



*Le mot de la présidente*

*Chers Amis,*

*Notre Audit 2016 est donc terminé ; les résultats sont actuellement en cours de traitement et seront transmis lors de notre AG du 9 juin 2016.*

*Le Comité de Coordination vous remercie sincèrement de votre implication car il est difficile de trouver encore du temps, sur nos plannings bien chargés, pour répondre dans les temps...*

*Le groupe de travail sur les protocoles « douleurs induites par les soins » a été très actifs, grâce à l'implication de certains d'entre vous et nous devrions être en mesure de vous le proposer le même jour.*

*Alors RDV au 09 juin !!! (Hôpital Européen Marseille)*

## **Agenda 2016**

**22, 23 et 24 mai 2016**

**Universités Infirmières 2016 - Alliance Hôtel Paris - Porte de Saint-Ouen**

**Thématique : « Méthodes non médicamenteuses : quelle autonomie pour l'infirmière en consultation douleur ? »**

**Nombre de places disponibles : 36 - Dossier de candidature sur le site de la SFETD**

**<http://www.sfetd-douleur.org/universites-infirmieres-2016>**

**Jeudi 9 juin 2016 à 14 heures +++**

**AG du Réseau Douleur Paca Ouest**

**Hôpital Européen Rue Désirée Clary Marseille**

**16-18 juin 2016 - Dijon**

**22ème congrès de la SFAP**

## **A lire, à voir**

**Site Info Douleur Modulation** <http://infodouleurneuromodulation.com/>

**L'effet de la stimulation médullaire sur le sommeil Ramineni T, Prusik J, Patel S, Lange S, Haller J, Fama C, et al. The Impact of Spinal Cord Stimulation on Sleep Patterns. Neuromodulation, Feb 2016 Marc Lévêque**

« La SME permet une régression des scores d'insomnie à six mois, de plus, on constate une corrélation entre la diminution de l'intensité de la douleur chronique et l'amélioration du sommeil. »

**Site Univadis** <http://www.univadis.fr/>

**Les défis en matière de traitement de la douleur en médecine générale**

«International Medical Press Le Dr Martin E Johnson, spécialiste du traitement des douleurs chroniques (Royal College of General Practitioners) et membre honoraire de la British Pain Society, décrit les défis uniques constitués par le traitement de la douleur en médecine générale, en mettant particulièrement l'accent sur l'importance d'une évaluation précise de la douleur ainsi que sur les techniques et les stratégies thérapeutiques permettant de la soulager. »

**Enjeux et principes de prise en charge de la neuropathie diabétique douloureuse**

Le professeur Dan Ziegler, de l'Institute for Clinical Diabetology, aborde le thème de la neuropathie diabétique douloureuse, et plus spécifiquement la polyneuropathie diabétique sensitivo-motrice.

## **Actualités**

### **Sommaire des actualités du n°4**

*10ème Journées Douleur Provoquée par les Soins – CNRD par JM MERIC pages 3 à 6*

*Insula : presqu'île, carrefour, 5ème lobe ? page 6*

*Traitement antalgique en urgence des coliques néphrétiques : confirmation de la supériorité des AINS pages 6 et 7*

*Pour combattre la douleur postopératoire en chirurgie colorectale page 7*

*Risque d'infections sérieuses et antalgiques opioïdes dans la PR pages 7 et 8*

*Douleurs neuropathiques : la toxine botulique pourrait devenir un traitement de recours page 8*

*Mouvements anormaux induits par les antidépresseurs sérotoninergiques page 8*

## **Résumés des articles**

### **10ème Journées Douleur Provoquée par les Soins - CNRD**

*Merci à Jean Marie MERIC (Centre de Rééducation Paul Cézanne MIMET) pour cet excellent compte rendu de congrès du 15 octobre 2015, Paris, faculté de médecine des Saints-Pères.*

#### **Les douleurs provoquées par les soins : une question éthique ?**

*Philippe Svandra, cadre supérieur de santé, docteur en philosophie, Marne-La-Vallée*

Longue mais très belle conférence inaugurale qu'a donnée Philippe Svandra. Difficile à résumer tant le sujet va chercher au plus profond de chaque soignant sa responsabilité envers l'individu qu'il est censé soulager quand il se voit contraint de lui infliger du « mal ».

Il nous rappelle que nous tous, soignants pratiquons des actes thérapeutiques qui entraînent des douleurs. Que nous les acceptons grâce au concept de « cécité empathique transitoire » qu'a mis en évidence Bénédicte Lombard, IDE doctorante en philosophie. Cette capacité professionnelle (acquise) permet de suspendre, pour un moment donné, l'empathie naturelle pour le patient afin de réaliser le geste technique algogène. Citant Michel Foucault (Naissance de la clinique, 1963) il souligne que le regard médical s'est progressivement détourné du malade pour se focaliser sur les caractéristiques objectives et constantes des tableaux cliniques et des lésions organiques. Ainsi l'expérience pathologique directe du patient est jugée négligeable » et le malade devient « l'accident de sa maladie, l'objet transitoire dont elle s'est emparée » dépouillé de toute notion douloureuse. La douleur s'apparente alors simplement à un signe, d'ailleurs assez rarement intéressant pour poser un diagnostic ou évaluer la progression d'une maladie. L'histoire nous montre encore cependant que si la médecine ne se réduit qu'à une technique, certes scientifiquement instruite, mais dissociée d'une éthique de la sollicitude, attentive à la souffrance d'autrui et respectueuse du droit à la vie et aux soins du malade en tant que personne », alors tous les risques deviennent possibles. Il nous suggère de revenir à ce qui, en ce qui me concerne, me semble fondamental. C'est la distinction que nous proposait, il y a près de trente ans, Marie-Françoise Collière entre soins coutumiers et habituels, qu'elle nommait le « care », liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie, et les soins de réparation, le « cure », liés au besoin de réparer ce qui fait obstacle à la vie. S'il existe des moments où le cure, pour le bien du malade, provoque des douleurs, il est de notre devoir de soignant que le care puisse, le plus rapidement possible, venir atténuer ce « souffrir ». J'ajouterai pour ma part de tâcher de le garder toujours à l'esprit.

#### **Douleurs provoquées et patients en fin de vie.**

*C Macary, Maison Médicale Jeanne Garnier – Paris (75). N Michenot, Hôpital André Mignot – Le Chesnay*

La prévention des douleurs liées aux soins est une priorité chez ces patients pour lesquels la qualité prime sur la quantité de vie. Anticiper la douleur est primordial, cependant son évaluation reste un temps incontournable afin de dépister des douleurs qui n'auraient pas été détectées et ainsi d'adapter les soins, que ce soit en terme médicamenteux ou non. Face à cette situation, la bonne attitude amène à se poser les questions suivantes : Quelle est la finalité de ce soin ? Le soin est-il douloureux ? A-t-il été expliqué au patient ? Celui-ci est-il d'accord ? C'est l'évaluation du rapport bénéfice/risque des traitements envisagés. Chaque soin potentiellement source d'inconfort doit donc être questionné. Dans tous les cas c'est le confort du patient qui doit être privilégié. Les soins corporels devront viser essentiellement à assurer le bien-être du patient. Cela implique organisation des soins et leur

synchronisation, prévention des douleurs et de l'anxiété, ainsi que le respect du rythme du patient et de son intimité... Les structures de soins qui accueillent les patients en fin de vie associent les proches et la famille et accordent une importance capitale aux ressentis de leur pensionnaires. L'approche est obligatoirement globale et interdisciplinaire, centrée sur la personne et sa qualité de vie plutôt que sur le malade et ses traitements. Tous les gestes sont sans cesse réévalués et adaptés pour l'agression la plus minime possible.

### **Epidémiologie des soins douloureux en fin de vie : résultats préliminaires de l'étude SPdol (Statut de Performance et douleur)**

*Dr Frédéric Maillard, Marie Thibaut, Patricia Cimerman (CNRD), Anne-Marie Trébulle, Dr Frédéric Guirimand Maison Médicale Jeanne Garnier Paris*

Étude menée par le CNRD, elle a pour objectif de faire l'état des lieux des procédures potentiellement douloureuses chez les patients en soins palliatifs ayant un PPS (Performance Palliative Scale) inférieur ou égal à 60%. L'étude conclut que dans la population étudiée, les soins d'hygiène et de confort sont les plus fréquents et qu'ils sont pourvoyeurs de douleurs importantes chez des malades en fin de vie avec un PPS bas. L'étude rapporte que ces douleurs peuvent être dépistées par l'échelle ALGOPLUS®, y compris en cas de sédation associée. Les patients inclus étaient tous pris en charge dans une unité spécialisée en soins palliatifs. Cette analyse se poursuivra ultérieurement avec des données similaires, issues de secteurs de soins non spécialisés.

### **Quels sont les besoins des Infirmières Ressource Douleur (IRD)?**

*Marie Thibaut, Frédéric Maillard, Odile Perrin, Laëtitia Tricoche, Patricia Cimerman Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur, Paris*

Les IRD sont en charge de quatre grandes missions : les activités de formation, les activités cliniques, les activités institutionnelles et les activités afférentes aux soins. L'objectif de cette étude était d'une part de connaître les domaines d'activité dans lesquels les IRD sont en difficulté et d'autre part d'identifier leurs besoins. Il s'agissait d'une enquête téléphonique réalisée à l'aide d'une grille d'entretien spécifique dont les questions portaient sur les difficultés rencontrées pour assurer leur fonction d'une part, les outils utilisés en pratique quotidienne d'autre part, ainsi que sur le site internet du CNRD et les ressources institutionnelles dont elles disposaient.

Description des difficultés rencontrées :

- Difficultés économiques, institutionnelles et logistiques
- Manque de temps, contexte économique défavorable aux demandes de formations et de personnel, manque d'implication des tutelles, non reconnaissance professionnelle et financière (activité non facturable)
- Difficultés dans l'accompagnement des équipes
- Indisponibilité des soignants, (charge de travail, turn-over), polyvalence nécessaire (gestion des équipes et des ressources)
- Difficultés liées aux travaux de recherche
- Manque de temps, d'expérience en EPP ou recherche, manque de méthodologie, difficultés à réaliser questionnaires

La principale demande des IRD est l'élaboration « d'outils clés en main » pour répondre plus aisément aux obligations institutionnelles (certification HAS) et à leur mission de formation. Pour mieux répondre aux besoins des IRD, plusieurs projets sont en cours d'élaboration au CNRD : Refonte du site Internet, élaboration de supports (affiches, posters, etc) création de vidéos (soins, évaluation, méthodologie).

## **Face à une problématique de douleur provoquée par les soins, comment faire ?**

*Patricia Cimerman, Infirmière, assistante de recherche clinique Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur (CNRD), Paris*

Un geste potentiellement douloureux doit toujours faire l'objet d'une réflexion en amont. Ce soin est-il vraiment nécessaire ? Faut-il le réaliser systématiquement ? Rappelons qu'un premier soin réalisé correctement conditionne les suivants.

Les Incontournables

- 1/ Identifier et lister les soins douloureux ou potentiellement douloureux par services, catégories professionnelles et classés par nature
- 2/ Organiser et anticiper, concertation, définition des rôles, actions en amont
- 3/ Informer : information adaptée (indication, déroulement, du soin, moyens mis en œuvre)
- 4/ Aménager l'environnement et prévoir une installation confortable
- 5/ Choisir un matériel adapté et être un soignant compétent
- 6/ Savoir associer les moyens antalgiques médicamenteux et non médicamenteux
- 7/ Favoriser la présence de l'entourage, des parents
- 8/ Evaluer le soin effectué (avant, pendant, après) et tracer sur le diagramme de soins

### **Réhabilitation après chirurgie : prise en charge de la douleur postopératoire lors de la mobilisation**

Dr Pascal Alfonsi, Médecin Anesthésiste-Réanimateur. Professeur Associé. Chef du Service d'Anesthésie de l'Hôpital Saint Joseph (75)

L'objectif est d'étudier l'incidence de la douleur à la mobilisation, des vertiges, de la fatigue, et de la sédation chez les patients opérés sur une semaine à l'hôpital Saint Joseph (Paris) avec une durée de séjour postopératoire supérieure à 1 nuit. L'identification des facteurs ralentissant le retour à l'autonomie (principalement la déambulation) va permettre d'étudier leur impact sur la durée des séjours. Résultats en cours d'analyse

### **Validation en postopératoire de l'échelle EVENDOL, score d'évaluation comportemental de la douleur chez le jeune enfant.**

Bien que de nombreuses échelles existent, des enquêtes et audits montrent régulièrement que l'évaluation de la douleur à l'aide de critères comportementaux validés (échelle ou score) chez l'enfant de moins de 7 ans reste insuffisante, malgré les différentes recommandations.

EVENDOL est une échelle comportementale simple à 5 items, élaborée et validée pour l'enfant aux urgences pédiatriques en 2006. EVENDOL a démontré ses excellentes propriétés (validité de construit, sensibilité, spécificité, accord inter-juges, cohérence interne) pour mesurer la douleur aux urgences pédiatriques, qu'il s'agisse d'urgences douloureuses médicales, traumatiques, chirurgicales, et en pré-hospitalier L'objectif de l'étude est d'estimer la corrélation entre le score EVENDOL et des échelles existantes (FLACC, OPS, EN) attribuée par un soignant et vérifier les critères de validité du score afin de valider l'usage d'EVENDOL dans le contexte post-opératoire.

C'est une étude multicentrique (CHU Rouen, CHU Trousseau à Paris, CHU St-Jacques à Besançon, CH Liège en Belgique), sans modification des pratiques habituelles. Plus de 260 enfants ont été inclus dans l'étude qui rapporte d'excellents critères de validité du score EVENDOL pour mesurer la douleur

post-opératoire, avec une non-infériorité par rapport aux scores habituels (FLACC et OPS). Cette étude conclut que l'échelle EVENDOL, initialement construite pour les urgences pédiatriques, peut désormais être utilisée en salle de réveil post interventionnelle et en service de chirurgie avec de bons critères de fiabilité et de reproductibilité.

### **Deux présentations sur l'introduction de l'hypnoalgésie dans la prévention des DIS : macrobiopsie du sein (Centre François Baclese, Caen) et kinésithérapie (Centre de réadaptation du grand feu, Niort)**

Deux vidéos sont disponibles sur le site du CNRD montrant l'utilisation de cette technique non médicamenteuse : <http://www.cnrdr.fr/Hypnoalgésie-et-macrobiopsie-du.html>  
<http://www.cnrdr.fr/Hypnoalgésie-et-kinesithérapie.html>

**L'ensemble des interventions est disponible en intégralité sur le site du CNRD**  
<http://www.cnrdr.fr>

### **Insula : presqu'île, carrefour, 5ème lobe ?**

*Par le Dr Catherine Thomas-Antérion (Lyon - Caluire) D'après des communications présentées aux Journées de Neurologie de Langue Française, Nantes, 5-8 avril 2016. La Journée GRECO-SNLF organisée aux JNLF 2016 de Nantes avait pour thème cette année l'insula et renouait avec la tradition neurologique anatomo-fonctionnelle.*

«... Certains suggèrent de le considérer comme un 5ème lobe à côté du 6ème continent que serait le lobe limbique... L'insula est très proche du cortex cingulaire antérieur et du cortex limbique. Elle entretient des rapports également avec le thalamus, l'hippocampe et l'amygdale et est un carrefour de nombreux faisceaux d'association intra-hémisphérique... Ses fonctions sont très nombreuses : homéostasie et régulation du SNA, intégration douleur/chaaleur, déglutition, mobilité gastrique, goût/dégoût, processus articulaire du langage, équilibration, addiction, empathie, etc.

Le Pr Luis GARCIA-LARREA (Lyon) a montré qu'en utilisant des méthodes « pain matrix », on souligne que les régions activées sinon ensemble, toutes lors de stimulations douloureuses, sont très nombreuses mais que seule la stimulation intracrânienne de l'insula et des opercules bilatéraux génère une douleur aiguë. Certains auteurs peuvent aller jusqu'à considérer l'insula comme la troisième aire somesthésique (S3) ! Cette intégration de la douleur est très ancienne dans l'évolution phylogénétique... Pour conclure ce travail nous rappelle que si beaucoup de travaux ont montré que l'on peut imaginer la douleur de l'autre et/ou ressentir une empathie, seule la partie postérieure de l'insula intègre « la douleur réelle » ; la partie antérieure permet de se souvenir, partager, imaginer. »

### **Traitement antalgique en urgence des coliques néphrétiques : confirmation de la supériorité des AINS**

*Delivering safe and effective analgesia for management of renal colic in the emergency department: a double-blind, multigroup, randomised controlled trial, Pathan SA, Mitra B, Straney LD, Afzal MS, Anjum S, Shukla D, Morley K, Hilli SA, Rumaihi KA, Thomas SH, Cameron PA, The Lancet, 15 Mars 2016 commenté par Claire LEWANDOWSKI – Site Vidal*

« Les coliques néphrétiques sont des douleurs intenses dues à la distension des cavités rénales, le plus souvent en raison d'une lithiase ("calcul") sur les voies urinaires (rein, uretère, vessie). Soulager la douleur de ces patients est l'objectif principal en première intention, avant le traitement de la cause. Pour cela, le traitement antalgique doit non seulement être efficace, mais il doit aussi pouvoir être administré dans les plus brefs délais. Actuellement, l'utilisation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) injectables est recommandée en 1ère intention, en l'absence de contre-indication (morphine titrée intraveineuse en cas d'échec ou de contre-indication).

Mais les preuves sont-elles assez solides pour ce schéma thérapeutique ? Les résultats d'une vaste étude, publiées dans *The Lancet* en mars 2016, confirment la supériorité en l'absence de contre-indication, de l'AINS testé (diclofenac en intra-musculaire), par rapport à la morphine IV ou au paracétamol IV... »

### **Pour combattre la douleur postopératoire en chirurgie colorectale**

*Regenbogen SE et coll. : Hospital analgesia practices and patient-reported pain after colorectal resection. Ann Surg., 2016; publication avancée en ligne le 7 janvier 2016. Commenté par le Dr Jean-Fred Warlin Site JIM*

La réduction de la douleur postopératoire a été désignée comme objectif prioritaire par les autorités de santé américaines, et les opérés jugent les services avant tout sur ce point. Pourtant, les progrès en cette matière semblent lents. Par ailleurs, on sait que les opioïdes ralentissent la reprise du transit et prolongent le séjour.

Pour connaître la situation réelle, les auteurs du Michigan ont recueilli de 2012 à 2014 les pratiques de 52 hôpitaux de cet État, unis pour améliorer la prise en charge de la douleur après chirurgie colorectale. Le critère de jugement est le score de la douleur sur une échelle visuelle analogique à J1 à 6 h du matin. Les moyens antalgiques ont été variables : anesthésie locale (AL), péridurale (APD) avec cathéter in situ, sédatifs par intermittence, par voie parentérale ou orale, analgésie contrôlée par le patient (PCA), perfusions dans un cathéter multi-perforé placé sous la plaie opératoire, utilisation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). De plus, les auteurs ont consulté un registre rempli par les opérés eux-mêmes, évaluant leur expérience et degré de satisfaction de la lutte contre la douleur, ce qui a permis de comparer les hôpitaux entre eux, classés en fonction des scores de douleurs en 4 quartiles égaux...

Le score moyen, sur 7 221 opérés, à J1, est de 5,1 avec des variations entre 4 et 6. Les malades aux scores élevés se rencontrent plutôt parmi les jeunes (< 50 ans), les Noirs, les femmes, les fumeurs, les sujets de plus faible poids corporel, les porteurs de pathologies multiples et les ceux qui sont mal assurés. Les malades opérés par voie ouverte, ou en urgence et avec des amputations abdominopérinéales du rectum souffrent aussi plus que les autres.

En comparant les centres qui ont les meilleurs scores (1er quartile) et les pires (4ème quartile), on constate que, dans les premiers, le volume chirurgical est plus élevé, et surtout qu'on y a eu recours plus souvent à l'AL, à l'APD, à la PCA ou aux AINS, et moins souvent aux opiacés par intermittence. Certes, l'abord coelioscopique diminue les scores de douleur, mais les variations inter-hospitalières demeurent même après prise en compte de cette différence. Les opérés dans les hôpitaux du 1er quartile ont eu moins de complications et un séjour plus court que ceux du 4ème quartile avec moins de réadmissions.»

### **Risque d'infections sérieuses et antalgiques opioïdes dans la PR**

*Opioid analgesics and the risk of serious infections among patients with rheumatoid arthritis Wiese AD, Griffin MR, Stein M et coll. Arthr. Rheumatol. 2016 ; 68 : 323-31 Article commenté par le Dr Véra Lemaire (CHU Lariboisière - Paris) Tirée de la Réunion de Bibliographie en date du 31 mars 2016. Site Rhumato.net*

Le risque d'infections sérieuses en relation avec la prise d'antalgiques opioïdes a été étudié chez 13.796 patients ayant une PR. Ont été pris en compte l'âge, les traitements rhumatologiques, la corticothérapie et un traitement par inhibiteur de pompes à protons.

1790 patients ont été hospitalisés au moins une fois pour infection sérieuse. Les opioïdes utilisés étaient l'hydrocodone dans 48% des cas, le propoxyphène dans 22,3%, l'oxycodone dans 12,8%, la morphine dans 5,7%, la codéine dans 5%. Tous les opioïdes étaient associés à une augmentation du

risque d'infection à 1,73. L'incidence des infections était également augmentée avec une utilisation récente d'opioïdes comparativement à l'absence d'utilisation. L'utilisation nouvelle d'opioïdes augmentait encore l'incidence des infections sérieuses à 2,38.

L'augmentation concernait également les opioïdes de longue durée, et de courte durée, plus importante pour les longues durées. Il en était de même qu'ils soient immunosupresseurs ou non, avec une augmentation plus importante pour les immunosupresseurs. La dose était aussi importante à considérer avec une augmentation avec la dose. Un traitement anti-inflammatoire non stéroïdien n'augmentait pas le risque d'hospitalisation pour infection sérieuse, ce qui permettait de ne pas retenir la douleur comme élément confondant.

Analyse de l'article

Le risque augmenté d'infections sérieuses au cours de la PR en cas de traitement par les opioïdes doit être connu.

### **Douleurs neuropathiques : la toxine botulique pourrait devenir un traitement de recours**

*Attal N et al. « Safety and efficacy of repeated injections of botulinum toxin A in peripheral neuropathic pain (BOTNEP): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. » The Lancet Neurology, publié en ligne le 29 février 2016. Commenté par Stéphane KORSIA-MEFFRE - Date de publication : 22 Avril 2016 Site Vidal*

« Les douleurs neuropathiques (liées à une atteinte d'un ou plusieurs nerfs) sont difficiles, parfois impossibles à soulager. Or depuis plusieurs années, des expérimentations chez l'animal et l'adulte ont suggéré un effet antalgique de la toxine botulique (ou botulinique) A, indépendamment de son effet figeant sur les muscles. Afin d'évaluer rigoureusement cette éventuelle efficacité chez des personnes souffrant de douleurs neuropathiques, une équipe de l'INSERM a réalisé une étude multicentrique, randomisée, en double aveugle contre placebo. Les résultats de cette étude, publiée dans le Lancet fin février 2016, montrent une efficacité, certes modérée, d'injections de toxine botulique de type A dans le soulagement des douleurs neuropathiques périphériques localisées. Cette alternative thérapeutique, prometteuse, pourrait trouver sa place comme adjuvant des traitements centraux habituellement prescrits dans cette indication... »

### **Mouvements anormaux induits par les médicaments : penser aux antidépresseurs sérotoninergiques !**

*Extrapyramidal Reactions Associated with Serotonergic Antidepressants. Hawthorne JM, Caley CF. Ann Pharmacother. 2015 ; 49(10):1136-52. Article commenté par le Dr Olivier Colin (CHU Poitiers) Site neurocoop.net*

« Lorsque l'on évoque les syndromes parkinsoniens iatrogènes, on pense systématiquement aux neuroleptiques, y compris les neuroleptiques « cachés » du fait de l'antagonisme des récepteurs dopaminergiques qu'ils provoquent. Ce ne sont pourtant pas les seuls psychotropes pouvant induire des syndromes extrapyramidaux... Une revue de la littérature récente a identifié 91 cas (janvier 1998 à mai 2015) de patients traités par antidépresseurs type inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) ayant présenté des signes neurologiques extrapyramidaux... Ils survenaient habituellement dans le mois suivant l'instauration de l'antidépresseur, ou suite à une augmentation de dose. La physiopathologie, mal comprise, pourrait concerner une inhibition du système dopaminergique... »