

2. Circuit éducatif du réseau ville-hôpital « Lutter Contre la Douleur » pour les patients douloureux chroniques complexes. *Douleur analg.* (2017) 30:147-155 DOI 10. 1007/s11724-017-0511-6. Lavoisier SAS 2017

P-046

Hypnose = expérience de 10 ans en consultation de douleur chronique

J. Lemarie*(1), S. Lemarie(1), C. Jouet(1)

(1) *Clinique de Douleur Chronique Rebelle (CDCR), Trélazé, France*

L'hypnose fait partie des médecines complémentaires majeures dans le cadre de la prise en charge de la douleur chronique.

Depuis la mise en place de notre structure, l'hypnose est proposée. Le patient est vu en consultation initiale d'évaluation et de traitement de la douleur chronique par le médecin référent douleur. Des évaluations sont organisées : biologie ; radiologie ; autres avis de médecins consultants (neurochirurgien, rhumatologue, neurologue...). Un premier projet de soin personnalisé (PSP) est mis en place. Le patient est vu systématiquement par la psychologue clinicienne : elle évalue les facteurs de chronicisation et notifie la faisabilité de l'hypnose.

Une réunion de concertation pluridisciplinaire est organisée ensuite, avec toutes les évaluations. Un second PSP est proposé à son issue au patient par le médecin référent. L'hypnose est proposée et le patient donne son accord.

Il est vu lors d'une première consultation par l'infirmière clinicienne douleur. Elle explique l'hypnose et surtout le travail à effectuer entre les trois consultations de suivi. L'auto hypnose est expliquée et le patient utilise les techniques apprises lors des consultations de suivi. A chacune de ces consultations, une séance d'hypnose est réalisée, avec évaluation des douleurs. Les techniques utilisées sont simples = lieu sur ; catalepsie... Elles sont facilement reproductibles et utilisables par un novice.

L'infirmière prend en charge environ 175 patients par an. A l'issue de cette prise en charge, le patient peut revenir, effectuer nouvelle séance. Il n'y a eu aucun incident de prise en charge, comme la décompensation psychiatrique ou mésutilisation. La satisfaction vis à vis de la prise en charge globale hypnose-autohypnose est dans 82 % des cas complète. Seuls les difficultés d'auto hypnose par le patient sont un frein et une insatisfaction dans 18 % des cas. Les contre indications sont respectées : refus ; refus psychologue ; surdité ; suspicion de més utilisation par le patient.

La résistance au lâcher prise n'est pas une contre indication.

En conclusion, l'hypnose est une technique majeure dans la prise en charge des patients douloureux chroniques. Cependant, ceux-ci doivent être préparés et conditionnés préalablement : psychologue ; première séance explicative.

P-047

Adaptation des antalgiques aux patients dialysés

E. Kuhn*(1), L. Morisseaux*(1), L. Boure(1), S. Duclos(1), C. Gourraud-Vercel(1), F. Lavainne(1)

(1) *CHU NANTES, Nantes, France*

Après avoir posé le constat que la douleur chez les insuffisants rénaux dialysés est très présente et souvent difficile à soulager, les référentes/ correspondantes douleurs du service se sont questionnées sur l'adaptation des antalgiques :

Sont-ils dialysés, peuvent-ils être réadministrés, y a-t-il un risque de surdosage ou un mésusage de certaines formes ?

En 2014, nous avons créé un groupe de travail avec un médecin référent et en accord avec le CLUD-SP du CHU de NANTES. Nous avons identifié le besoin d'un support permettant un accès immédiat aux nouvelles pratiques à mettre en place dans le service en :

- listant les antalgiques médicamenteux que nous utilisons
- recherchant la posologie usuelle de chaque traitement et son adaptation aux hémodialysés ; en incluant des notions de début, de pic, et de temps d'efficacité ; ainsi que des remarques spécifiques...
- envisageant d'autres traitements médicamenteux que nous pourrions utiliser (sans être complètement exhaustif)
- et en explorant des techniques antalgiques non médicamenteuses

Ce long travail qui a mobilisé les soignants, a permis de regrouper toutes les réponses aux questions initiales et de créer un document de qualité sous forme d'un tableau. Il est affiché en salle de dialyse ou accessible dans le logiciel de documentation institutionnelle. Toute l'équipe médico-soignante a été informée lors d'une réunion de service ainsi que chaque nouveau professionnel.

Depuis, nous avons adapté de nombreux traitements pour permettre d'administrer le bon traitement au bon moment : précision sur la dose de l'antalgique, sur le moment de la prise, les associations ou la ré-administration après dialyse.

Nous avons initié un projet d'hypnosédation (six infirmières sont formées) et travaillons au projet de neurostimulation transcutanée dans deux indications différentes (celle des douleurs classiques localisées et la prévention des douleurs induites par le soin invasif).

P-048

La posturologie a-t-elle une place dans la prise en charge de syndromes douloureux chroniques ?

F. Viseux*(1), A. Lemaire(1), P. Charpentier(1), P. Villeneuve(2)

(1) *Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur - Centre Hospitalier de Valenciennes, Valenciennes, France*, (2) *Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur - Centre Hospitalier de Valenciennes, Paris, France*

Une sensibilisation centrale associée à une hyperexcitabilité neuronale sont retrouvées dans de nombreux syndromes douloureux chroniques non spécifiques tels que les algies musculo-squelettiques [1], les lombalgies [2], les cervicalgies [3], les céphalées [4], les migraines [5] ou la fibromyalgie [6]. Une hypertonie systématisée est fréquemment associée à ces pathologies neuro-fonctionnelles qui se caractérisent par un abaissement des seuils de la douleur [7] et de la réponse musculaire [8] objectivée par une manœuvre clinique reproductible, l'épreuve posturo-dynamique [9].

De l'évaluation clinique...

La mise en évidence de perturbation de la cinématique rachidienne permet d'orienter l'investigation clinique vers des hypertonies localisées ou systématisées, reflets d'une hypersensibilisation centrale. Cette objectivation paraît indispensable à une évaluation clinique systémique des hypertonies musculaires en lien avec les algies chroniques fonctionnelles et les instabilités posturales. L'épreuve posturo-dynamique [9] permet l'objectivation de ces dysfonctions cinématiques.

En complément de cette évaluation clinique, la stabilométrie permet la quantification de la stabilité du sujet debout par l'acquisition de paramètres spatio-temporels caractérisant les déplacements du centre de pression. La modification de ces paramètres étant retrouvée chez de nombreux sujets douloureux chroniques [10-13], la stabilométrie représente un outil fiable d'évaluation de ces syndromes.

... à l'orientation thérapeutique.

Le concept neurosensoriel envisage le pied et notamment ses mécanorécepteurs cutanés comme des informateurs du système nerveux central. La stimulation fine de ces récepteurs par l'utilisation de

neurostimulations plantaires permet de modifier la stabilité [14], la posture et le tonus musculaire [15], et contribuerait à moduler certains syndromes douloureux chroniques [11].

Par ailleurs, les nerfs sont innervés par les *nervi nervorum* [16], récepteurs polymodaux (fibres C) qui codent des informations mécaniques et algiques [17]. Une perturbation neurale modifie les temps de latence et les vitesses de conduction des influx nerveux [8] et entraîne une perturbation tonique musculaire [18]. Des neurostimulations manuelles adaptées permettent une modulation de ces voies de communication neurales. En modifiant le seuil de déclenchement des réactions toniques, elles favorisent une bonne intégration de l'information sensorielle associée à une régularisation des hypertonies et de leurs conséquences douloureuses [19,20].

Conclusion : À travers l'évaluation des hypertonies musculaires et la quantification des paramètres spatio-temporels de la stabilité du sujet debout, la posturologie offre une approche complémentaire systémique dans la prise en charge des syndromes douloureux chroniques. Une investigation clinique précise permet une orientation thérapeutique au plus près de l'étiologie des déséquilibres posturaux et de la douleur, qui associe neurostimulations plantaires et thérapie manuelle neurosensorielle.

Bibliographie

- Kramis RC, Roberts WJ, Gillette RG. Non-nociceptive aspects of persistent musculoskeletal pain. *J Orthop Sport Phys Ther.* 1996;24(4):255-67
- Giesecke T, Gracely RH, Grant MA, Nachemson A, Petzke F, Williams DA, Clauw DJ. Evidence of augmented central pain processing in idiopathic chronic low back pain. *Arthritis Rheum.* 2004;50(2):613-23
- Sterling M, Jull G, Vicenzino B, Kenardy J. Sensory hypersensitivity occurs soon after whiplash injury and is associated with poor recovery. *Pain.* 2003;104(3):509-17
- Bendtsen L. Central sensitization in tension type headaches, possible pathophysiological mechanisms. *Cephalalgia.* 2000;20:486-508
- Tajti J, Vécsei L. The mechanism of peripheral and central sensitization in migraine. A literature review. *Neuropsychopharmacol Hung.* 2009;11(1):15-21
- Burgmer M, Petzke F, Giesecke T, Gaubitz M, Heuft G, Pfeleiderer B. Cerebral activation and catastrophizing during pain anticipation in patients with fibromyalgia. *Psychosom Med.* 2011;73(9):751-9
- Banic B, Petersen-Felix S, Andersen OK, Radanov BP, Villiger PM, Arendt-Nielsen L, Curatolo M. Evidence for spinal cord hypersensitivity in chronic pain after whiplash injury and in fibromyalgia. *Pain.* 2004;107(1-2):7-15
- Kleinrensink GJ, Stoeckart R, Meulstee J, Kaulesar Sukul DM, Vleeming A, Snijders CJ, Van Noort A. Lowered motor conduction velocity of the peroneal nerve after inversion trauma. *Med Sci Sports Exerc.* 1994;26(7):877-83
- Villeneuve P. L'épreuve posturo-dynamique. In Gagéy PM, Weber B. Entrées du système postural fin. Masson, coll. Critique de la posturologie tome 1, 1995
- Ruhe A, Fejer R, Walker B. Center of pressure excursion as a measure of balance performance in patients with non-specific low back pain compared to healthy controls: a systematic review of the literature. *Eur Spine J.* 2011;20(3):358-68.
- Ruhe A, Fejer R, Walker B. Is there a relationship between pain intensity and postural sway in patients with non-specific low back pain? *BMC Musculoskelet Disord.* 2011;12:162.
- Lafond D, Champagne A, Descarreaux M, Dubois JD, Prado JM, Duarte M. Postural control during prolonged standing in persons with chronic low back pain. *Gait Posture.* 2009;29:421-427.
- Harringe ML, Halvorsen K, Renstrom P, Werner S. Postural control measured as the center of pressure excursion in young female gymnasts with low back pain or lower extremity injury. *Gait Posture.* 2008;28:38-45.
- Foisy A, Kapoula Z. How plantar exteroceptive efficiency modulates postural and oculomotor control: Inter-individual variability. *Hum Neurosci.* 2016;10:228
- Forth KE, Layne CS. Neuromuscular responses to mechanical foot stimulation: the influence of loading and postural context. *Aviat. Space Environ. Med.* 2008;79:844 - 851.
- Bove GM, Light AR. The *Nervi Nervorum*: Missing link for neuropathic pain? *Pain Forum.* 1997;6(3):181-190

- Sauer SK, Bove GM, Averbeck B, Reeh PW. Rat peripheral nerve components release calcitonin gene-related peptide and prostaglandin E2 in response to noxious stimuli: evidence that *nervi nervorum* are nociceptors. *Neuroscience.* 1999;92(1):319-25
- Driscoll PJ, Glasby MA, Lawson GM. An in vivo study of peripheral nerves in continuity: biomechanical and physiological responses to elongation. *J orthop Res.* 2002;20(2):370-5
- Villeneuve P. Dysfonctions neurales, algies posturales et neurostimulations manuelles. Apport du traitement manuel neural dans la douleur chronique. Clinique et Traitement, méthodologie illustrée avec le nerf fibulaire profond. *La revue de l'ostéopathie.* 2013;4-2:35-42
- Villeneuve Ph, Ceci LA, Parreira RB, Ribeiro LG, Hosni AP, Rolao MPP, Gomes JC, De Oliveira TB, Pereira MC, Salgado ASI, Kerppers II. Analysis of the NPT effect in women chronic LBP: a pilot study. *MTP & Rehab Journal.* 2017;15:456

P-049

Interclud Occitanie : une valeur ajoutée collective au bénéfice des patients et des professionnels de santé

J. Michel Gautier*(1), R. Alibaud(2), A. Suc(3), J. Marc Bergia(3), M. Izquierdo(4), F. Soula Etchegaray(5), L. Brini(6), N. Bouche(5), O. Bredeau(6), V. Dautzats(7), B. de Truchis de Varenne(5), C. Gally(8), A. Guitard(3), G. Motte(9), C. Pages(10), L. Wilmann-Courteau(8), A. Sophie Wilzer(11)

(1) Interclud Occitanie, Montpellier, France, (2) Interclud Occitanie, Narbonne, France, (3) Interclud Occitanie, Toulouse cedex 9, France, (4) Interclud Occitanie, St. Clement de Rivire, France, (5) Interclud Occitanie, Toulouse cedex 3, France, (6) Interclud Occitanie, Nîmes cedex 9, France, (7) Interclud Occitanie, Castres, France, (8) Interclud Occitanie, Montpellier cedex 5, France, (9) Interclud Occitanie, Perpignan cedex 9, France, (10) Interclud Occitanie, Lunel, France, (11) Interclud Occitanie, Albi cedex 9, France

Dans une volonté de collaboration entre les différents CLUD ou équivalents, ce sont créés des Réseaux InterCLUD dont l'objectif principal est l'amélioration de la qualité de prise en charge de la douleur des patients accueillis dans les établissements de santé et médico-sociaux, publics et privés d'un même territoire.

Afin de faciliter les échanges, les partages d'expérience sur les organisations et les actions mises en place [1], et d'organiser un travail en complémentarité permettant ainsi d'harmoniser les pratiques professionnelles au sein de la nouvelle région Occitanie, il est mis en œuvre avec le soutien de l'Agence Régionale de Santé Occitanie, une nouvelle organisation mutualisant les activités du Réseau InterCLUD Languedoc Roussillon et de Mipyclud fédérant les CLUD de l'ex région Midi-Pyrénées.

Pour cela, l'Association InterCLUD Occitanie a été créée afin de gérer le fonctionnement du nouveau Réseau InterCLUD Occitanie. Ce fonctionnement repose sur :

- une assemblée générale composée des établissements membres,
 - un conseil d'administration élu parmi les représentants des établissements membres, respectant la parité Est et Ouest Occitanie, au sein duquel un bureau est désigné,
 - une équipe opérationnelle dénommée « cellule de coordination » sur deux antennes territoriales (Est-Occitanie et Ouest-Occitanie), composée d'un coordonnateur paramédical par antenne et d'une secrétaire.
- Le modèle économique repose sur une dotation de l'ARS Occitanie dans le cadre d'un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens d'une durée de 3 ans, et un cofinancement assuré par la contribution des établissements membres de l'InterCLUD sous la forme de cotisation annuelle.

Au 15 mai, 80 établissements sont signataires de la convention constitutive du Réseau InterCLUD Occitanie, en qualité d'établissement fondateur.

P - 048

La posturologie a-t-elle une place dans la prise en charge de syndromes douloureux chroniques?

Viseux F. ^{a,b,c}, Lemaire A. ^a, Charpentier P. ^a, Villeneuve Ph. ^{b,c}

^a CETD – Centre Hospitalier de Valenciennes – F59313 Valenciennes, France

^b Posture Lab – F75012 Paris, France

^c API – F75012 Paris, France



Les syndromes douloureux chroniques présentent fréquemment une sensibilisation centrale [1-6], associée à une hyperexcitabilité neuronale et une hypertonie systématisée, et se caractérisent par un abaissement des seuils de la douleur [7] et de la réponse musculaire [8]

De l'évaluation clinique...

L'épreuve **posturo-dynamique** [9] permet l'objectivation de perturbations de la cinématique rachidienne et oriente l'investigation clinique vers des hypertonies localisées ou systématisées, reflets d'une hypersensibilisation centrale.

La **stabilométrie** quantifie la stabilité du sujet debout par l'acquisition de paramètres spatio-temporels, caractéristiques des déplacements du centre de pression, et fréquemment modifiés chez de nombreux sujets douloureux chroniques [10-13]



... à l'orientation thérapeutique

Les mécanorécepteurs cutanés plantaires sont des informateurs du système nerveux central. La stimulation fine de ces récepteurs par l'utilisation de neurostimulations plantaires permet de modifier la stabilité [14], la posture et le tonus musculaire [15]

Les nervi nervorum [16], sont des récepteurs polymodaux (fibres C) qui codent des informations mécaniques et algiques [17] issues du nerf qu'ils innervent. Des neurostimulations manuelles adaptées permettent une modulation de ces voies de communication neurales, et favorisent une bonne intégration de l'information sensorielle associée à une régularisation des hypertonies et de leurs conséquences douloureuses [18, 19]



La posturologie offre une approche complémentaire systémique dans la prise en charge des syndromes douloureux chroniques. Une investigation clinique précise permet une orientation thérapeutique au plus près de l'étiologie des déséquilibres posturaux et de la douleur, qui associe neurostimulations plantaires et thérapie manuelle neurosensorielle.

Références:

¹ Kramis et al, 1996. ² Giesecke et al, 2004. ³ Sterling et al, 2003. ⁴ Bendtsen, 2000. ⁵ Tajti et al, 2009. ⁶ Burgmer et al, 2011. ⁷ Banic et al, 2004. ⁸ Kleinrensink et al, 1994. ⁹ Villeneuve, 1995. ¹⁰ Ruhe et al, 2011a. ¹¹ Ruhe et al, 2011b. ¹² Lafond et al, 2009. ¹³ Harringe et al, 2008. ¹⁴ Viseux et al, 2018. ¹⁵ Forth et al, 2008. ¹⁶ Bove et al, 1997. ¹⁷ Sauer et al, 1999. ¹⁸ Villeneuve, 2013. ¹⁹ Villeneuve et al, 2017.