

Le mot de la présidente

Cette fin d'année a malheureusement été riche en événements dramatiques qui nous ont tous touchés ; douleur, souffrance, perte, peur étaient côtoyés au quotidien dans nos vies professionnelles, l'actualité les a introduits aussi dans nos vies personnelles. Mais 2015 a aussi été porteuse de solidarité, de tolérance, d'échanges et je l'espère de « sens ».

A notre niveau, le travail du Réseau ne peut se poursuivre sans votre soutien : grâce à l'investissement de plusieurs d'entre vous, les groupes de travail sur les protocoles DIS ont débuté avec une première réunion et permettront, nous l'espérons de vous apporter une aide.

Merci au Comité de Coordination, au Conseil Scientifique et à vous tous ; à l'année prochaine



Agenda 2016 du Réseau

Le 28 janvier 2016 à 14 h

Réunion du Réseau

Clinique de l'Etoile à Puyricard

Le 25 février 2016

Sixième Journée des Actualités de la Douleur

La douleur en questions

Villa Massalia Marseille

smever@divine-id.com

www.divine-id.com

Le 21 avril 2016 à 19 h

Soirée des CLUDS

Hôpital de la Timone Marseille

«Les passions de l'âme

Ah veillez surtout sur l'âme de celui qui souffre ; occupez-vous aussi de son sommeil et de son repos ; n'y laissez pénétrer que les passions douces et généreuses. Que toutes les pensées qui en sortent, que toutes celles qui y sont reçues parlent espérance et plaisir. La douleur se nourrit de pensées sombres, n'en n'offrez que de gaies. ; mettez dans votre conversation ce ton d'aménité, cet air de l'intérêt qui force votre confiance : ne promettez pas trop mais au moins promettez ; un doux espoir est l'aliment du courage, et le courage, quand on souffre, est bientôt épuisé. Rappelez à des idées chères ; peignez des temps où l'on fut heureux ; découvrez la félicité que promet l'avenir ; offrez-en l'image dans l'exemple connu des mêmes maux soulagés ou guéris...»

Discours sur la douleur de Marc Antoine PETIT, Chirurgien en chef de l'Hôtel Dieu de Lyon, Prononcé le 28 brumaire de l'an VII (21 novembre 1799)

A lire

[Le livre blanc des structures douleur par la SFETD](#)

« En 2015, les plans gouvernementaux « douleur » sont au point mort, un grand nombre d'incertitudes pèsent sur les structures, sur la formation à la douleur et les restrictions budgétaires vont croissantes. Dans ce nouveau contexte, le Conseil d'Administration de la SFETD (Société Française d'Etude et Traitement de la Douleur - Annexe I) a souhaité réaliser un nouvel état des lieux concernant les structures de prise en charge de la douleur chronique en France (dites Structures Douleur), en reprenant d'une part l'historique de leur mise en place et d'autre part l'analyse de leur situation actuelle. »

<http://www.sfetd-douleur.org/livre-blanc-sfetd-des-structures-de-la-douleur-en-france-2015>

[Les douleurs lombaires](#)

Institut UPSA de la douleur Paru en 2015 Coordinateur : Françoise Beroud Coordinateurs scientifiques : Pr François Rannou, Pr Richard Trèves

« Les auteurs de cet ouvrage abordent l'épidémiologie de la lombalgie ainsi que la physiopathologie de la douleur lombaire, le diagnostic et la prise en charge d'une lombalgie aiguë chez l'adulte, la lombalgie chronique, celle de l'enfant et l'adolescent. Sont également traités les antalgiques, les infiltrations, la rééducation ou encore la chirurgie. »

Actualités

[Sommaire des actualités du n°3](#)

La Coalition Canadienne contre la Douleur : un exemple pour la région PACA ? Page 3

La douleur est un indice pronostique indépendant en cas de cancer métastatique Page 3 et 4

Prégabaline et douleur post-opératoire : avant, pendant ou après ? Page 4

Peu de femmes connaissent un soulagement de la douleur en prenant des opioïdes à long terme Page 4 et 5

Tramadol pour douleur non cancéreuse et risque d'hyponatrémie Page 5

Gamme antalgique Efferalgan (paracétamol) : les présentations remboursables prennent le nom d'EfferalganMed Page 5 et 6

Douleur neuropathique : cibler les facteurs cognitifs et affectifs de sa perception Page 6

Douleur neuropathique : un antiépileptique hors AMM se justifie-t-il ? Page 6 et 7

Douleurs neuropathiques, quand l'effet placebo tue les nouveaux antalgiques dans l'œuf Page 7 et 8

Journée mondiale contre les rhumatismes: un adulte sur quatre en souffre en Europe Page 8

Quand les patients arthrosiques prennent la parole Page 8 et 9

« *IRMoscopie de la lombalgie commune* » Page 9

« *La migraine de l'enfant: plus tôt tu me prends en charge, mieux c'est !* » Page 9 et 10

Maladie bipolaire et migraine, une association privilégiée Page 10

Internet, le nouveau guérisseur ? Page 10 et 11

Douleur, plaisir, sentiments, sens esthétique : des articles de 1895.... Page 11

Fin de vie médicalisée: vers un droit à la sédation en phase avancée ou terminale Page 12

Résumés des articles

La Coalition Canadienne contre la Douleur : un exemple pour la région PACA ?

« La Coalition canadienne contre la douleur est un partenariat qui allie des groupes de patients qui souffrent, des professionnels de la santé spécialisés dans le traitement de la douleur et des scientifiques qui étudient de meilleures façons de la soulager. Ce partenariat a débuté en mai 2002 suite à une initiative de la Société canadienne de la douleur, laquelle demeure un partenaire actif au sein de la Coalition. Notre objectif est de promouvoir l'amélioration soutenue du traitement de tous les types de douleur par le développement d'une Charte des droits et des responsabilités des patients souffrant de douleur, l'éducation des professionnels, du public et des membres du gouvernement en regard des problèmes significatifs qu'engendre la douleur au Canada et la déclaration de la Semaine nationale de sensibilisation au problème de douleur ». [***L'échelon régional permettrait de mieux piloter une telle initiative et d'en adapter les objectifs aux besoins, en y associant l'ARS. Le Réseau Douleur Paca Ouest pourrait-il être le support d'une telle initiative ? Ph Roussel***]

La douleur est un indice pronostique indépendant en cas de cancer métastatique

Elaidi R et coll. : Impact of pain on survival in metastatic cancer patients treated with chemotherapy: A prospective longitudinal study of patient-reported severity. European cancer congress (Vienne, Autriche) : 25-29 septembre 2015. Site JIM Article commenté par le Dr Dominique-Jean Bouilliez

« La douleur est l'effet secondaire du cancer qui impacte le plus la qualité de vie. Son intensité au moment du diagnostic est fréquemment un facteur pronostique tandis que la modification du score de la douleur en cours de traitement est un bon indice pour aider à prendre les décisions adéquates. Le programme PROCHE (Programme d'Optimisation des Chimiothérapies) de l'Hôpital Européen Georges Pompidou a été établi pour améliorer l'efficacité de la prise en charge de tous les patients oncologiques à toutes les étapes de la chaîne de soins. Dans ce cadre, 2 357 patients ayant une tumeur métastatique ont été suivis entre octobre 2008 et décembre 2014. Sur les 2 026 patients éligibles qui avaient noté leur score de douleur dès la première chimiothérapie, 34 % ne présentaient pas de douleur, 43 % une douleur modérée et 23 % une douleur sévère. La survie médiane dans chacun de ces groupes était respectivement de 42 mois, 30 mois et 15 mois. Le score de douleur était ainsi un marqueur indépendant du pronostic ($p < 0,001$). L'évolution de la douleur en cours de

traitement était également un facteur pronostique significatif: le risque de décès était multiplié par 2,16 pour chaque augmentation de grade (31,2 mois en cas de « très bon contrôle » de la douleur, 25,6 mois en cas de « diminution de la douleur », 20,8 mois en cas « d'augmentation de la douleur » ; 13,2 mois « en l'absence de contrôle »). L'évaluation de la douleur doit donc faire partie de la consultation initiale, concluent les auteurs. »

Prégabaline et douleur post-opératoire : avant, pendant ou après ?

Perioperative use of pregabalin for acute pain - a systematic review and meta-analysis. Eipe N, Penning J, Yazdi F et al. Pain. 2015 ; 156(7):1284-300. Article commenté le Pr Serge Perrot (Hôtel Dieu Paris) Site Algoscoop.net

« La prégabaline est actuellement souvent utilisée en péri-opératoire dans les protocoles d'anesthésie pour réduire la douleur post-opératoire et, éventuellement, prévenir les douleurs chroniques post-opératoires à long terme. Les protocoles sont très variés, et il n'est pas évident de savoir si ces pratiques ont véritablement un intérêt. Cette **méta-analyse** parue dans la revue Pain a repris l'ensemble des études ayant évalué l'intérêt de la prégabaline en péri-opératoire. Un total de 1.423 études a été sélectionné et finalement 43 études ont été incluses dans l'analyse. Les études retenues sont pour la plupart des études européennes. Les **résultats de la méta-analyse** concluent que l'utilisation de la prégabaline en péri-opératoire permet une réduction globale de 16% de la consommation d'antalgiques et une réduction modérée de la douleur, essentiellement dans les chirurgies impliquant de la douleur pro-nociceptive. Par contre, quelques effets secondaires ont été associés à l'utilisation de la prégabaline, en particulier une vision floue et une sédation plus importante. La prégabaline semble aussi avoir eu un effet préventif d'autres symptômes, avec un effet plutôt faible : ainsi pour prévenir les nausées et les vomissements post-opératoires, le nombre nécessaire de patients à traiter a été de 11, en faveur d'un effet plutôt faible. Il n'y avait pas d'argument pour indiquer que la prégabaline améliorerait la guérison et réduisait les risques péri-opératoires.

Commentaires

La prégabaline en pré et péri-opératoire semble avoir un intérêt modeste, essentiellement dans les chirurgies avec douleurs pro-nociceptives. Son efficacité est limitée, avec une réduction des doses d'antalgiques dont il est difficile de connaître l'impact en termes de réduction d'effets indésirables ou de risques iatrogènes.

Pour développer des attitudes rationnelles et obtenir éventuellement un effet plus marqué, Il serait important que des protocoles standardisés, plus précis, soient développés car les pratiques d'anesthésie sont très diversifiées en termes de doses et de durée d'utilisation.

Peu de femmes connaissent un soulagement de la douleur en prenant des opioïdes à long terme

Sex and Age Differences in Global Pain Status Among Patients Using Opioids Long Term for Chronic Noncancer Pain LeResche Linda, Saunders Kathleen, Dublin Sascha, Thielke Stephen, Merrill Joseph O., Shortreed Susan M., Campbell Cynthia, and Von Korff Michael R.. Journal of Women's Health. August 2015, 24(8): 629-635. doi:10.1089/jwh.2015.5222. Site Univadis

« Les médicaments pourraient présenter des risques pour la fécondité et le développement du fœtus. La prise d'opioïdes à long terme pour traiter des douleurs chroniques n'est efficace que chez une faible proportion de femmes jeunes ou d'âge moyen. En général, le médicament n'est bénéfique

qu'à un cinquième des patientes, selon une étude américaine publiée dans la revue *Journal of Women's Health*. Les scientifiques de l'Université de Washington, à Seattle, ont comparé les données de 2 163 personnes âgées de 21 à 80 ans sous traitement opioïde chronique. En plus du niveau global de douleur du patient, ils ont également examiné les troubles liés à la douleur et le nombre de jours avec une activité réduite. En général, seul un cinquième des patients (19,6 %) présentaient un niveau de douleur favorable. Plus d'un quart (27,8 %) se classaient au niveau intermédiaire et plus de la moitié des patients (52,6 %) avaient un niveau de douleur défavorable. Un niveau global défavorable a été constaté dans tous les groupes d'âge. Dans les groupes de participants jeunes et d'âge moyen (21 à 44 ans et 45 à 64 ans), les résultats étaient nettement plus mauvais chez les femmes que chez les hommes : 66 % des femmes étaient plus susceptibles d'avoir un niveau de douleur défavorable, contre 40 % des hommes ; dans le groupe d'âge moyen, 59 % des femmes présentaient un niveau de douleur défavorable, contre 39 % des hommes. Ce n'est que dans le groupe des participants les plus âgés (65 à 80 ans) que les proportions d'hommes et de femmes, présentant un niveau de douleur favorable, étaient comparables. Dans ce groupe d'âge, la probabilité d'un résultat de traitement négatif était la plus élevée chez les hommes. Les auteurs concluent que le niveau de douleur et la fonctionnalité chez les patients sous traitement opioïde chronique variaient considérablement, mais l'effet était généralement assez faible. Les femmes, et en particulier les femmes jeunes ou d'âge moyen, sont susceptibles d'être concernées par les risques liés aux médicaments : les opioïdes peuvent nuire à la fécondité et, pris pendant la grossesse, ces médicaments peuvent avoir des effets préjudiciables sur le développement du fœtus. » **Comment discriminer les patients(es) répondeurs ?**

Tramadol pour douleur non cancéreuse et risque d'hyponatrémie

Tramadol for non cancer pain and the risk of hyponatremia Fournier JP, Yin H, Nessim SJ et coll. Amer. J. Med. 2015 ; 128 : 418-25 Site Rhumato.net Article commenté Par le Dr Véra Lemaire (CHU Lariboisière - Paris)

« Une population de 332.880 patients ayant commencé un traitement par tramadol (27.951 utilisateurs) ou codéine (304.929 utilisateurs) a été identifiée à partir d'une base de données statistiques britanniques. Le risque d'hospitalisation pour hyponatrémie dans les 30 premiers jours de traitement par le tramadol a été comparé à celui du traitement par la codéine... Le risque associé au tramadol était de 4,6 pour 10.000 personnes mois et... multiplié par 3 par rapport à la codéine, multiplié par 5 chez les patients âgés de moins de 65 ans. Il n'y avait pas d'augmentation du risque d'hyponatrémie modérée (entre 125 et 129mmol/l) avec le tramadol mais une augmentation du risque d'hyponatrémie profonde.

Analyse de l'article

Les opioïdes comme les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine peuvent induire un syndrome de sécrétion inappropriée de l'hormone antidiurétique. Lorsque la natrémie est inférieure à 125mmol/l elle peut être responsable de confusion, convulsions, coma. Le risque d'hyponatrémie avec le tramadol doit être connu. »

Gamme antalgique EFFERALGAN (paracétamol) : les présentations remboursables prennent le nom d'EFFERALGANMED

Par David PAITRAUD - Date de publication : 27 Octobre 2015 Site Vidal

« Des changements de noms interviennent sur les présentations composant la gamme antalgique EFFERALGAN (paracétamol). Les présentations remboursables à 1 g et à 500 mg en comprimé effervescent, et à 500 mg en comprimé prennent le nom d'**EFFERALGANMED**. Les présentations non remboursables EFFERALGANTAB 1 g comprimé pelliculé et EFFERALGANODIS 500 mg comprimé orodispersible deviennent respectivement EFFERALGAN 1 g comprimé pelliculé et EFFERALGAN 500 mg comprimé orodispersible... La mise à disposition sous ce nouveau nom est prévue respectivement à partir de mi-novembre 2015 et de janvier 2016. Le taux de remboursement est de 65 %. »

Douleur neuropathique : cibler les facteurs cognitifs et affectifs de sa perception

Communiqué Mc Gill 8 oct, 2015 Le siège de la douleur est dans le cerveau et The Journal of Neuroscience 23 September 2015 doi: 10.1523/JNEUROSCI.0799-15.2015 Peripheral Neuropathy Induces HCN Channel Dysfunction in Pyramidal Neurons of the Medial Prefrontal Cortex Site Santé Log

« Ces travaux de l'Université McGill ouvrent une nouvelle voie pour prendre en charge les douleurs neuropathiques. Ils montrent qu'en bloquant des canaux ioniques spécifiques qui jouent un rôle clé dans la transmission des signaux dans une zone clé des fonctions cognitives et affectives, le cortex cingulaire antérieur, ils parviennent à réduire considérablement la sensation de douleur... L'étude décrypte le rôle des **canaux ioniques HCN** au rôle clé dans la transmission des signaux inter-neuronaux dans le **cortex cingulaire antérieur (CCA)**, une région du cerveau systématiquement recrutée et sur-stimulée en cas de douleur aiguë ou chronique... L'équipe menée par le Dr Philippe Séguéla montre que le **blocage de ces canaux** permet de réduire l'hyperexcitabilité du CCA et d'induire des **effets analgésiques**... En ciblant les canaux HCN de cette zone clé du cerveau, associés aux facteurs cognitifs et affectifs de la perception même de la douleur, les chercheurs espèrent aussi pouvoir soulager les symptômes associés aux douleurs neuropathiques. « Nous savons que les personnes souffrant de douleur chronique éprouvent un déficit de la mémoire de travail, des difficultés à se concentrer sur certaines tâches et souffrent fréquemment de dépression et d'anxiété. Nos résultats ouvrent la voie à des traitements possibles de ces symptômes aux effets débilissants qui sont liés à la douleur chronique », conclut le professeur Séguéla. »

Pour développer des attitudes rationnelles et obtenir éventuellement un effet plus marqué, Il serait important que des protocoles standardisés, plus précis, soient développés car les pratiques d'anesthésie sont très diversifiées en termes de doses et de durée d'utilisation.

Douleur neuropathique : un antiépileptique hors AMM se justifie-t-il ?

Giladi H et coll. : Pregabalin for chronic pain: does one medication fit all? 2015;31(7):1403-11. doi: 10.1185/03007995.2015.1040750. Site JIM Article commenté par le Dr Claude Biéva

« Un antiépileptique comme la prégabaline est souvent prescrit dans la prise en charge des douleurs neuropathiques. Différentes études rapportent son utilisation en "off label" (hors AMM). Est-ce une pratique marginale ou une pratique courante, et si oui, dans quelle indication et avec quels résultats? C'est la question à laquelle a voulu répondre une équipe canadienne... Dans cette étude, un total de 4 339 patients ont été rassemblé à partir de deux registres : le Quebec Pain Registry et le Fibromyalgia Patients Registry... : 8,18 % étaient éligibles pour l'étude parce qu'ils souffraient d'une douleur chronique d'origine non cancéreuse, traitée par la prégabaline pendant l'année écoulée. Les

trois quarts avaient eu une prescription de prégabaline dans des indications non approuvées par le Ministère de la Santé publique canadien, et considérées dès lors comme des utilisations "off label"... L'indication la plus courante est la douleur lombaire basse relevée chez 28,85 % des patients suivie par la fibromyalgie (16,6)... La prégabaline est prescrite par un spécialiste de la douleur (33 %), un autre spécialiste (39 %) ou un généraliste (28 %). Les doses prescrites sont comparables dans les deux types de prescription en "off" et "on". Une des questions posées avait trait à la perception du patient sur l'efficacité du médicament. L'efficacité est jugée aussi bonne en "off label" qu'en "on label" avec dans les deux cas une amélioration significative de la qualité de vie... Les auteurs en concluent qu'en dépit des indications spécifiques pour la prescription de prégabaline, celle-ci est fréquemment utilisée en "off label", notamment pour la douleur lombaire basse avec ou sans radiculopathie, les cervicalgies etc. Traiter une douleur chronique quelle qu'elle soit, avec la prégabaline peut se justifier, soulignent-ils, considérant son rôle modulateur des neurotransmetteurs et les larges propriétés analgésiques qui en découlent. Les limites de cette étude rétrospective sont le faible taux de réponse des participants et un recrutement non représentatif de la population générale. C'est d'études complémentaires que devrait venir une réponse définitive à la question de l'usage de la prégabaline en "off label". »

Douleurs neuropathiques, quand l'effet placebo tue les nouveaux antalgiques dans l'œuf

Aude Lecrubier. Douleurs neuropathiques, quand l'effet placebo tue les nouveaux antalgiques dans l'œuf. Site Medscape. 13 nov 2015.

« Montréal, Canada — Depuis quelque temps déjà, l'industrie pharmaceutique peine à sortir des nouveaux antalgiques pour soulager les douleurs neuropathiques. Les médicaments candidats ne sont-ils tout simplement pas assez efficaces ? Pas si simple, répondent les chercheurs Jeffrey S. Mogil et coll. (Département de psychologie, Centre de recherche sur la douleur Alan Edwards, Université McGill, Montréal, Canada) qui signalent une « montée » en puissance de l'effet placebo dans les essais américains sur les douleurs neuropathiques au cours des trois dernières décennies.

D'après la méta-analyse publiée dans la revue *Pain* [1] et dont le magazine *Nature* se fait l'écho [2], l'augmentation de l'effet placebo au cours de ces dernières années a rendu difficile la démonstration de l'efficacité des principes actifs testés dans ces essais cliniques. Les chercheurs notent qu'auparavant, d'autres méta-analyses d'essais contrôlés randomisés sur des antipsychotiques ou des antidépresseurs ont montré que la réponse au placebo était devenue plus importante au fil des ans. **L'écart entre principe actif et placebo se réduit.** Cette nouvelle méta-analyse a inclus 84 essais publiés entre 1990 et 2013, testant 92 nouveaux principes actifs versus placebo dans les douleurs neuropathiques. En s'appuyant sur l'évaluation de la douleur par les patients, les chercheurs ont pu observer que l'efficacité des principes actifs testés était restée stable pendant 23 ans, alors que la réponse aux placebos s'était amplifiée. L'avantage des traitements sur les placebos a donc significativement diminué dans le temps ($p=0,0003$). En 1996, les principes actifs induisaient 27% d'analgésie en plus par rapport aux placebos alors qu'en 2013, cet écart n'était plus que de 9%. Toutefois, les auteurs notent que cette particularité n'est visible que pour les 35 essais réalisés aux Etats-Unis et pas pour le reste du monde (Asie, Europe...). La publicité et les grands essais renforcent l'effet placebo. Selon eux, deux principales raisons peuvent expliquer cette spécificité régionale. **D'une part, la publicité sur les médicaments auprès du grand public**, autorisée aux Etats-Unis et en Nouvelle-Zélande seulement, augmenterait les attentes envers les traitements et favoriserait donc un effet placebo. Par le passé, d'autres études ont suggéré que la présentation spectaculaire de la marchandise et notamment son coût pouvait moduler l'effet placebo, le coût élevé augmentant les attentes des patients. **D'autre part, entre 1990 et 2013, les essais menés aux Etats-Unis** sur les douleurs neuropathiques **sont devenus plus vastes et plus long**, ce qui n'a pas été le cas ailleurs. Or,

d'après une analyse multivariée de Mogil et coll., la taille et la longueur des essais sont, en effet, associées à de meilleures réponses aux placebos au fil du temps. »

Journée mondiale contre les rhumatismes: un adulte sur quatre en souffre en Europe

World Arthritis Day EULAR 10 things you should know about rheumatic diseases fact sheet 2015

Site Santé Log

« Polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante, arthrite, fibromyalgie, goutte, lupus, les maladies rhumatismales atteignent sous plus de 200 formes la qualité de vie de millions de personnes. Ces maladies affectent les articulations, les os, le cartilage, les tendons, les ligaments et/ou les muscles. Le 12 octobre 2015, la Journée Mondiale des Rhumatismes (World Arthritis Day) rappelle que les rhumatismes affectent ainsi **un adulte sur quatre** et sont la première cause de handicap après 40 ans. En **Europe**, plus de **120 millions de personnes** souffrent ainsi de maladies rhumatismales, appelées aussi maladies musculo-squelettiques (ou également « arthrite »). Il n'existe pas de traitement standard et définitif pour les maladies rhumatismales... Les rhumatismes ont, en raison de leurs différents symptômes qui obèrent la qualité de vie et des comorbidités fréquentes, comme l'anxiété et la dépression. Ainsi, si l'**autogestion** reste un élément clé de la gestion d'une maladie rhumatismale, le **soutien psychologique** reste donc souvent nécessaire, en **complément du traitement**. C'est le premier message de cette Journée mondiale. L'apparition des symptômes doit amener à consulter. Il s'agit principalement, de l'inflammation des articulations, des douleurs musculaires et articulaires persistantes, de la fatigue, la baisse d'énergie, la sensation de faiblesse ou de malaise, d'une rigidité ou une capacité restreinte de mouvement ou une souplesse réduite, d'une déformation articulaire et des symptômes psychologiques comme l'anxiété. Ces symptômes doivent être rapidement évalués par un médecin afin de mettre en place le traitement approprié le plus rapidement possible. Un **traitement médical précoce**, initié dans les 12 semaines suivant l'apparition des premiers symptômes permettra de **prévenir les lésions, d'améliorer la fonction articulaire à long terme et d'augmenter les chances de rémission**. Certains facteurs les favorisent. Il s'agit du tabagisme, du surpoids, de certaines conditions de travail. Des facteurs génétiques et l'avancée en âge peuvent également augmenter le risque de rhumatismes. Là encore parmi les facteurs, certains sont évitables. Mais on l'aura compris, face l'augmentation de la prévalence de ces maladies avec le vieillissement des populations, et à leur fardeau économique croissant, la recherche et le développement de nouveaux traitements sont donc l'enjeu prioritaire de cette Journée Mondiale. »

Quand les patients arthrosiques prennent la parole

AFLAR. Résultats de la 1ère grande enquête nationale sur l'arthrose. « L'arthrose, un fardeau méconnu et fréquent ». 9 octobre 2013. Article commenté par le Dr Isabelle BIRDEN Site JIM

« Le site Internet **stop-arthrose.org** a été créé à l'initiative de l'Alliance nationale contre l'arthrose, un groupe de travail mis en place par l'AFLAR (Association française de lutte antirhumatisme) et regroupant tous les acteurs nationaux impliqués dans la prise en charge de l'arthrose et, notamment, tous les experts français travaillant dans ce domaine. En 2012 et 2013, ce site a notamment permis de mener une enquête auprès des patients atteints d'arthrose grâce à un questionnaire hébergé et, ainsi, de recueillir un nombre impressionnant de données provenant de 4 600 personnes (plus de 2 900 étant exploitables). Les résultats de cette enquête offrent ainsi un panorama très complet et

actuel de la vie quotidienne des personnes souffrant d'arthrose.

La douleur comme principale difficulté. La souffrance est bien le maître mot des patients arthrosiques puisque 89,4 % citent la douleur comme principale difficulté, qui est de plus permanente dans un tiers des cas. Le handicap fonctionnel est fortement corrélé aux douleurs. A cet égard, plus de la moitié des répondants ont déclaré être gênés dans leur vie quotidienne, avec un impact très fréquent sur le moral, affecté dans plus de 80 % des cas, et une forte altération de l'image de soi (64 %). Il existe également des répercussions professionnelles puisque près de la moitié des participants (47,9 %) avaient moins de 60 ans. Parmi les sujets qui travaillent, 62,9 % ont signalé un impact de leur maladie sur leur vie professionnelle.

Injustice, colère et incompréhension. Cette situation explique sans doute la forte mobilisation des patients dans le cadre de la pétition menée par l'AFLAR contre le déremboursement de certains médicaments de l'arthrose (148 000 signatures de soutien). Les patients ont alors exprimé des sentiments d'injustice, de colère et d'incompréhension face à une plus grande difficulté à recourir à des médicaments qu'ils estiment être efficaces/bien tolérés et nécessaires, et non pas de simple confort. Majoritairement, les patients contraints d'**arrêter** leur traitement par **AASAL** (anti arthrosiques d'action lente comme la glucosamine) ont la sensation **d'avoir augmenté** leur **consommation d'antalgiques voire d'anti-inflammatoires**, médicaments ayant des effets secondaires potentiellement plus lourds... »

A la recherche de solutions... Face à cela, le besoin d'information apparaît majeur (78,3 %) et aussi celui d'être entendu et soutenu. Neuf personnes sur dix disent d'ailleurs être en quête de solutions pour améliorer leurs douleurs, qui restent leur plus grande préoccupation.

La prise en charge thérapeutique de l'arthrose n'est cependant pas si simple car elle repose, non pas sur un seul médicament, mais sur une multitude d'approches y compris non pharmacologiques. Ainsi, la kinésithérapie, une activité physique régulière, la perte de poids, le port d'orthèses, les cures thermales, etc. s'ajoutent aux produits de la pharmacopée actuellement disponibles : antalgiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens, anti-arthrosiques d'action lente, traitements locaux, infiltrations, viscosupplémentation... Sans oublier la chirurgie, tout particulièrement pour les gonarthroses et les coxarthroses.

Jamais sans mon médecin ! Cela explique pourquoi ils attendent un accompagnement des professionnels de santé, et plus particulièrement de leur médecin, pour les aider dans cette prise en charge à plusieurs facettes qu'ils peuvent difficilement orchestrer eux-mêmes... »

« IRMoscopie de la lombalgie commune »

Ract I, Meadeb JM, Mercy G, Cueff F, Husson JL, Guillin R. A review of the value of MRI signs in low back pain. Diagn Interv Imaging 2015;96(3):239-49. Site Actu Douleurs

« À n'en pas douter, la présentation des différents signes radiologiques visualisables en IRM et les rappels physiopathologiques expliquant les modifications observables font de cet article un outil précieux pour permettre au clinicien de transmettre une information éclairée et intelligible au patient. » Article commenté par leDr Antonin Sabon Médecin généraliste à Bourg-la-Reine

« La migraine de l'enfant: plus tôt tu me prends en charge, mieux c'est ! »

Galinski M, Sidhoum S, Cimerman P, et al. Early Diagnosis of Migraine Necessary in Children: 10-Year Follow-Up. Pediatric Neurology 2015;53(4):319-323. Site Actu Douleurs

La migraine de l'enfant est souvent sous-estimée, peut-être mal connue. Pourtant sa prévalence est de près de 7,7 % chez les jeunes de moins de 20 ans... Que retenir alors de cette étude observationnelle ? Le seul facteur semble être l'âge de diagnostic : après 12 ans, il semblerait y avoir un risque plus élevé de présenter ensuite des crises migraineuses plus fréquentes et inversement pour les enfants de moins de 12 ans... Il est donc important de dépister ces jeunes migraineux au plus tôt, et de leur offrir une prise en charge adaptée. Article commenté par Dr Rodrigue Deleens
Coordonnateur et directeur de la publication

Maladie bipolaire et migraine, une association privilégiée

Gigante AD et coll.: Rapid cycling bipolar disorder is associated with a higher lifetime prevalence of migraine. Acta Psychiatrica Scandinavica, 2015; 132: 308–309. Site JIM Article commenté par le Dr Alain Cohen

« On a déjà observé que la maladie bipolaire est associée à une prévalence élevée de troubles migraineux, au point que certains auteurs ont proposé de considérer cette association comme un type particulier de maladie bipolaire (un « sous-phénotype ») qui serait caractérisé par un âge de début plus précoce, un risque accru de suicide, une évolution défavorable, émaillée par un nombre plus important d'épisodes (notamment dépressifs) et des comorbidités plus marquées. Cette forme clinique de trouble bipolaire pourrait être associée avec une autre variante méconnue, le trouble bipolaire à commutation rapide (TBCR, rapid cycling bipolar disorder)... Cette étude retrouve chez les sujets relevant d'un TBCR ont des antécédents migraineux plus fréquents que les sujets sans cette étiquette TBCR (respectivement 45,3 % et 31,4 % ; $p = 0,01$)... Des hypothèses sont proposées pour expliquer cette association privilégiée entre migraine et maladie bipolaire: mêmes vulnérabilités génétiques, mêmes anomalies en matière de systèmes neurotransmetteurs (sérotoninergiques, dopaminergiques ou glutaminergiques). D'autre part, remarquent les auteurs, certains médicaments (valproate, lamotrigine, quétiapine, lithium) ont une efficacité avérée dans la prévention commune de ces deux maladies (migraine et trouble bipolaire), même si leur indication reste plus ciblée en pratique. L'étude de cette association entre migraine et TBCR mérite d'être approfondie, d'autant plus qu'elle semble confirmer que la comorbidité migraineuse tend à « aggraver le tableau clinique et l'évolution de la maladie bipolaire. »

Internet, le nouveau guérisseur ?

Dear BF, Gandy M, Karin E, et al. The Pain Course: a randomised controlled trial examining an internet-delivered pain management program when provided with different levels of clinician support. Pain 2015;156(10):1920-35. Site Actu douleurs Article commenté Dr Alix Dousset Médecin généraliste, algologue, dont l'analyse est reprise in extenso.

« Internet est désormais incontournable dans notre vie quotidienne. Dans la littérature médicale, de plus en plus d'équipes s'intéressent à son apport dans la prise en charge des patients douloureux chroniques. Quel rôle allons-nous jouer dans ce duo patient-internet ? Cette étude australienne a pour objectifs d'étudier le bénéfice d'un programme éducatif chez ces patients Elle étudie surtout l'impact du temps d'intervention des professionnels de santé sur la réussite de ce programme. Quatre cent quatre-vingt-dix patients douloureux chroniques ont été randomisés en quatre groupes : (1) contact régulier ($n = 143$) hebdomadaire, de 10 à 15 minutes ; (2) contact en option ($n = 141$), les

patients étaient alors avertis une fois par semaine qu'ils pouvaient entrer en contact pendant 15 minutes ; (3) pas de contact (n = 131) ; (4) groupe contrôle (n = 75) sur liste d'attente du programme.

Le type de pathologie douloureuse n'a pas été un critère d'inclusion, le caractère chronique étant suffisant. Les patients traités recevaient cinq cours sur 8 semaines via un support informatique construit sur les principes des thérapies cognitives et comportementales (TCC). Les professionnels de santé étaient des psychologues formés aux TCC et intervenaient via mails/appels téléphoniques. L'objectif de leurs interventions était de renforcer leurs progrès et leurs motivations à mettre en application les exercices du programme. Les résultats obtenus étaient l'amélioration significative des scores portant sur le handicap (réduction > 18 %), sur l'anxiété (réduction > 32 %), sur la dépression (réduction > 36 %) et sur la douleur moyenne (réduction > 12 %) dans les groupes traités. Ces scores étaient maintenus à 3 mois de la fin du programme. En revanche aucune différence significative de ces scores n'a été obtenue au sein des trois groupes traités. Le temps passé avec les patients n'a-t-il donc eu aucun impact ? Il semble que l'amélioration de la qualité de vie soit davantage liée au programme qu'à l'accompagnement, même minimum, d'un professionnel de santé. Cette étude confirme l'intérêt informatif et éducatif de l'internet pour nos patients souffrant de pathologies chroniques. Quand on connaît le temps d'attente pour les consultations en service douleur, l'internet est un outil de choix, surtout si un contact minimum a le même impact qu'un contact régulier, forcément plus chronophage. Mais comment construire ce programme ? Doit-on cibler le programme sur une pathologie (migraine, fibromyalgie..) ou considérer le patient douloureux chronique dans son ensemble, comme ici ? Combien de séances ? Quelle durée ? Quel suivi à long terme quand on sait que dans les programmes éducatifs la perte de motivation à maintenir les changements est la principale cause de « rechute » ? Cette étude nous propose 3 mois de recul, mais pour des patients chroniques c'est bien peu ! De nombreuses questions pratiques restent en suspens et limitent certainement la généralisation de cet outil dans notre consultation. Pourtant l'heure d'internet est bien là, soyons prêt ! » **Avec aussi peu d'investissement temps pour le groupe 3, il s'agit là d'une aide certaine pour les SETD.**

Douleur, plaisir, sentiments, sens esthétique : des articles de 1895....

L'année psychologique. 1895 - vol. 2. Chapitre VIII (L'année psychologique du 4 octobre 2005 La sélectivité perceptive Editions Persée)

I. Binet Alfred. Moczvtkowski, *Un algésimètre* ; H. Griffing, *Sensations de pression et de choc*. In: *L'année psychologique. 1895 vol. 2. pp. 701-703.*

II. Binet Alfred. Luckey, *Quelques études récentes sur la douleur* ; W. Mitchell, *Localisation inexacte des sensations de douleur* ; Voskresenski, *De la sensibilité cutanée chez l'homme sain et chez les paralytiques généraux* ; Arthur Mac Donald, *Sensibilité à la douleur*. In: *L'année psychologique. 1895 vol. 2. pp. 704-706.*

Binet Alfred. Sidney E. Mezes, *Définition du plaisir et de la douleur* ; D. S. Miller, **Le désir est l'essence du plaisir et de la douleur**. In: *L'année psychologique. 1895 vol. 2. pp. 710-711.*

Fin de vie médicalisée: vers un droit à la sédation en phase avancée ou terminale

*CHU Réseau : *Extrait du rapport de présentation et texte de la proposition de loi de MM. Alain Claeys et Jean Leonetti créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie - p25 et 26*

« Le Sénat a adopté le 29 octobre par 287 voix contre 10 et contre l'avis du gouvernement, une version remaniée de la proposition de loi sur la fin de vie des députés Jean Léonetti et Alain Claeys. Les modifications apportées par la Commission des affaires sociales du Sénat visent à préserver le meilleur équilibre possible entre les droits des patients et les devoirs des soignants, le médecin conservant la libre appréciation sur la possibilité d'appliquer les directives anticipées compte tenu de la situation médicale du patient. De nouveaux droits pour le patient : Le texte de Jean Léonetti et d'Alain Claeys s'inscrit dans une lignée législative qui crée de nouveaux droits pour le patient : loi du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs, de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et de la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. "Cette longue marche vers une citoyenneté totale, y compris jusqu'au dernier instant de sa vie, doit déboucher vers la reconnaissance de nouveaux droits". estiment les rédacteurs. "A la volonté du patient doit correspondre un acte du médecin. C'est dans cet esprit que nous proposons les évolutions suivantes de la loi de 2005 qui ont pour principaux objectifs : l'accès à la sédation en phase terminale et le caractère contraignant des directives anticipées. (...) Les avancées que nous proposons, loin de s'opposer à cette culture palliative, doivent au contraire s'intégrer dans ces pratiques. Ces nouveaux droits nous semblent répondre à la volonté des Français de sauvegarder leur autonomie et de mourir de façon apaisée."*

Prochaine étape du texte, la création d'une commission mixte paritaire composée de 7 sénateurs et 7 députés, qui devront rédiger une version commune aux deux chambres. Quant à la société civile, elle sera à nouveau interpellée le 2 novembre 2015, lors de la 8ème Journée mondiale pour le droit de mourir dans la dignité.