise en route de réseaux régionaux, comme pour les pompes intrathécales.
La radiologie interventionnelle avec les techniques de cryothérapies, de radiofréquences et de cimentoplasties, parfois combinées, ont permis des avancées majeures dans les douleurs rebelles. De même les équipes d'anesthésiologie permettent très rapidement de casser une dynamique douloureuse. Il faut que les patients, où qu'ils soient, puissent y accéder.

Formation des professionnels
Ces réflexions reviennent à former correctement les professionnels de santé, pour chacun puisse proposer ou orienter rapidement vers des solutions régionales. La formation doit être continue puisqu'on met en route régulièrement de nouveaux protocoles, par exemple avec la Kétamine, la Méthadone ou les Cannabinoides.
Le problème se pose souvent en HAD par exemple, avec des patients palliatifs à domicile et des mises en route thérapeutique ou des surveillances déconnectées des possibilités d'efficacité : PCA trop faible, peur d'augmentation des doses, refus de surveiller des pompes IT, etc.

Education des patients
Les patients doivent être informés sur la prise en charge de la douleur en oncologie et sur les différentes options de traitement disponibles, afin de pouvoir prendre des décisions éclairées et de participer activement à leur propre prise en charge
La participation des patients ainsi que de leurs proches à la prise en charge est une étape fondamentale du processus de prise en soins. Cela permet d'améliorer l'observance des traitements, de diminuer les troubles de l'usage et d'enclencher une positivité de la situation.

En résumé, Il ne peut pas y avoir de banalisation de la douleur en cancérologie.
Une prise en charge efficace de la douleur en oncologie nécessite une approche globale, incluant une évaluation régulière, une formation des professionnels de santé, l'utilisation de protocoles de traitement, une approche multidisciplinaire et multimodale, un accès rapide aux traitements et techniques et une éducation des patients.
Au-delà de la problématique du soin, la pyramide des âges des algologues laisse présager une crise d'ici 10 ans. L'abandon des « plans douleurs » témoigne encore du délaissement politique de ces situations, malgré toutes les prises de position face à un micro.
La mauvaise prise en charge de la douleur chronique, dans son ensemble, en France, est estimée à 1,5 milliard d'euros par an.

Les textes sont publiés sous la seule responsabilité des orateurs

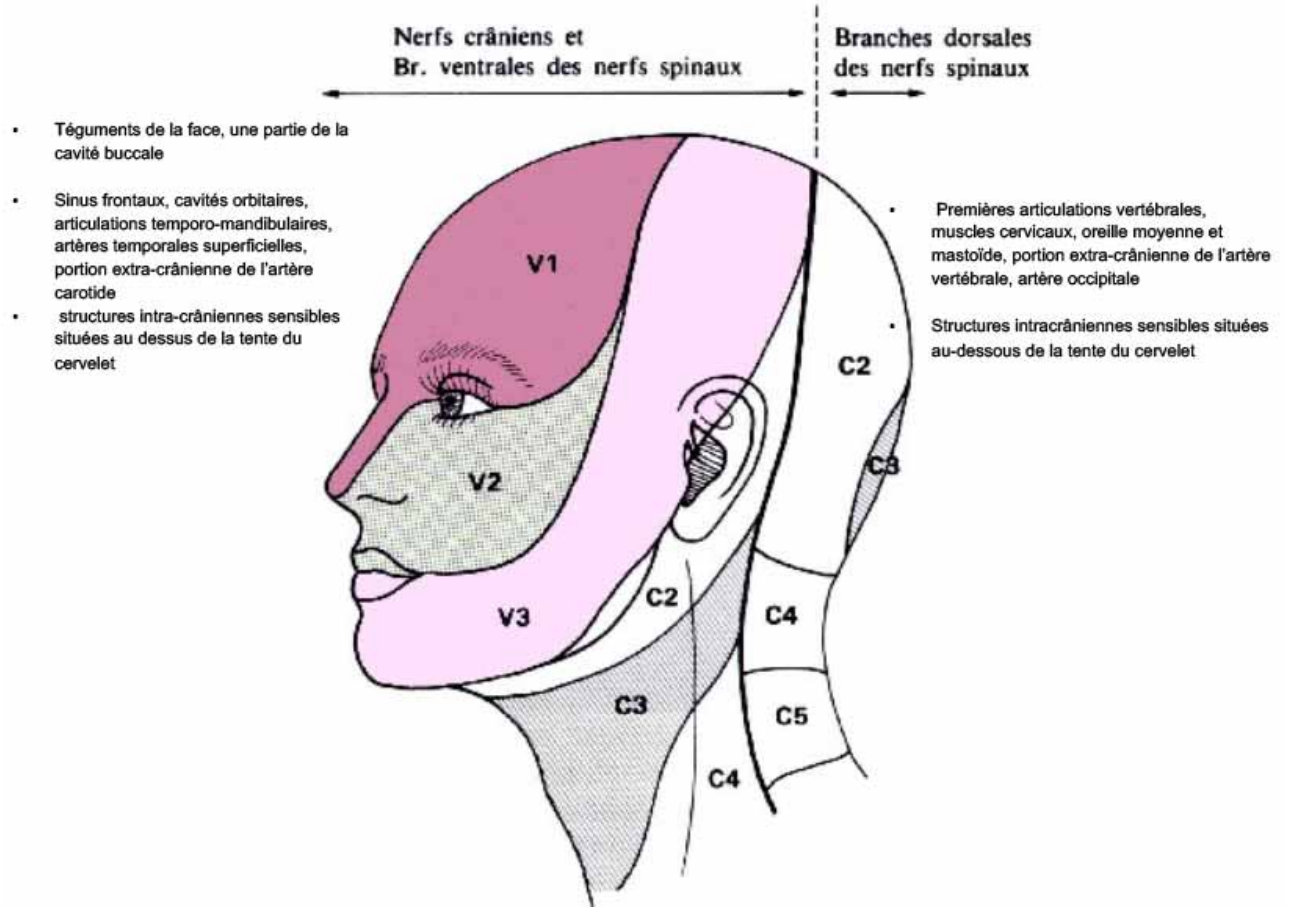
Migraines et céphalées : les nouvelles approches

Dr Evelyne GUEGAN-MASSARDIER

Neurologue Unité neuro- Vasculaire et consultation de céphalées
Rouen

En introduction de cette présentation quelques définitions et bases physiopathologiques pour mieux comprendre les céphalées.
Une céphalée est définie par une douleur siégeant au niveau de la tête, elle peut concerner l'ensemble de la tête ou être plus localisée, uni ou bilatérale, antérieure ou postérieure, voire siéger au niveau de la face.
L'extrémité céphalique est très richement innervée, principalement par les nerfs trijumeaux (ou V ème paire crânienne) et les premières racines cervicales (C, racines nerveuses cervicales). Ce sont ces nerfs ou les structures anatomiques impliquées dans la nociception qui sont à l'origine de la douleur. L'atteinte de nombreuses structures crânio-faciales peut être source de céphalées.

Pour comprendre
Innervation sensitive de l'extrémité céphalique



V1, 2 et 3 : première, deuxième et troisième branches du nerf trijumeau
C 2, 3, 4, 5 : deuxième à cinquième racines rachidiennes cervicales (= nerfs spinaux)

Une céphalée peut être liée à trois principaux mécanismes :

- Une stimulation nociceptive liée à l'atteinte d'une des structures innervées par le nerf trijumeau ou une des branches des racines cervicales (exemples : fracture du crâne, inflammation des méninges par une méningite, sinusite aigüe, glaucome…)
- Un dysfonctionnement d'un des éléments impliqué dans la nociception (exemples : migraine, algie vasculaire de la face…)
- Une douleur projetée en rapport avec la convergence de plusieurs nerfs sensitifs (exemple : douleur rétro-orbitaire en cas de dissection artérielle touchant l'artère carotide interne cervicale)

L'analyse sémiologique de la céphalée s'attachant à recueillir les caractéristiques de la douleur (mode d'installation, ancienneté, siège, se manifestant par crise ou continuelle…), la présence de signes associés (photophobie, nausées, vomissements…) et le contexte de survenue (fièvre, traumatisme crânien récent, grossesse en cours…) ainsi que l'examen clinique sont les premières étapes indispensables de la consultation.

La classification internationale des céphalées définit les caractéristiques de l'ensemble des céphalées répertoriées (1). Elles sont classées en 2 principales catégories : primaires et secondaires. Très schématiquement les céphalées secondaires sont liées à une pathologie sous-jacente, nécessitant parfois une prise en charge en urgence (exemples : hémorragie cérébrale, hypertension intracrânienne…), les céphalées primaires sont en revanche le plus souvent liée à un dysfonctionnement des structures impliquées dans la nociception. Les céphalées primaires sont beaucoup plus fréquentes, elles ne constituent pas une urgence vitale mais peuvent entrainer une altération significative de la qualité de vie et nécessitent des soins appropriés.

MIGRAINE : quelle prise en charge en 2023

La migraine est une des céphalées primaires les plus fréquente. Elle touche plus de 12% de la population générale.

La migraine est une maladie, elle se manifeste classiquement par des crises de céphalées accompagnées d'une intolérance à la lumière et de nausées. Certains patients peuvent de plus éprouver des troubles visuels ou sensitifs transitoires, généralement en début de crise, en leur présence on parle de migraine avec aura. Le diagnostic de migraine repose sur des critères cliniques précis détaillés dans les tableaux ci-dessous.

Migraine sans aura : critères de diagnostic

- ≥ 5 crises :
  - Durée 4 à 72 heures (sans traitement)
  - ≥ 2 des caractéristiques suivantes
    - Unilatérale
    - Pulsatile
    - Modérée ou sévère
    - Aggravation par les activités physiques de routine (montée ou descente d'escaliers)
  - ≥ 1 signe associé :
    - Nausée et/ou vomissement
    - Photophobie et phonophobie
  - Examen clinique normal

IHS Classification ICHD-3

Migraine avec aura : critères de diagnostic

- ≥ 2 crises
- ≥ 3 des 4 caractéristiques suivantes :
  - Un ou plusieurs symptômes de l'aura totalement réversibles
  - Le symptôme de l'aura se développe progressivement sur plus de 4 minutes et si plusieurs symptômes sont associés, ils surviennent successivement
  - La durée de chaque symptôme n'excède pas
  - 60 minutes
- La céphalée fait suite à l'aura après un intervalle libre maximal de 60 minutes, mais commence parfois avant ou pendant l'aura
- Examen clinique normal entre les crises

IHS Classification ICHD-3

Au cours des crises, en l'absence de traitement efficace, le patient est dans l'incapacité d'effectuer ses activités de façon normale. La répétition des accès peut être à l'origine d'une altération significative de la qualité de vie. Malgré cela la migraine souffre d'une mauvaise reconnaissance s'ajoutant au handicap lié à la maladie. Les patients se sentent souvent incompris par leur entourage et dans leur milieu professionnel.

PRISE EN CHARGE DE LA MIGRAINE

La prise en charge de la migraine débute par l'identification de la maladie. Le médecin généraliste est le premier interlocuteur, dans la plupart des cas il pourra proposer un traitement et des conseils d'hygiène de vie adéquats. En cas d'échec, lorsque la maladie est sévère ou du fait d'autres pathologies associées influençant le choix des traitements un avis spécialisé pourra être utile. Le parcours de soin d'un patient souffrant de céphalées n'est pas toujours bien connu, le neurologue est après le généraliste le spécialiste de recours. Dans certains cas complexes le recours à une consultation spécialisée céphalées peut être nécessaire.

Les objectifs d'une première consultation sont multiples :

- Établir le diagnostic de migraine
- Préciser le type des crises (avec ou sans aura)
- Rechercher l'existence d'autres céphalées associées
- Faire le point sur l'ancienneté et l'évolution de la maladie
- Dépister d'autres pathologies pouvant interférer avec la migraine tels que troubles anxieux ou dépressifs, difficultés de sommeil…
- Apporter des explications sur la maladie migraineuse

Des outils ont été développés pour la guider la consultation, l'utilisation d'un agenda des céphalées à remplir prospectivement est recommandé de même que des questionnaires visant à

apprécier l'efficacité du traitement de crise en cours ou la présence de comorbidités potentielles. Quelques exemples sont présentés ci-dessous.

Questionnaire M-TOQ (appréciation de l'adéquation du traitement de crise)

- Après avoir pris votre traitement de crise, êtes-vous capable de reprendre vos activités normales (comme le travail, les loisirs, les activités familiales ou sociales) ?
- Pouvez-vous compter sur votre traitement de crise pour soulager dans les 2 heures la majorité de vos crises ?
- Une seule dose de traitement est-elle habituellement suffisante pour vous soulager et être tranquille pendant 24 heures ?
- Etes-vous suffisamment à l'aise avec votre traitement pour planifier vos activités quotidiennes ?
- Votre traitement est-il bien toléré ?

Les deux principaux auto-questionnaires utilisés en pratique courante sont disponibles en ligne sur le site de la SFEMC dans la rubrique « Patients : préparer sa consultation ».

- Le HIT-6 (Teadache Impact Test) évalue en 6 questions le retentissement de la migraine dans la vie quotidienne du patient. Le score total, situé entre 36 et 78 (au pire) reflète l'impact de la maladie.
- L'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) évalue à l'aide de 14 questions la présence de symptômes anxieux et dépressifs.

L'analyse de l'historique des traitements, y compris en automédication, et le nombre de jours de traitement antalgique et antimigraineux de crise (hors traitement prophylactique) doit également faire l'objet d'une analyse attentive. Une surconsommation en antalgique étant un facteur d'évolution vers une céphalée chronique, elle sera recherchée et expliquée au patient.

La prise en charge une fois le diagnostic établi comportera le choix d'un traitement dit « de crise » (à prendre dès le début d'une crise de migraine pour la faire céder au plus vite), des conseils d'hygiène de vie et au cas par cas la prise en charge de pathologies associées et si nécessaire l'instauration d'un traitement de fond (ou prophylactique, destiné à réduire la fréquence des accès migraineux).

Le choix des traitements de crise et de fond est guidé par les recommandations de la société française d'étude des migraines et céphalées (2). Le recours à des traitements non-pharmacologiques ne doit pas être négligé.

La situation sera réévaluée à l'occasion d'un suivi en consultation. L'efficacité d'un traitement de fond pharmacologique par voir orale est à évaluer à 3 mois de son instauration. Elle portera entre autre sur la diminution du nombre de jours de céphalées documenté par l'agenda prospectif (au moins 50 % de diminution) et du score HIT-6. La durée du traitement de fond sera d'au moins 6 à 12 mois selon les cas.

Ces dernières années les concepts de migraine chronique, réfractaire ou sévère (3) ont vu le jour. Même s'ils ne font pas encore l'unanimité ils permettant de mettre l'accent sur le handicap lié à la maladie migraineuse

Le concept de céphalée par abus médicamenteux fait également l'objet d'une approche moins culpabilisante que par le passé (4).

Enfin, l'avènement de nouvelles molécules, dont l'accès reste malheureusement limité en France apporte un espoir pour patients et professionnels (5).

Références bibliographiques.

1 ICHD-3 (International Classification of Headache Disorders, 3rd edition) International Headache Society (IHS), Cephalalgia, 2018.
2 Revised guidelines of the French headache society for the diagnosis and management of migraine in adults. Part 1, 2 and 3, Rev Neurol, 2021.
3 Severe migraine and its control : a proposal for definitions and consequences for care, Rev Neurol, 2021.
4 Medication overuse headache, Nature Reviews Disease Primers, 2023.
5 New migraine drugs, Cephalalgia, 2023.

Les textes sont publiés sous la seule responsabilité des orateurs

Promotion de l'Activité Physique Adaptée (APA) chez le patient douloureux chronique

Dr Albert SCEMAMA

Chef de projet à la Haute Autorité de Santé

La Haute Autorité de santé (HAS) a publié en février 2023, un guide parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique. Elle propose une nouvelle organisation capable de répondre aux besoins des plus de 12 millions de personnes souffrant de douleur chronique sur l'ensemble du territoire français. Ce parcours hiérarchise les soins selon trois niveaux et mobilise les consultations et les centres d'évaluation et de traitement de la douleur, les services hospitaliers de spécialité et la médecine de ville. Le premier niveau, la ville, prendra en charge l'essentiel des patients et/ou l'essentiel de leur parcours.

Dans le cadre d'un partenariat entre la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD) et le Collège de médecine générale (CMG) et d'une labellisation par la HAS, des fiches parcours pour les principales catégories de douleurs chroniques doivent être rédigées afin de faciliter la prise en charge des patients douloureux chroniques par les professionnels de santé de ville. Ces fiches préciseront, au mieux, pour chacun des trois niveaux, les profils des patients, les ressources professionnelles mobilisables, les évaluations réalisables et les traitements médicamenteux et non médicamenteux validés pouvant être prescrits.

L'activité physique, sous toutes ses formes, a montré ses effets bénéfiques en prévention primaire, secondaire et tertiaire de nombreuses maladies chroniques, facteurs de risque et situation de perte d'autonomie. L'activité physique adaptée (APA) est une thérapeutique non médicamenteuse validée dans de nombreuses maladies chroniques, en particulier certaines douleurs chroniques primaires et des syndromes douloureux chroniques secondaires musculosquelettiques.

En France, une politique de promotion de l'activité physique sur ordonnance a été initiée par la *Loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016* et relancée par la *Loi de mars 2022 visant à démocratiser le sport en France*. Elle est basée sur le lien de confiance qui unit le médecin à son patient ce qui permet d'atteindre les personnes les plus éloignées de l'activité physique (patients atteints d'une maladie chronique, personnes âgées fragiles, etc.) et sur la prescription médicale écrite, l'ordonnance, qui est un facteur de motivation et d'adhésion à l'activité physique.

Aujourd'hui, l'activité physique à des fins de santé reste peu prescrite. Il existe 5 freins à la prescription d'activité physique par les médecins : (1) un manque de connaissance concernant l'activité physique et ses impacts sur la santé, (2) des craintes vis-à-vis des risques d'évènements cardiovasculaires graves à l'exercice, en particulier chez les patients atteints de maladies chroniques et les personnes âgées, (3) un manque de connaissances sur les modalités de consultation et de prescription médicale d'activité physique, (4) un manque sur les territoires de parcours structurés centrés sur la prescription d'activité physique et (5) le coût pour le patient de l'activité physique prescrite.

La Loi de mars 2022 visant à démocratiser le sport en France pourrait lever les freins 4 et 5. La HAS a publié une série de documents sur l'activité physique afin de lever les freins 1, 2 et 3 avec :

- un guide de consultation et de prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte,
- un guide de connaissance sur l'activité physique et la sédentarité
- 16 référentiels d'aide à la prescription d'activité physique par pathologie avec leur fiche de synthèse et leur fiche patient.

Concernant les pathologies, sources de douleur chronique, la HAS a publié un référentiel d'aide à la prescription d'activité physique pour les patients souffrant d'arthroses périphériques et, d'ici la fin de l'année, des référentiels pour la lombalgie commune chronique, la polyarthrite rhumatoïde et la spondylarthrite axiale seront publiés.

Le guide HAS propose un parcours de santé centré sur la prescription médicale d'activité physique (Figure 1). Un auto-questionnaire permet de repérer les patients justifiant d'un avis médical avant de commencer une activité physique ou sportive. Toutes les personnes n'ont pas besoin d'avoir un avis médicale préalable. Tous les patients relevant d'un avis médical n'ont pas besoin d'une consultation d'activité physique dédiée longue. Les examens complémentaires, dont l'épreuve d'effort, ont des indications très limitées.

L'activité physique est un traitement à vie, ses effets bénéfiques sur la santé disparaissent progressivement en 2 mois en cas d'arrêt total de l'activité physique. L'objectif pour le médecin et l'ensemble des intervenant du parcours est d'accompagner à terme la personne vers un changement de mode de vie plus actif et moins sédentaire, en sécurité et dans la mesure du possible en toute autonomie. La consultation médicale d'activité physique prévoit un entretien motivationnel centré sur l'activité physique prescrite en accord avec le patient et pour un mode de vie physiquement plus actif et moins sédentaire.

Selon le guide de la HAS, la prescription médicale d'activité physique repose sur une classification en 4 niveaux d'intervention (tableau 1). Le niveau 1 correspond à la rééducation/réadaptation (autre thérapie par le mouvement) dispensée par les masseur-kinésithérapeutes. Le niveau 2 correspond à l'activité physique adaptée (APA) qui est dispensée par des professionnels de l'APA. Le niveau 3 correspond aux activités physiques et sportives supervisées par des éducateurs sportifs formés, dont le sport-santé tel que défini par la commission médicale du CNOSF et le Médico-sport-santé. Le niveau 4 correspond aux activités physiques ou sportives réalisées en autonomie.

L'APA (niveau 2) est prescrite sous forme d'un programme d'exercices, avec 2 à 3 séances par semaine, d'une durée moyenne d'une heure, sur une période de 3 mois, éventuellement renouvelable. Chaque séance associe des activités physiques d'endurance aérobie et de renforcement musculaire, et selon la pathologie ciblée, des exercices d'équilibre, de coordination et d'assouplissement et des exercices respiratoires. L'APA est adaptée à la pathologie ciblée et individualisée à la condition physique, aux capacités fonctionnelles, aux comorbidités, aux risques et aux envies du patient. Elle est supervisée par un professionnel de l'APA (professionnels de santé de la rééducation ou enseignants APA-S).

Si tous les médecins peuvent prescrire de l'APA, tous les patients n'ont pas besoin d'APA . Dans son guide, la HAS définit des critères généraux de prescription médicale initiale, de renouvellement et d'arrêt d'un traitement par l'APA (tableau 2). Les référentiels d'aide à la prescription d'AP par pathologie précisent pour la pathologie ciblée les modalités de prescription de l'activité physique et de l'APA.

Tableau 1. Les quatre niveaux d'intervention par l'activité physique (classification d'après leamme Suède en mouvement)leamme Suède en mouvement)

Le niveau 1 est approprié aux patients présentant une maladie/blessure avérée et/ou un état fonctionnel évalués par le médecin comme justifiant d'un programme de rééducation/ réadaptation.

Le patient est adressé sur ordonnance pour une rééducation/réadaptation à un professionnel de santé de rééducation

Le niveau 2 est approprié aux patients présentant une maladie et/ou un état fonctionnel évalués par le médecin comme justifiant d'un programme d'activité physique adaptée (APA).

Le patient est adressé sur ordonnance pour un programme d'APA à un professionnel de l'APA (professionnel de santé paramédical ou enseignant en APA-S).

Les niveaux 3 et 4 sont appropriés aux patients physiquement inactifs, qui ont besoin d'augmenter leur niveau d'activité physique et qui sont considérés par le médecin comme capables de participer à une gamme ordinaire d'activité physique ou sportive, soit avec une supervision pour le niveau 3, soit évalués comme capables de contrôler et de maintenir seuls leur propre activité physique pour le niveau 4. Le choix entre les niveaux 3 et 4 est aussi conditionné par les préférences du patient.

Le niveau 3, une activité physique ou sportive supervisée, est approprié si le patient ne répond pas à un des 3 critères du niveau 4

Le médecin conseille et prescrit au patient des activités physiques ou sportives encadrées par des éducateurs sportifs formés, organisées par des associations ou des clubs sportifs. Si indiqué, il prescrit une activité de sport-santé.

Le niveau 4, une activité physique ou sportive non supervisée, est approprié si :

- (1) Le patient est évalué comme réceptif, motivé et capable de suivre les recommandations d'activité physique seul ou avec l'aide d'un appui social (famille, amis…) ;
- (2) Le patient est considéré comme étant capable (ayant les ressources psychiques suffisantes) d'augmenter effectivement et sans risque son niveau d'activité physique par ses propres moyens ;
- (3) L'état de santé et les besoins (social, émotif, médical) du patient n'exigent pas un programme d'APA, ni un programme de rééducation / réadaptation.

Le médecin conseille et prescrit au patient des activités physiques ou sportives sans supervision, à réaliser en autonomie, avec des activités physiques quotidiennes en environnement (marche, pratique du vélo, activités sportives de loisir à la maison ou sur des aires résidentielles)

NB. Ces prescriptions d'activité physique sont toujours associées à des conseils de réduction du temps passé à des activités sédentaires.

Tableau 2. Les conditions de prescription initiale, de renouvellement et d'arrêt de l'APA

Les conditions de prescription médicale initiale d'APA

La prescription d'un programme d'APA doit répondre à 4 conditions pour se justifier et garantir son efficacité à court, mais aussi moyen et long termes (avis d'experts) :

- (1) Le patient a une maladie et/ou un état fonctionnel pour lesquels l'APA a démontré ses effets bénéfiques ;
- (2) Il n'a pas déjà un niveau d'activité physique régulière égal ou supérieur aux recommandations pour la santé de l'OMS (tableau 30 du guide HAS) ;
- (3) Il ne peut pas augmenter son niveau d'activité physique en autonomie, de façon adaptée et de façon sécuritaire ;
- (4) Il accepte de suivre un programme d'APA et un changement de comportement plus actif est à terme envisageable.

Les modalités de renouvellement d'une APA

Le programme d'APA peut être renouvelé sous certaines conditions (avis d'experts) :

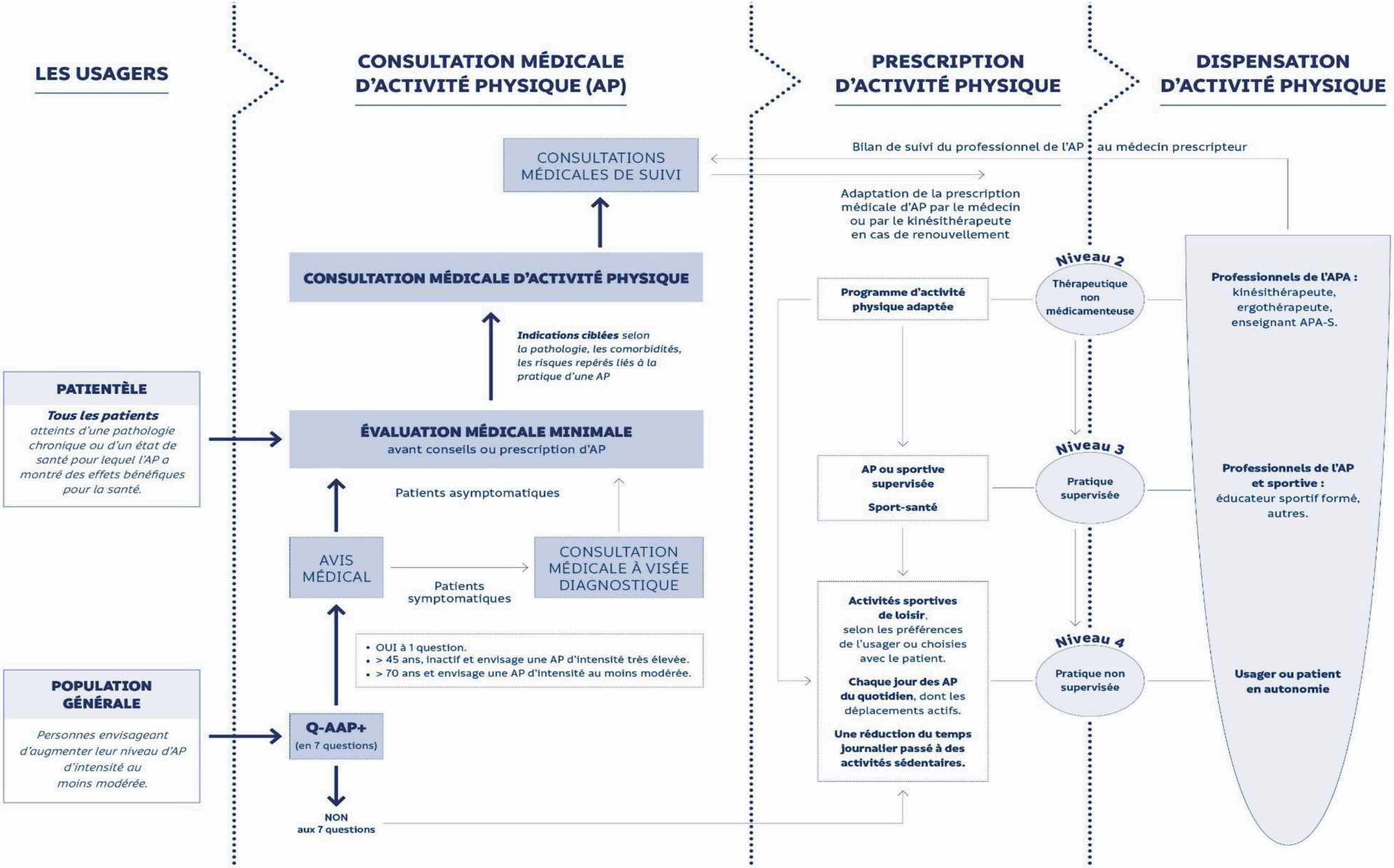
- Les 4 conditions de la prescription initiale sus-décrites sont respectées
- La maladie, son évolution ou l'état de santé générale du patient ne lui permettent pas de passer à une pratique d'activité physique ordinaires de niveau 3 ou 4
- Et la reprise ou la poursuite d'une APA permet une stabilisation ou une évolution favorable de la pathologie ou de l'état de santé du patient.

Les conditions d'arrêt d'une APA

Les critères d'arrêt de l'APA se réfèrent à la capacité de la personne à pratiquer des activité physique en autonomie et en sécurité ou à son refus de suivre cette thérapeutique

L'arrêt d'un programme d'APA relève de différentes situations (avis d'experts) :

- Le programme d'APA arrive à son terme. Le patient pratique des activités physiques régulières en autonomie ou encadrées par un éducateur sportif
- Le programme d'APA est interrompu avant son terme à la demande du médecin qui considère que le patient ne relève plus des 4 conditions de prescription initiale :
    - La maladie est déstabilisée ou le patient présente une contre-indication à l'activité physique. Le programme d'APA est alors suspendu, au besoin relayé par un programme de rééducation/ réadaptation ;
    - Le patient a la capacité de suivre des activités physiques ordinaires en autonomie et est en demande d'un relais avant la fin du programme d'APA.
- Le programme d'APA est interrompu ou abandonné avant son terme à la demande du patient qui renonce à cette thérapeutique de façon explicite ou de façon implicite (absences répétées et non justifiées aux séances). Le patient est alors redirigé vers son médecin par le professionnel de l'APA.


LES USAGERS
CONSULTATION MÉDICALE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE (AP)
PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE
DISPENSATION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE
CONSULTATIONS MÉDICALES DE SUIVI
Bilan de suivi du professionnel de l'AP au médecin prescripteur
Adaptation de la prescription médicale d'AP par le médecin ou par le kinésithérapeute en cas de renouvellement
CONSULTATION MÉDICALE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE
Indications ciblées selon la pathologie, les comorbidités, les risques repérés liés à la pratique d'une AP
PATIENTÈLE
Tous les patients atteints d'une pathologie chronique ou d'un état de santé pour lequel l'AP a montré des effets bénéfiques pour la santé.
ÉVALUATION MÉDICALE MINIMALE
avant conseils ou prescription d'AP
Patients asymptomatiques
AVIS MÉDICAL
Patients symptomatiques
CONSULTATION MÉDICALE À VISÉE DIAGNOSTIQUE
• OUI à 1 question.
• > 45 ans, inactif et envisage une AP d'intensité très élevée.
• > 70 ans et envisage une AP d'intensité au moins modérée.
POPULATION GÉNÉRALE
Personnes envisageant d'augmenter leur niveau d'AP d'intensité au moins modérée.
Q-AAP+
(en 7 questions)
NON aux 7 questions
Programme d'activité physique adaptée
AP ou sportive supervisée
Sport-santé
Activités sportives de loisir, selon les préférences de l'usager ou choisies avec le patient.
Chaque jour des AP du quotidien, dont les déplacements actifs.
Une réduction du temps journalier passé à des activités sédentaires.
Niveau 2
Thérapeutique non médicamenteuse
Niveau 3
Pratique supervisée
Niveau 4
Pratique non supervisée
Professionnels de l'APA : kinésithérapeute, ergothérapeute, enseignant APA-S.
Professionnels de l'AP et sportive : éducateur sportif formé, autres.
Usager ou patient en autonomie

EVER PHARMA

Abbott

Remedee Labs

MACSF

VIATRIS

Grünenthal Meds

SOS oxygène

Lundbeck

SANOFI

schwa-medico

ORTHO NOV

Air Liquide

Ethypharm

DJO IS NOW enovis

GL Pharma

GRÜNENTHAL

MUSIC CARE

AGUETTANT

Laboratoire Acunature

abbvie

Bliss DTx

LR