



HAL
open science

**Éclairer et partager sur les approches non
médicamenteuses visant à soulager la douleur chronique :
conception d'une offre éducative à destination des
patients et des professionnels de santé**

Julie Amiel

► **To cite this version:**

Julie Amiel. Éclairer et partager sur les approches non médicamenteuses visant à soulager la douleur chronique : conception d'une offre éducative à destination des patients et des professionnels de santé. Sciences pharmaceutiques. 2015. dumas-01414863

HAL Id: dumas-01414863

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01414863v1>

Submitted on 12 Dec 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

**UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER
FACULTÉ DE PHARMACIE DE GRENOBLE**

Année : 2015

N°

**ÉCLAIRER ET PARTAGER SUR LES APPROCHES
NON MÉDICAMENTEUSES VISANT À SOULAGER LA
DOULEUR CHRONIQUE : Conception d'une offre éducative à
destination des patients et des professionnels de santé**

THÈSE
PRESENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN PHARMACIE
DIPLOME D'ÉTAT

AMIEL Julie

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE PHARMACIE DE
GRENOBLE

Le : 08 Décembre 2015

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

Mr le Pr ALLENET Benoit – Pharmacien Universitaire – Pharmacien Hospitalier

Directrice de thèse :

Mme BAUDRANT-BOGA Magalie – Pharmacien Hospitalier (CHU Grenoble)

Membres :

Mme GILLET Dominique – Infirmière ressource Douleur (CH Voiron)

Mme MAINDET-DOMINICI Caroline – Praticien Hospitalier (Service Centre de la
Douleur - pôle Anesthésie-Réanimation, CHU Grenoble)

Mr PETROD Jean-Pierre – Patient

La Faculté de Pharmacie de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

Doyen de la Faculté : **M. le Pr. Christophe RIBUOT**

Vice-doyen et Directrice des Etudes : **Mme Delphine ALDEBERT**

Année 2015-2016

ENSEIGNANTS A L'UFR DE PHARMACIE

STATUT	NOM	PRENOM	DEPARTEMENT*	LABORATOIRE
MCU	ALDEBERT	Delphine	D4	LAPM - UMR CNRS 5163
PU-PH	ALLENET	Benoit	D5	THEMAS TIMC-IMAG UMR CNRS 5525
PU	BAKRI	Aziz	D5	TIMC-IMAG CNRS UMR 5525
MCU	BATANDIER	Cécile	D1	LBFA - INSERM U1055
MCU-PH	BEDOUCHE	Pierrick	D5	THEMAS TIMC-IMAG UMR CNRS 5525
MCU	BELAÏDI-CORSAT	Elise	D5	HP2 - INSERM U1042
MAST	BELLET	Béatrice	D5	-
ATER	BOUCHERLE	Benjamin	D2	DPM - UMR 5063 UJF CNRS
PU	BOUMENDJEL	Ahcène	D3	DPM - UMR 5063 UJF CNRS
DCE	BOURDIER	Guillaume	D5	
MCU	BOURGOIN	Sandrine	D1	IAB - CRI INSERM UJF U823
MCU	BRETON	Jean	D1	L.C.I.B. - UMR E3 CEA UJF
MCU	BRIANCON-MARJOLLET	Anne	D5	HP2 - INSERM U1042
MCU	BUDAYOVA SPANO	Monika	D4	IBS - UMR 5075 CEA CNRS UJF
PU	BURMEISTER	Wim	D4	UVHCI - UMI 3265 UJF EMBL CNRS
MCU-PH	BUSSER	Benoit	D1	IAB - CRI INSERM UJF U823
Professeur Émérite	CALOP	Jean	D5	-
MCU	CAVAILLES	Pierre	D1	LAPM - UMR 5163 CNRS UJF
AHU	CHANOINE	Sébastien	D5	THEMAS TIMC-IMAG UMR CNRS 5525
MCU	CHOISNARD	Luc	D2	DPM - UMR 5063 UJF CNRS
AHU	CHOVELON	Benoit	D2	DPM - UMR 5063 UJF CNRS
PU-PH	CORNET	Murielle	D4	THEREX - TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS UJF
PU-PH	DANEL	Vincent	D5	SMUR SAMU

*D1 : Département « Mécanismes Biologiques des Maladies et des Traitements (MIBMT) »
D2 : Département « Bases Physico-chimiques de Médecine »
D3 : Département « Origine, Génétique et Optimisation des Principes Actifs des Médicaments »
D4 : Département « Bases Immunologiques, Hématologiques et Infectieuses des Maladies et Médicaments associés »
D5 : Département « Médicaments et Produits de Santé »
D6 : Département « Anglais »

PU	DECOUT	Jean-Luc	D2	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
MCU	DELETRAZ- DELPORTE	Martine	D5	Equipe SIS -EAM 4128 UCB
MCU	DEMEILLIERS	Christine	D1	LBFA - INSERM U1055
PU	DROUET	Christian	D4	AGIM - CNRS 3405
PU	DROUET	Emmanuel	D4	UVHCI - UMI 3265 UJF-EMBL- CNRS
MCU	DURMORT - MEUNIER	Claire	D1	LB.S – UMR 5075 CEA UJF CNRS
PU-PH	FAURE	Patrice	D1	HP2- INSERM U1042
PRCE	FITE	Andrée	D6	-
AHU	GARNAUD	Cécile	D4	LAPM - UMR CNRS 5163
PRAG	GAUCHARD	Pierre-Alexis	D3	-
MCU-PH	GERMI	Raphaëlle	D4	UVHCI, UMI 3265 UJF-EMBL- CNRS
MCU	GEZE	Annabelle	D2	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
MCU	GILLY	Catherine	D3	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
PU	GODIN-RIBUOT	Diane	D5	HP2- INSERM U1042
PRCE	GOUBIER MATHYS	Laurence	D6	-
Professeure Emérite	GRILLOT	Renée	D4	-
MCU	GROSSET	Catherine	D2	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
MCU	GUIEU	Valérie	D2	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
MCU	HININGER-FAVIER	Isabelle	D1	LBFA - Inserm U1055
MCU	JOYEUX-FAURE	Marie	D5	HP2- INSERM U1042
MCU	KHALEF	Nawel	D5	TIMC-IMAG CNRS UMR 5525
ATER	KOTZKI	Sylvain	D5	HP2- INSERM U1042
MCU	KRIVOBOK	Serge	D3	LCBM, IRTSV CEA
PU	LENORMAND	Jean Luc	D1	THEREX, TIMC-IMAG
DCE	LUNVEN	Laurent	-	
DCE	MARILLIER	Mathieu		
PU	MARTIN	Donald	D1	TIMC-IMAG, UMR 5525 UJF CNRS
MCU	MELO DE LIMA	Christelle	D4	L.E.C.A – UMR CNRS 5553
PU	MOINARD	Christophe		LBFA - Inserm U1055
DCE	MONTEMAGNO	Christopher		
PU-PH	MOSSUZ	Pascal	D4	THEREX - TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS
MCU	MOUHAMADOU	Bello	D3	L.E.C.A – UMR CNRS 5553

*D1 : Département « Médecines Biologiques des Maladies et des Traitements (MBMT) »
D2 : Département « Base Physiopathologique du Médicament »
D3 : Département « Origine, Génétique et Optimisation des Principes actifs des Médicaments »
D4 : Département « Bases Immunologiques, Hématologiques et Infectieuses des Maladies et Médicaments associés »
D5 : Département « Médicaments et Produits de Santé »
D6 : Département « Angles »

Mise à jour le 13 octobre 2015

DCE	MOULIN	Sophie		
DCE	NGUYEN	Kim-Anh		
MCU	NICOLLE	Edwige	D3	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
MCU	OUKACINE	Farid	D2	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
MCU	PERES	Basile	D3	DPM- UJF/CNRS UMR 5063
DCE	PERONNE	Lauralie		
DCE	PETTIT	Pascal		
MCU	PEUCHMAUR	Marine	D3	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
PU	PEYRIN	Éric	D2	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
MCU	RACHIDI	Walid	D1	L.C.I.B - UMR E3 CEA/UJF
MCU	RAVELET	Corinne	D2	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
PU	RIBUOT	Christophe	D5	HP2- INSERM U1042
PAST	RIEU	Isabelle	D5	-
Professeure Émérite	ROUSSEL	Anne -Marie	D1	-
PU-PH	SEVE	Michel	D1	CR INSERM / UJF U823 Institut Albert Bonniot
MCU	SOUARD	Florence	D3	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
ATER	TAHMASEBI	Faezeh		TIMC-IMAG
MCU	TARBOURIECH	Nicolas	D4	UVHCL UMR 3265 UJF-EMBL- CNRS
DCE	TODOROV	Zlatimir		
DCE	TRABOULSI	Wael		-
PAST	TROILLER	Patrice	D5	-
DCE	VACHEZ	Yvan		
MCU	VANHAVERBEKE	Cécile	D2	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
DCE	VERNET	Céline		
DCE	VRAGNAU	Charles		
PU	WOUESSIDJEWÉ	Denis	D2	DPM –UMR 5063 UJF CNRS

ATER : Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherches

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIB : Centre d'Innovation en Biologie

CRJ : Centre de Recherche INSERM

CNRS : Centre National de Recherche Scientifique

DCE : Doctorants Contractuels Enseignement

DPM : Département de Pharmacochimie Moléculaire

et de Cognition et Ontogénèse »

HP2 : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire

IAB : Institut Albert Bonniot,

IBS : Institut de Biologie Structurale

JR : Jean Rogot

LAPM : Laboratoire Adaptation et Pathogénèse des Microorganismes

LBFA : Laboratoire Bioénergétique Fondamentale et Appliquée

*D1 : Département « Mécanismes Biologiques des Maladies et des Traitements (DMBM) »

D2 : Département « Bases Physiologiques des Médicaments »

D3 : Département « Origine, Obtention et Optimisation des Principes Actifs des Médicaments »

D4 : Département « Bases Immunologiques, Hématologiques et Infectieuses des Maladies et Médicaments associés »

D5 : Département « Médicaments et Produits de Santé »

D6 : Département « Anglais »

Mise à jour le 13 octobre 2015

LCBM : Laboratoire Chimie et Biologie des Métaux
LCIB : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie
LECA : Laboratoire d'Ecologie Alpine
LR : Laboratoire des Radio-pharmaceutiques
MCU : Maître de Conférences des Universités
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers
PAST : Professeur Associé à Temps Partiel
PRAG : Professeur Agrégé
PRCE : Professeur certifié affecté dans l'enseignement
PU : Professeur des Universités
PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers
TIMC-IMAG : Laboratoire Technique de l'Imagerie, de la Modélisation
UMR : Unité Mixte de Recherche
UVICI : Unit of Virus Host Cell Interactions

*D1 : Département « Mécanismes Biologiques des Maladies et des Traitements (MIMBT) »
D2 : Département « Bases Physiologiques du Médicament »
D3 : Département « Origines, Utilisation et Optimisation des Principes Actifs des Médicaments »
D4 : Département « Bases Immunologiques, Biomoléculaires et Infectieuses des Maladies et Médicaments associés »
D5 : Département « Médicaments et Problèmes de Santé »
D6 : Département « Anglais »

Mise à jour le 13 octobre 2015

REMERCIEMENTS

A mon président de jury, **Mr ALLENET Benoit**

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A ma directrice de thèse, **Mme BAUDRANT Magalie**

Vous m'avez permis d'intégrer ce groupe fort sympathique « Quand l'ETP rencontre la douleur ». Je vous remercie d'avoir accepté de diriger mon travail et de m'avoir consacré de votre temps. Merci pour vos conseils très précieux, votre gentillesse et votre optimisme à toute épreuve. Veuillez trouver ici ma très vive reconnaissance.

Aux membres du jury, **Mme GILLET Dominique ;**

Mme MAINDET-DOMINICI Caroline et Mr PETROD Jean-Pierre

Je vous remercie de votre disponibilité et d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Merci pour l'intérêt porté à mon travail.

Au groupe de travail « Quand l'ETP rencontre la douleur,

Merci pour ces réunions toujours fort agréables, et surtout pour m'avoir si vite intégrée parmi vous ! Je vous remercie également pour votre attention portée à ce travail.

A la pharmacie Cocolomb

Merci à toute l'équipe pour ces années passées à travailler avec vous, une ambiance très agréable, je n'en garde que d'excellents souvenirs ! Je tiens à remercier tout particulièrement Marc Cocolomb, vous avez accepté de me former dès ma fin de troisième année, merci beaucoup pour tout ce que vous m'avez appris.

A la pharmacie Balazut-Escalon

Je tiens notamment à remercier mes deux super patronnes, Françoise et Carole, pour m'avoir constamment soutenue durant ces six longues années d'études ! J'ai toujours eu ma place réservée pour effectuer mes stages, et grâce à vous j'ai pu voir toutes les facettes d'une pharmacie ... Je vous en suis très reconnaissante ! Un grand merci également à toute l'équipe pour votre aide précieuse et votre bonne humeur.

A mes parents, Mamoune et Papou

Je ne vous remercierai jamais assez pour tout ce que vous avez fait et pour tout ce que vous faites encore pour moi. Vous avez toujours cru en vos filles, vous m'avez constamment soutenue dans mes choix et c'est en grande partie grâce à vous que j'y suis arrivée !! Je vous aime tellement.

A ma sœur, Nad et mon beau-frère, Nico

Ma sœur, merci pour tes encouragements durant toutes ces années et pour ton soutien. Tu es la grande sœur idéale, celle sur qui j'ai toujours pu compter et celle qui sera toujours près de moi j'en suis sûre ! Je suis fière de ce que tu deviens, j'espère qu'il en est de même pour toi. Je te souhaite beaucoup de bonheur avec Nico, mon beau-frère adoré !

A mon chéri, Cyril

Un immense merci pour cet amour que tu me portes chaque jour. Notre couple est ma plus grande force, je suis si fière et heureuse de partager ma vie avec toi. Merci pour ta patience et ton soutien durant ce long travail ! Maintenant, à nous la belle vie !

Je t'aime ...

A ma belle famille

Merci de m'avoir si bien accueillie dans votre famille et d'avoir toujours cru en ma réussite ! Merci pour toutes ces belles journées passées avec vous tous.

A ma meilleure amie, Fanny

Je te remercie d'avoir partagé tous ces moments avec moi depuis si longtemps maintenant ! Une amitié digne des plus sincères, une amitié qui durera éternellement. Après avoir vécu la P1 à deux, c'est sûr on pourra tout surmonter !!! Un grand merci à ta moitié également, mon petit Alex !

A mes copines de fac

Tout d'abord, Cha, qui partage ma vie d'étudiante depuis la P1 ! Merci tout simplement d'être toi, on s'est toujours soutenues et c'est ensemble qu'on y est arrivées !

Merci à Alexia, Monia et Sophie ! On a partagé les amphis, les révisions, les soirées, et j'en passe ... mais surtout les fous rires ! Ce n'est que le début d'une belle amitié !

Merci également à Manon et Fanny, on s'est bien rapprochées depuis notre choix pour l'officine, j'espère qu'on poursuivra dans cette voie malgré la distance !

Enfin, ce serait beaucoup trop long de vous citer tous uns par uns, mais merci à tous les copains/copines de la fac avec qui j'ai partagé ces six années !

A Janine et Lucien

Mes grands-parents de cœur ... Vous avez toujours cru en votre petite Julie et aujourd'hui je tiens à vous remercier d'avoir toujours veillé sur moi. Mon Lulu tu es parti bien trop vite, mais je pense toujours très fort à toi.

A Marie-Christine

Ma deuxième maman, grâce à ton soutien je me suis lancée dans ces études de Pharmacie et aujourd'hui j'en sors si heureuse ! J'aimerais tellement pouvoir te remercier ... J'espère que de là-haut tu es fière de moi. Je ne t'oublie pas ...

Et un dernier **immense MERCI à ma maman** qui a eu la patience, durant de longues heures, de relire avec une vive attention ce long travail et d'en corriger les fautes !!

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	5
TABLE DES MATIERES	9
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	13
TABLE DES ANNEXES.....	16
LISTE DES ABREVIATIONS.....	17
INTRODUCTION	18
MATERIEL ET METHODE	26
1. RECUEIL DES APPROCHES NON MEDICAMENTEUSES PLEBISCITEES PAR LES PATIENTS ...	26
2. ANALYSE DE LA LITTERATURE.....	27
3. CREATION ET EVALUATION D'UNE SEANCE EDUCATIVE ET D'OUTILS PEDAGOGIQUES A DESTINATION DES PATIENTS ET DES PROFESSIONNELS DE SANTE	29
RESULTATS	32
1. APPROCHES NON MEDICAMENTEUSES PLEBISCITEES PAR LES PATIENTS DOULOUREUX CHRONIQUES.....	32
1.1. Quarante-quatre approches répertoriées.....	32
1.2. Synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique	49
1.2.1. Acupuncture.....	49
1.2.2. Consommation « antalgique » d'Alcool	51
1.2.3. Apprendre ou réapprendre à s'endormir et bien dormir.....	53
1.2.4. Aromathérapie.....	54

1.2.5. Art-thérapie (musique, chant, danse, art plastique, expression corporelle, théâtre, ...)	55
1.2.6. Auriculothérapie	56
1.2.7. Cannabis	58
1.2.8. Chiropraxie	62
1.2.9. Chrononutrition	65
1.2.10. Cognitive behavioral stress management (CBSM)	66
1.2.11. Coupeur de feu	67
1.2.12. Eau de Quinton	68
1.2.13. Ergothérapie	68
1.2.14. Exercice ou activité physique	69
1.2.15. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)	71
1.2.16. Groupes de paroles	72
1.2.17. Homéopathie	72
1.2.18. Hypnose	74
1.2.19. Kinésiologie	76
1.2.20. Magnétiseur	77
1.2.21. Magnétothérapie	77
1.2.22. Masso-Kinésithérapie	80
1.2.23. Méditation	81
1.2.24. Méthode Feldenkrais	82
1.2.25. Microkinésithérapie	84
1.2.26. Neurostimulation transcutanée (TENS)	84
1.2.27. Ostéopathie	87
1.2.28. Phytothérapie	89
1.2.29. Psychomotricité	90
1.2.30. Qi Gong	90
1.2.31. Réflexologie	91

1.2.32. Reiki	92
1.2.33. Relaxation progressive de Jacobson.....	94
1.2.34. Résonance énergétique par stimulation cutanée (RESC)	94
1.2.35. Restrictions alimentaires spécifiques	95
1.2.36. Shiatsu	98
1.2.37. Sophrologie	99
1.2.38. Stretching	99
1.2.39. Tai Chi Chuan	100
1.2.40. Thérapies cognitives et comportementales (TCC)	102
1.2.41. Thérapie quantique intégrative.....	106
1.2.42. Toucher relationnel	107
1.2.43. Training autogène de Schultz.....	108
1.2.44. Yoga	108
2. OUTILS PEDAGOGIQUES CREES.....	110
2.1. Contenu des outils pédagogiques.....	110
2.2. Format des outils pédagogiques	112
2.2.1. Livret soignant	112
2.2.2. Jeu de cartes	112
2.2.3. Classeur.....	113
3. PHASE TEST : EVALUATION AU SEIN DU CENTRE HOSPITALIER RHUMATOLOGIQUE D'URIAGE LES BAINS	113
3.1. Données recueillies par les observateurs.....	114
3.2. Evaluation par les animateurs	117
3.3. Evaluation par les participants	119
DISCUSSION	125
1. INTERET DE L'ETUDE.....	125

2. LIMITES DE L'ETUDE	126
3. PREMIERS RETOURS DES « UTILISATEURS »	127
4. PERSPECTIVES	131
CONCLUSION.....	133
BIBLIOGRAPHIE.....	134
ANNEXES.....	150
Annexe 1 : Conducteur de la séance éducative	150
Annexe 2 : Questionnaire d'évaluation participants	153
Annexe 3 : Questionnaire d'évaluation animateurs/éducateurs	155
Annexe 4 : Grille de recueil spécifique (observateur extérieur)	157
Annexe 5 : Fiches des approches non médicamenteuses	159
RESUME.....	204

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1: Acupuncture et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

Tableau 2: Consommation antalgique d'Alcool et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

Tableau 3: Apprendre ou réapprendre à s'endormir et bien dormir et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

Tableau 4: Aromathérapie et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

Tableau 5: Art-thérapie et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

Tableau 6: Auriculothérapie et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

Tableau 7: Cannabis et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

Tableau 8: Chiropraxie et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

Tableau 9: Chrononutrition et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

Tableau 10: CBSM et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

Tableau 11: Coupeur de feu et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

Tableau 12: Eau de Quinton et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

Tableau 13: Ergothérapie et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

Tableau 14: Exercice ou activité physique et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

Tableau 15: EMDR et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

Tableau 16: Groupes de paroles et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

Tableau 17 : Homéopathie et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

Tableau 18 : Hypnose et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

Tableau 19 : Kinésiologie et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

Tableau 20 : Magnétiseur et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

Tableau 21 : Magnétothérapie et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

Tableau 22 : Masso-kinésithérapie et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

Tableau 23 : Méditation et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

Tableau 24 : Méthode Feldenkrais et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

Tableau 25 : Microkinésithérapie et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

Tableau 26 : Neurostimulation transcutanée et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

Tableau 27 : Ostéopathie et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

Tableau 28 : Phytothérapie et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

Tableau 29 : Psychomotricité et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

Tableau 30 : Qi Gong et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

Tableau 31 : Réflexologie et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

Tableau 32 : Reiki et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

Tableau 33 : Relaxation progressive de Jacobson et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

Tableau 34 : RESC et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

Tableau 35 : Restrictions alimentaires spécifiques et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

Tableau 36 : Shiatsu et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

Tableau 37 : Sophrologie et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

Tableau 38 : Stretching et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

Tableau 39 : Tai Chi Chuan et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

Tableau 40 : TCC et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

Tableau 41 : Thérapie quantique intégrative et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

Tableau 42 : Toucher relationnel et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

Tableau 43 : Training autogène de Schultz et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

Tableau 44 : Yoga et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

Figure 1 : Niveaux de satisfaction

Figure 2 : Vous-êtes vous sentis en confiance pour vous exprimer librement ?

Figure 3 : Clarté des explications données par l'équipe

Figure 4 : Utilité des fiches récapitulatives

Figure 5 : Le contenu des fiches répond-il à vos attentes ?

Figure 6 : Amélioration des connaissances

Figure 7 : Conseil de cette séance à des personnes de votre entourage souffrant de douleurs chroniques

Figure 8 : Intérêt du partage des expériences en groupe

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Conducteur de la séance éducative

Annexe 2 : Questionnaire d'évaluation participants

Annexe 3 : Questionnaire d'évaluation animateurs/éducateurs

Annexe 4 : Grille de recueil spécifique (observateur extérieur)

Annexe 5 : Fiches récapitulatives concernant chaque approche non médicamenteuse

LISTE DES ABREVIATIONS

ETP : Education Thérapeutique du Patient

UTE : Unité Transversale d'Education thérapeutique du Patient

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

ARS : Agence Régionale de Santé

IASP : International Association for Study of Pain

HPST : Hôpital – Patient – Santé – Territoire

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

NIH : National Institute of Health

CAM : Complementary and Alternative Medicine

MCA : Médecine Complémentaire et Alternative

NCCAM : National Center for Complementary and Alternative Medicine

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CBSM : Cognitive Behavioral Stress Management

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ATU : Autorisation Temporaire d'Utilisation

EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing

TENS : Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation

RESC : Résonance Energétique par Stimulation Cutanée

TCC : Thérapie Cognitive et Comportementale

THC : Tétra Hydro Cannabinol

AINS : Anti Inflammatoire Non Stéroïdien

DIU : Diplôme Inter Universitaire / **DU** : Diplôme Universitaire

INTRODUCTION

Une maladie chronique est une maladie de longue durée, évolutive, et souvent associée à une invalidité et à la menace de complications graves.(1) Elle implique des retentissements sur la vie quotidienne de l'individu atteint avec, le plus souvent, la nécessité de modifications de comportements.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la maladie chronique est « *un problème de santé qui nécessite une prise en charge sur un certain nombre d'années ou de décennies, avec un retentissement de la maladie sur la vie quotidienne* ».

La maladie chronique abrite diverses pathologies qui touchent la vie sociale, professionnelle, affective, familiale, voire l'identité même de la personne.(2)

Selon la définition officielle de l'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP), « *la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes* ». Cette définition montre la subjectivité de la douleur ; cette dernière reposant avant tout sur le ressenti du patient la rend difficile à quantifier et à qualifier.(3)

Il existe plusieurs types de douleur, on distingue notamment la douleur aiguë de la douleur chronique.

La douleur aiguë est liée à une atteinte tissulaire brutale ; elle est souvent associée à des manifestations neurovégétatives (tachycardie, sueurs, élévation de la pression artérielle, ...) et à une anxiété. Cette dernière a une fonction biologique de

protection de l'individu. Elle représente un signal d'alarme ayant pour finalité d'informer la personne de l'existence d'un dysfonctionnement. Une fois sa cause et son origine identifiées, l'objectif de sa prise en charge est curatif.

La douleur chronique, quant à elle, est définie par la Haute Autorité de Santé (HAS) comme « *un syndrome multidimensionnel exprimé par la personne qui en est atteinte* ». Quelles que soient la topographie et l'intensité de la douleur, celle-ci est définie comme chronique dès lors qu'elle présente plusieurs des caractéristiques suivantes :

- Persistance ou récurrence, notamment une évolution supérieure à trois mois ;
- Réponse insuffisante au traitement ;
- Détérioration significative et progressive du fait de la douleur, des capacités fonctionnelles et relationnelles de l'individu dans ses activités de la vie journalière, au domicile comme à l'école ou au travail.

Ainsi, une fois devenue chronique, la douleur perd son caractère de signal d'alarme utile et évolue en une maladie en tant que telle, quelle que soit son origine. Elle est fréquemment associée à des facteurs de renforcement qui participent à son entretien (manifestations psychopathologiques ; demande insistante par le patient de recours à des médicaments ou à des procédures médicales souvent invasives alors qu'il déclare leur inefficacité à soulager ; difficulté du patient à s'adapter à la situation).

Les mécanismes qui mènent à la pérennisation de la douleur sont encore imparfaitement élucidés à l'heure actuelle. Les facteurs en cause sont le plus souvent intriqués, ils peuvent être d'ordre somatique, d'ordre psychologique ou d'ordre environnemental.

La prise en charge d'une douleur chronique repose donc d'abord sur une démarche évaluative, puis sur un traitement le plus souvent multimodal, dont l'objectif est réadaptatif. (4)(5)

Longtemps ignorée, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) a vu le jour en 1975 notamment suite aux publications des docteurs Gfeller et Assal décrivant leurs expérimentations de séances éducatives auprès de groupes de patients diabétiques. Ils se sont plus particulièrement intéressés au vécu du malade comme source de connaissances et de compétences expérientielles lui permettant d'assurer son traitement et son suivi.

En 1998, les bases de l'ETP sont posées grâce au rapport « Education thérapeutique du patient » de l'OMS. Ce rapport propose une définition et répertorie des techniques à enseigner au patient pour la prise en charge de maladies chroniques. En 2007, un rapport d'orientation de l'HAS sur l'ETP analyse plus précisément les conditions organisationnelles et financières du développement de programmes d'ETP en France. Des recommandations et un guide de méthodologie à destination des professionnels de santé sont formalisés.(6)

En 2009, la loi « Hôpital, patients santé et territoire » (HPST) officialise, en France, le principe que « *l'éducation thérapeutique fait partie intégrante de la prise en charge du patient et de son parcours de soin* ». Le 21 juillet 2009, l'ETP a été inscrite dans le code de la santé publique (art. L. 1161-1 à L. 1161-4) et a fait l'objet de l'article 84 du titre III de la loi (n°2009-879) du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

L'accès à l'ETP constitue aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique ; il s'inscrit dans une démarche de prévention secondaire et d'amélioration de la qualité de vie. (7)

Selon la définition de l'OMS, « *l'éducation thérapeutique a pour but d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend les activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Cette démarche a pour finalité de permettre aux patients (ainsi qu'à leur famille) de mieux comprendre leur maladie et leurs traitements, à collaborer avec les soignants et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge afin de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie.* »

L'ETP consiste en l'acquisition de savoirs et de compétences afin d'entretenir et développer son capital santé. Elle vise à rendre le malade plus autonome afin qu'il devienne le premier acteur de ses soins. En effet, l'individu habituellement passif dans une situation de maladie aiguë, est confronté dans le cas d'une maladie chronique à la nécessité de tenir un rôle actif et quasi permanent. Une fois passées l'annonce de la maladie et l'instauration d'un traitement, vivre avec une maladie chronique nécessite de la part du patient un ensemble d'aménagements qui relèvent entre autre de la connaissance de sa maladie et de son traitement. L'ETP permet au patient d'adapter son comportement ; ceci pouvant l'aider à améliorer certains indicateurs de santé, sa qualité de vie, et diminuer d'éventuelles complications médicales.(8)

Par cette définition, l'ETP doit être comprise comme un apprentissage de compétences décisionnelles, techniques et sociales, dans le but de rendre le patient capable de raisonner, de faire des choix de santé, de réaliser ses propres projets de vie et d'utiliser au mieux les ressources du système de santé. L'ETP s'accompagne d'une relation soignant-soigné, le patient est un véritable partenaire thérapeutique.(9)

Depuis quelques années, plusieurs pathologies chroniques comme le diabète, les maladies cardiovasculaires, les cancers et les maladies respiratoires ont fait et continuent de faire l'objet de programmes d'ETP. En effet, en regardant les programmes ETP des différentes Agences Régionales de Santé (ARS) de France, nous pouvons rapidement nous rendre compte que l'offre est assez large pour ces différentes maladies. Cependant, ces programmes sont bien moins développés dans la douleur chronique. En effet, en ciblant plus précisément les programmes ETP de l'ARS Rhône-Alpes proposés aux patients douloureux chroniques, on constate que l'offre correspond uniquement à des programmes traitant d'une pathologie précise qui, par ailleurs, peut engendrer entre autres des douleurs chroniques (par exemple les rhumatismes inflammatoires chroniques, la polyarthrite rhumatoïde, les lombalgies chroniques).(10) Et pourtant, la douleur chronique répond à la définition et aux critères d'une maladie chronique pour laquelle le patient douloureux chronique peut bénéficier d'une offre d'ETP.

En effet, les patients souffrant de douleurs chroniques nécessitent une approche multiprofessionnelle. Cette approche aborde l'interaction complexe des facteurs physiques, psychologiques et sociaux qui contribuent à la douleur ou interagissent avec elle. L'éducation thérapeutique du patient apporte une relation thérapeutique permettant

l'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'auto-soins et d'adaptation, ainsi qu'une amélioration de sa qualité de vie.(11)(12)

Face à ce constat de « décalage » entre les besoins éducatifs exprimés par les patients douloureux chroniques ou perçus par les professionnels de santé spécialisés dans l'accompagnement de ces patients et l'offre éducative existante, plusieurs professionnels de santé s'occupant de patients douloureux chroniques au sein du territoire Arc Alpin ont créé un groupe nommé « Quand l'ETP rencontre la douleur » en décembre 2011. L'Unité Transversale d'Education Thérapeutique du Patient (UTEP) du CHU de Grenoble a été fondée en 2010 suite à la loi HPST qui a intégré l'ETP dans le droit français. Elle joue un rôle d'aide méthodologique au sein du groupe qui, lui même, a pour objectif d'améliorer et d'enrichir les pratiques par l'union des réflexions et des expériences, afin de créer une trame commune de séances éducatives adaptable pour chaque équipe en fonction de leurs organisations locales.

Afin d'être le plus exhaustif possible, quatre sous-groupes de travail pluri professionnel ont été créés. Les thématiques ont été choisies en fonction d'une expérience de terrain et d'une enquête de besoins auprès de patients présentant des douleurs chroniques :

- Groupe 1 : « Je comprends ma douleur et j'en suis l'expert » ;
- Groupe 2 : « Je connais mieux mes médicaments, je comprends mieux mon ordonnance et j'adapte mon traitement pour contrôler ma douleur » ;
- Groupe 3 : « Que pensez-vous des approches non médicamenteuses pour lutter contre ma douleur ? » ;
- Groupe 4 : « Comment moduler ma douleur et mes activités ? ».

Différentes séances éducatives et outils pédagogiques ont été créés afin d'élaborer un kit d'ETP nommé « Kit-KAD : accompagner la douleur », permettant de proposer aux patients souffrant de douleurs chroniques une offre éducative sur les quatre thématiques correspondant aux quatre groupes.

L'étude réalisée au cours de ce travail est ciblée sur la thématique des approches non médicamenteuses pour lutter contre la douleur chronique.

La douleur physique s'accompagne souvent de problèmes psychologiques et fonctionnels ; les médicaments sont certes indispensables, mais généralement insuffisants pour palier à tous les aspects de la douleur chronique. Les patients tentent donc souvent d'autres approches afin de gérer au mieux leurs souffrances. Ces « autres approches » peuvent être regroupées dans la catégorie des CAM (« Complementary and Alternative Medicine ») ou MCA (« Médecines Complémentaires et Alternatives »). Les MCA ont été définies par le National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) comme « *étant un groupe de systèmes médicaux et de santé, de pratiques et de produits divers qui ne sont actuellement pas considérés comme faisant partie de la médecine conventionnelle* ». (13)

Ces médecines si elles sont « complémentaires » ou « alternatives » sont à l'origine de comportements différents. En effet, soit les patients sont à la recherche d'approches positionnées comme un complément à la thérapeutique conventionnelle, soit ils les opposent à leurs prescriptions en arrêtant ou en refusant l'adhésion à une prise en charge conventionnelle. Non seulement le type mais aussi les modalités de recours à ces CAM peuvent donc avoir un impact sur la sécurité et l'efficacité de la prise en charge thérapeutique des patients.

Le recours aux MCA connaît ces dernières décennies un essor important dans les pays économiquement développés. Les MCA prennent de plus en plus de place dans la société, et surtout auprès des patients souffrant de maladies chroniques. (14) Ces derniers se tournent vers les MCA, sans oser se confier à leur médecin ou à leur pharmacien, de peur d'un jugement émanant des professionnels de santé sur ces approches non conventionnelles. Certains n'évoquent pas les MCA en pensant que cette thématique n'est pas entendable par les professionnels de santé « conventionnels ». Pourtant, un réel besoin est exprimé par les patients souffrant de douleur chronique, et les professionnels de santé font souvent face à des difficultés pour répondre à ce type de demande : méconnaissance ; représentations ; question du positionnement ; manque d'outils et de données accessibles.

L'objectif de ce travail est double, d'une part un « objectif patient », de proposer un espace permettant un échange autour de ces approches non médicamenteuses, d'apporter des données validées par un groupe d'experts de la santé pour sécuriser leur utilisation ; et d'autre part un « objectif soignant », de fournir un outil d'aide au professionnel de santé afin qu'il puisse permettre la parole, échanger et se positionner sur ces approches non médicamenteuses dans la douleur chronique.

MATERIEL ET METHODE

La démarche méthodologique utilisée dans ce travail se déroule en trois étapes :

- Un recueil des approches non médicamenteuses plébiscitées par les patients ;
- Une analyse de la littérature disponible sur ces approches en termes d'efficacité dans le champ de la douleur chronique et de tolérance ;
- La création et l'évaluation d'une séance éducative et d'outils pédagogiques à destination des patients et des professionnels de santé pouvant être intégrés dans un programme d'ETP.

1. Recueil des approches non médicamenteuses plébiscitées par les patients

Afin de recueillir les approches non médicamenteuses ciblées par les patients douloureux chroniques, différentes méthodes ont été utilisées :

- Une enquête sur une période d'un mois auprès de patients suivis par différents professionnels de santé du groupe ayant des lieux et des modalités d'exercice différents. Cette enquête s'est déroulée au sein d'équipes référentes de la douleur de cinq établissements de santé de tailles différentes (Grenoble, Voiron, Uriage, Aix les Bains et Annecy) et auprès de professionnels du parcours de soins ambulatoire du patient (pharmaciens d'officine, médecins traitants) afin d'envisager une diversité de profils des patients autant sur le plan de l'âge, du sexe, du niveau socio-professionnel, des pathologies douloureuses causales (douleurs rhumatologiques, neurologiques, ...) et de l'ancienneté d'expérience douloureuse. L'ensemble des professionnels du groupe sollicités ont, lors de

leurs consultations, interrogé leurs patients sur cette thématique des approches non médicamenteuses et noté les approches citées ;

- Un premier brainstorming à l'échelle locale auprès de trois professionnels de santé (médecin, pharmacien, infirmière) du groupe pour faire émerger leurs vécus concernant les demandes des patients sur cette thématique ;
- Un deuxième brainstorming de plus grande ampleur lors d'un atelier animé au Congrès National de la SFETD (Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur) à Toulouse en Novembre 2014 accueillant 50 participants. La consigne était de citer trois approches non médicamenteuses les ayant mis le plus en difficulté face aux demandes de leurs patients ;
- Un retour du patient ressource du groupe concernant les approches collectées.

Ces différentes rencontres ont permis une analyse de besoins à l'origine de la liste des approches non médicamenteuses investiguées ensuite dans ce travail.

2. Analyse de la littérature

Une analyse de la littérature a ensuite été effectuée sur chacune des approches recensées.

Tout d'abord, plusieurs bases de données scientifiques ont été explorées : PubMed ; National Institute of Health (NIH) et la bibliothèque Cochrane. Toutefois, la majorité des publications proviennent de la base de données PubMed. Afin d'effectuer les recherches, les mots-clés utilisés étaient « pain » ; « chronic pain » ;

« Complementary and Alternative Medicine - CAM ». Ces mots-clés ont été à chaque fois reliés au nom des approches non médicamenteuses (par exemple : alcohol ; cognitive behavioral stress management ; homeopathy ; hypnosis ; ...).

Voici un exemple de recherche : « chronic pain and hypnosis ».

Quand il existait plusieurs données, seuls les articles parus après l'année 2000 ont été retenus en intégrant les synthèses et/ou méta-analyses récentes sur le sujet.

De plus, des thèses d'exercice en pharmacie, des mémoires de fin d'étude effectués par des étudiants paramédicaux et l'ouvrage « Tout ce que vous n'avez jamais voulu savoir sur les thérapies manuelles », publié en 2014, se sont révélés très utiles pour accéder aux définitions et aux pratiques de différentes approches (exemples : phytothérapie, aromathérapie, kinésithérapie, chiropraxie, kinésiologie, ...).

Enfin, les revues spécialisées en ETP et dans la douleur ont été plus particulièrement examinées, comme « Patient education and counseling » et « Douleur et Analgésie ».

Le groupe « Quand l'ETP rencontre la douleur » a validé un modèle de structuration de l'information afin de créer une fiche pour chaque approche non médicamenteuse. Chaque fiche ainsi constituée et rédigée à partir des données de la littérature, a été relue par deux professionnels de santé de profession différente et par un expert du domaine quand il était identifié.

3. Création et évaluation d'une séance éducative et d'outils pédagogiques à destination des patients et des professionnels de santé

La séance éducative ainsi que les outils pédagogiques créés répondent à deux objectifs :

- Objectif patient :
 - Proposer aux patients un temps dédié d'échanges avec des professionnels de santé et d'autres patients sur ces approches non médicamenteuses.
 - Apporter une réponse factuelle concernant ces approches, qui fait consensus au sein d'un groupe d'experts de la santé pour sécuriser leur utilisation.

- Objectif soignant :
 - Répondre à une demande des professionnels de santé qui se sentent en difficultés devant certaines questions des patients concernant les approches non médicamenteuses, en lien entre autre avec un manque de formation initiale sur ces approches non traditionnelles, associé ou non avec des croyances plus ou moins positives sur ce sujet.
 - Proposer des outils leur permettant d'être « mieux armés » face aux questions des patients, de se positionner et de sécuriser l'utilisation de ces approches non médicamenteuses.

La forme des outils pédagogiques a été discutée entre les professionnels du groupe de travail. Trois formats contenant un fond identique ont été retenus : un livret

soignant (utilisable en consultation et en séance de groupe) ; un jeu de cartes ; ainsi qu'un classeur contenant les différentes fiches en plusieurs exemplaires pouvant être remises au patient en fin de consultation ou de séance de groupe. Chaque fiche suit la même trame afin d'organiser l'information. Leur construction s'est faite à partir des données de la littérature. Les définitions officielles sont utilisées en priorité si elles existent mais ajustées sur le plan du vocabulaire et de l'objectif pédagogique visé, c'est-à-dire permettre la compréhension de l'approche et des effets potentiels recherchés. Le contenu a été soumis à relecture et validation de professionnels de santé et de patients.

Le conducteur de la séance éducative (Annexe 1) a été rédigé par deux professionnels de santé en intégrant les remarques du groupe de travail. L'objectif du conducteur de la séance est de permettre aux professionnels de santé, de la psyché ou du secteur social prenant en charge des patients douloureux chroniques de s'approprier cette offre éducative et de pouvoir la proposer quel que soit le parcours de soin du patient. Cette offre éducative est déclinable en ville et en institution, pour des séances de groupe et/ou individuelles ; lors d'une demande spontanée d'un patient et/ou lors d'un bilan éducatif partagé.

Chaque centre hospitalier du groupe de travail a été missionné pour réaliser l'évaluation d'une des séances éducatives. L'évaluation de la séance sur les approches non médicamenteuses a été envisagée au sein du centre hospitalier rhumatologique d'Uriage les Bains.

L'évaluation retenue se situe à trois niveaux :

- Evaluation de la séance par les patients à l'aide d'un questionnaire d'évaluation remis en fin de séance (Annexe 2). Ce questionnaire est anonyme et a été validé par un professionnel de santé et un patient.
- Evaluation de la séance par les animateurs à l'aide d'un questionnaire spécifique (Annexe 3) ciblant les retours « à chaud » des animateurs sur le fond et la forme de la séance et des outils pédagogiques. Ce questionnaire a été relu par deux professionnels de santé.
- Evaluation externe par un observateur à l'aide d'une grille de recueil spécifique (Annexe 4). Deux observateurs différents ont été missionnés, un professionnel de santé (pharmacien) et une patiente ressource. La méthodologie et la grille de recueil utilisées étaient identiques. Ce choix de deux observateurs différents vise un double regard sur l'offre proposée par les deux acteurs ciblés.

RESULTATS

1. Approches non médicamenteuses plébiscitées par les patients douloureux chroniques

1.1. Quarante-quatre approches répertoriées

Suite à la phase de recensement des approches non médicamenteuses utilisées par les patients souffrant de douleurs chroniques, quarante-quatre approches ont été inventoriées. Dans le paragraphe ci-dessous sont énumérées ces différentes approches par ordre alphabétique avec, pour chacune, une définition et les personnes habilitées à proposer cette approche.

- Acupuncture :

L'acupuncture s'appuie sur les grands principes de la médecine chinoise : yin et yang, en utilisant les méridiens énergétiques, en stimulant certains endroits du corps bien précis pour provoquer l'action souhaitée sur l'organisme et rétablir l'équilibre énergétique du corps.

L'acupuncture travaille sur l'ensemble du corps en appliquant de très fines aiguilles, stériles à usage unique, sous la peau pendant au moins 20 minutes. Plusieurs séances sont souvent nécessaires d'autant plus si la pathologie est installée depuis longtemps.

L'acupuncture est une approche reconnue par la Haute Autorité de Santé et le monde médical (DIU d'acupuncture reconnu par l'Ordre des Médecins). En France, cette approche est réglementée, elle ne peut être pratiquée que par des professions médicales

(médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes) ayant obtenu le diplôme qualifiant (capacité d'exercice).(15)

- Consommation « antalgique » d'Alcool :

Une consommation d'alcool à visée antalgique est utilisée par certaines personnes à des fins de « déconnexions » dans les périodes de douleur.

- Apprendre ou réapprendre à s'endormir et bien dormir :

La qualité et la durée du sommeil ont un impact sur la gestion de la douleur et sur l'état émotionnel. La douleur entraîne des troubles du sommeil (difficultés d'endormissement, insomnies, réveils fréquents...) et le manque de sommeil aggrave la douleur.(16)

Les relations entre sommeil et douleur sont encore mal élucidées, il existe certainement un dysfonctionnement des régulations cérébrales communes à la douleur et au sommeil.(17)

Certains facteurs facilitent le sommeil (lecture, relaxation, musique ; tisanes ; chambre aérée, température entre 18 et 20°C ; respecter son rythme de sommeil en repérant les signaux du sommeil : bâillements, yeux qui piquent ... ; horaires de lever réguliers ; respecter le rythme jour/nuit), tandis que d'autres le gênent (excitants : café, thé, vitamine C, coca ... ; activité physique tardive ; repas trop copieux, alcool en soirée ; réserver la chambre au sommeil : éviter de manger, regarder la télévision ou travailler au lit ; éviter les écrans ; éviter de faire des cycles complets de sommeil en journée : privilégier la sieste de 20 minutes maximum).(18)

- Aromathérapie :

L'aromathérapie correspond à l'utilisation d'huiles essentielles (ou parfois « essence végétale ») à des fins thérapeutiques, par voie orale, locale et/ou inhalée.(19)

L'aromathérapie doit être conseillée par un professionnel de santé formé. C'est une déclinaison de la phytothérapie qui est reconnue comme une médecine à part entière par le Ministère de la Santé.

- Art-thérapie (musique, chant, danse, art plastique, expression corporelle, théâtre,...)

L'art-thérapie est une pratique de soin fondée sur l'utilisation thérapeutique du processus de création artistique. Cette technique consiste en un accompagnement de la création vers un aller-mieux.(20)

Toute personne formée à la pratique peut l'enseigner.

- Auriculothérapie :

L'auriculothérapie vise à traiter différentes affections en stimulant certaines zones de l'oreille externe à l'aide de très fines aiguilles stériles, à usage unique, laissées en place 20 à 30 minutes puis retirées, ou de type semi permanentes qui tombent d'elles-mêmes au bout d'un nombre de jours variables.(21)

En France, l'auriculothérapie est réglementée, elle ne peut être pratiquée que par des professions médicales (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes) ayant obtenu le diplôme qualifiant.

- Cannabis :

Le cannabis est utilisé par certaines personnes à des fins antalgiques sous trois formes :

- l'herbe (feuilles, tiges et sommités fleuries séchées) ;
- la résine (« haschisch ») ;
- l'huile (la plus concentrée en principe actif).

Généralement, l'herbe et la résine se fument sous forme de « joint ». L'herbe peut être utilisée sous forme de « pâtisseries ». L'huile est plutôt consommée à l'aide d'une pipe. En France, le cannabis est un produit classé stupéfiant et son usage est interdit. (22)

- Chiropraxie :

La chiropraxie est une technique manuelle. Le chiropraticien effectue des ajustements de la colonne vertébrale et des extrémités (hanches, chevilles, poignets, épaules, ...). Ces ajustements permettent au corps de corriger ses déséquilibres en relâchant la tension musculaire.

L'Assemblée Nationale a légalisé l'exercice de la chiropraxie pour la France le 04 octobre 2001. La chiropraxie est reconnue par le Ministère de la Santé et l'Organisation Mondiale de la Santé. En 2011 sont parus les textes encadrant l'exercice de la chiropraxie et son enseignement. La durée de la formation est de 3 520 heures minimum (dont 1 400 heures de pratique) et doit se faire dans des établissements agréés. En France, seul l'Institut franco-européen de chiropraxie, établissement privé à but non lucratif, est agréé.(23)

- Chrononutrition :

La chrononutrition est une méthode de nutrition permettant de choisir le type d'aliments à consommer en fonction du moment de la journée afin de s'adapter au mieux au fonctionnement du corps et à son métabolisme. (24)

- Cognitive behavioral stress management (CBSM) :

Le CBSM est une méthode visant à améliorer les comportements de santé des personnes souffrant de pathologies chroniques. Il s'agit d'un apprentissage de gestion du stress et d'adaptation à la maladie associé à des séances de relaxation.

Le CBSM vise à augmenter la connaissance de soi par un apport d'informations sur le stress, son impact sur la maladie, les réactions psychologiques qu'il peut susciter et les différentes stratégies qui peuvent être déployées pour gérer les situations difficiles. (25)

Il est enseigné par un professionnel de la psyché formé à la technique.

- Coupeur de feu :

Cette technique s'appuie sur la transmission d'énergie d'une personne à une autre quelle que soit la distance les séparant pour rétablir l'équilibre énergétique du corps. Le coupeur de feu travaille uniquement sur la douleur liée à une brûlure.

Toute personne peut prétendre être coupeur de feu, « avoir le don ».

- Eau de Quinton :

L'Eau de Quinton est une dilution d'eau de mer naturelle qui prétend reminéraliser, détoxifier et régulariser l'acidité corporelle générée par les agressions internes (déchets organiques, ...) et externes (pollutions, stress, ...). Elle s'administre par voie orale, nasale, cutanée et rectale mais est aussi utilisée en perfusion sous cutanée ou intraveineuse par certains patients en dehors de tout cadre réglementaire. En effet, l'utilisation de la voie injectable est illégale depuis l'arrêt d'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) en 1982 du fait de la perte de ses propriétés lors de la stérilisation à chaud obligatoire. (26)

- Ergothérapie :

L'ergothérapie est une technique qui se base sur l'analyse des activités quotidiennes de la personne pour apporter une adaptation par des aides techniques afin de modifier l'environnement et/ou la manière de réaliser les activités qui engendrent la douleur. (27)
(28)

La Haute Autorité de Santé a publié en avril 2011 un Rapport d'orientation sur le développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. Le champ couvert par ce rapport sous le terme « thérapeutiques non médicamenteuses validées » correspond aux règles hygiéno-diététiques (régimes alimentaires, exercice physique,...), aux traitements psychologiques, et aux techniques de rééducation (kinésithérapie et ergothérapie).(29) L'ergothérapie fait donc partie des techniques validées par la HAS. Cette approche doit être réalisée par un professionnel de santé ayant le diplôme d'Etat d'ergothérapie. La formation dure trois ans.

- Exercice ou activité physique :

L'exercice ou activité physique repose sur des mouvements de l'ensemble du corps destinés à permettre une réadaptation à l'effort ou un maintien de la condition physique. Cela inclut les activités quotidiennes telles que l'entretien de la maison, le shopping, le travail et non obligatoirement une performance sportive.

Selon l'OMS, on entend par activité physique tout mouvement produit par les muscles squelettiques, responsable d'une augmentation de la dépense énergétique.(30)

Cette approche peut être pratiquée par la personne elle-même dans ses activités quotidiennes et accompagnée par un professionnel de santé formé ou un éducateur en activité physique adaptée (APA) lorsqu'une réadaptation à l'effort est nécessaire.

- Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) :

L'EMDR est une technique de psychothérapie « brève » (nombre de séances limité). Cette technique s'adresse aux patients souffrants d'un état de stress post-traumatique. L'objectif est de se libérer d'un choc émotionnel et de permettre une résolution des symptômes post-traumatiques en utilisant des séries de stimulations bilatérales alternées qui stimulent le cerveau du côté gauche puis droit, soit par des mouvements oculaires, soit par des stimulations tactiles, soit par des bips sonores, ...(31)

Cette approche est enseignée par un professionnel de la psyché ou un médecin formé à la pratique. Il existe un annuaire édité par l'Association EMDR-France consultable sur internet.

- Groupes de paroles :

La psychothérapie de groupe est une technique de psychothérapie « brève » (nombre de séances limité) en présence d'un professionnel de la psyché qui permet aux patients d'échanger sur leurs stratégies face à la douleur.

- Homéopathie :

L'homéopathie vise le soulagement de symptômes par l'administration de substances pouvant provoquer des manifestations semblables mais à des doses très faibles ou infinitésimales. (32)

C'est une approche validée et reconnue par les instances de santé. Les médicaments homéopathiques font l'objet d'un remboursement par la sécurité sociale sur prescriptions médicales. Seuls les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes ont le droit de prescrire des médicaments homéopathiques au terme de leur formation. Les autres

professionnels peuvent uniquement les conseiller. Les médicaments homéopathiques ne peuvent être dispensés que par des pharmaciens.

- Hypnose :

L'hypnose permet au sujet d'accéder à un état de conscience modifiée (être ailleurs psychologiquement, endroit plutôt agréable, tout en ressentant ici et maintenant les modifications). Guidé par un thérapeute à l'aide de suggestion, le patient peut modifier son expérience subjective, ses perceptions, ses sensations, ses émotions et comportements. Le patient peut également apprendre l'auto-hypnose qui consiste à pratiquer seul l'hypnose.(33)

L'hypnoanalgésie correspond à une méthode antalgique qui permet au patient de mieux contrôler et de mieux gérer une douleur aiguë ou chronique. Elle peut être enseignée par un professionnel de santé ou de la psyché formé à la pratique.

- Kinésiologie :

Le principe fondateur de la kinésiologie est que chacun porte en lui les traces de sa propre histoire. Cette technique s'appuie sur des tests musculaires afin de localiser le stress dans le corps, de corriger les déséquilibres dus à ce stress et de vérifier si les corrections ont bien fonctionné. (34) (35)

Les formations en kinésiologie sont dispensées dans des écoles ou instituts privés. Les contenus de formation sont opaques. Les deux centres les plus connus sont ceux de Paris (l'EKMA, Ecole de kinésiologie et méthodes associées de Jean-Claude Guyard) et de Grenoble (l'IFKA, Institut de formation de kinésiologie appliquée de Freddy Potschka).(23)

- Magnétiseur :

Cette technique s'appuie sur la transmission d'énergie d'une personne à une autre quelle que soit la distance les séparant pour rétablir l'équilibre énergétique du corps. Le magnétiseur transmet l'énergie universelle dans laquelle nous vivons à tous ceux qui en manquent.(36)

Toute personne peut prétendre être magnétiseur, « avoir le don ».

- Magnétothérapie :

La magnétothérapie vise une rééquilibration des ondes magnétiques du corps. Cette technique utilise des champs magnétiques pulsés sur tout ou une partie du corps à l'aide d'aimants, d'appareils spécifiques sous forme de matelas ou de coussins...

Toute personne formée à la pratique peut l'enseigner, de préférence un professionnel de santé.

- Masso-Kinésithérapie :

La masso-kinésithérapie consiste en des actes de massage et de gymnastique, réalisés de façon manuelle ou instrumentale, notamment à des fins de rééducation, qui ont pour but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer. (37)

L'exercice de la masso-kinésithérapie en France est réglementé par le Code de la santé publique. La formation initiale conduisant au Diplôme d'Etat de kinésithérapeute, indispensable à l'exercice professionnel, dure trois ans et le contenu d'enseignement est réglementé par arrêté. Les trois années de formation initiale s'effectuent au sein d'instituts de formation agréés par le ministère chargé de la santé.(23)

- Méditation :

La méditation est une technique qui consiste à « être seulement dans l'instant présent, concentré sur ses sensations du moment, ne plus être dans l'action ». (38)

Toute personne formée à la pratique peut l'enseigner.

- Méthode Feldenkrais :

Cette méthode issue du judo conduit à prendre conscience de son corps, à doser ses efforts avec plus de justesse pour le libérer de ses mauvaises habitudes et corriger les postures inappropriées. Elle permet d'affiner ses perceptions, ses sensations, l'image que l'on a de soi-même, de son corps et de ses possibilités. Au fur et à mesure de la pratique les mouvements deviennent plus faciles et confortables. (39)

Toute personne formée à la pratique peut l'enseigner.

- Microkinésithérapie :

La microkinésithérapie est une technique qui recherche les traces de situations difficiles mémorisées dans les tissus de l'organisme.

Cette technique se pratique par contact direct ou à distance des mains afin de stimuler des « mécanismes d'autocorrection ». (40)

- Neurostimulation transcutanée (couramment appelés TENS, de l'anglais Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation) :

La neurostimulation électrique transcutanée est une technique antalgique qui utilise les propriétés d'un courant électrique non douloureux transmis au travers d'électrodes placées sur la peau. Différents territoires cutanés et nerveux peuvent être stimulés.

Une prescription médicale est obligatoire pour réaliser cette technique (location, renouvellement et/ou achat) :

- Médecin exerçant dans une structure de traitement de la douleur.
- Médecin ayant validé un Diplôme Universitaire de prise en charge de la douleur ou une capacité d'évaluation et de traitement de la douleur.

La neurostimulation transcutanée est une technique reconnue par la HAS. En effet, elle recommande la prise en charge des appareils de neurostimulation électrique transcutanée pour les patients souffrant de douleurs chroniques répondant aux conditions suivantes :

- Insuffisance et/ou inadéquation des traitements médicamenteux, dans un des cas suivants:
 - o bénéfice attendu par rapport aux risques médicamenteux (liés au terrain);
 - o terrain polyopathologique ;
 - o intolérance ou refus des traitements médicamenteux.
- Présence d'un nombre suffisant de fibres myélinisées à stimuler et patient répondant à la neurostimulation (essai préalable).
- Patient motivé et ayant une bonne capacité d'observance du traitement.
- Possibilité et capacité de former le patient à la technique.

Le patient doit être formé à l'utilisation de la technique en début de location. Cette formation est assurée par le prescripteur ou par un professionnel de santé en relation avec ce dernier, étant masseur-kinésithérapeute ou ayant validé un Diplôme Universitaire de prise en charge de la douleur. (41)

- Ostéopathie :

L'ostéopathie est une technique de soins manuelle qui détermine et traite les restrictions de mobilité pouvant être à l'origine de différents troubles dont la douleur.(42)

L'ostéopathie est réglementée, ce titre est réservé :

- aux médecins, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes, et infirmiers titulaires d'un diplôme universitaire ou interuniversitaire,
- aux titulaires d'un diplôme délivré par un établissement agréé dans les conditions prévues par le décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie. (43)

- Phytothérapie :

La phytothérapie est l'utilisation de plantes ou de produits en contenant à des fins thérapeutiques.

En France, la phytothérapie est considérée comme étant une médecine parallèle à l'allopathie (médecine scientifiquement prouvée). Pour l'OMS, la phytothérapie est une médecine traditionnelle (somme totale des connaissances, compétences et pratiques qui reposent sur les théories, croyances et expériences propres à une culture et qui sont utilisées pour maintenir les êtres humains en bonne santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir des maladies physiques et mentales).(44)

Depuis 1986, la pratique de la phytothérapie est reconnue comme une médecine à part entière par le Ministère de la Santé.(45)

- Psychomotricité :

La psychomotricité aide les personnes confrontées à des difficultés psychologiques exprimées par le corps à ressentir son corps autrement qu'à travers la douleur à l'aide d'exercices physiques.(46)

Le psychomotricien est un professionnel paramédical, auxiliaire de médecine. Il est reconnu par l'Etat. La formation dure trois ans et aboutit à l'obtention d'un diplôme d'Etat de psychomotricien délivré par le Ministère de la Santé. La psychomotricité s'exerce sur prescription médicale.(47) C'est une approche reconnue par l'Etat, la HAS, et le monde médical.

- Qi Gong :

Cette gymnastique orientale vise la maîtrise du mouvement du corps et du souffle pour libérer l'esprit et les tensions. Le Qi Gong issu de la culture traditionnelle chinoise signifie « travail et maîtrise de l'énergie ». Cette technique vise un épanouissement personnel, un accès au bien-être, un entretien de la santé, une harmonie entre le corps et l'esprit, un équilibre général entre les parties du corps et les systèmes qui le composent.(48)

Toute personne formée à la pratique peut l'enseigner.

- Réflexologie :

La réflexologie s'appuie sur les grands principes de la médecine asiatique : yin et yang, en utilisant les méridiens énergétiques ; en stimulant certains endroits du corps bien précis pour provoquer l'action souhaitée sur l'organisme et rétablir l'équilibre énergétique du corps.

La réflexologie travaille sur l'ensemble du corps ou sur une partie seulement par pression manuelle (sans aiguille). Elle agit par pression sur les zones réflexes qui correspondent aux différents organes et parties du corps.(49)

La réflexologie la plus répandue est la réflexologie plantaire. Elle est basée sur le principe suivant : le pied est la représentation miniaturisée du corps humain, à chaque « point réflexe » correspondent un organe, une glande ou une partie spécifique du corps. Cependant, il existe d'autres réflexologies, telles que celle du visage, celle des mains ... Toute personne formée à la pratique peut l'enseigner, de préférence un professionnel de santé.

- Reiki :

Le Reiki est une méthode japonaise de transmission d'énergie par contact direct ou à distance des mains dans le but de faciliter « l'auto-guérison ». (50)

La formation à cette approche n'est pas reconnue par l'ordre des Médecins, il n'existe pas de diplôme reconnu par l'Etat concernant le Reiki. Toute personne formée à la pratique peut l'enseigner, mais de préférence un professionnel de santé.

- Relaxation progressive de Jacobson :

La relaxation progressive de Jacobson est une méthode basée sur l'alternance de contraction et de relâchement musculaire pour prendre conscience des sensations produites par la tension et la détente. Cette relaxation est dite progressive car les groupes musculaires sont détendus les uns après les autres ; l'objectif étant de provoquer la détente musculaire qui va engendrer la détente psychique.(51)

Cette approche doit être enseignée par un professionnel de santé ou de la psyché formé à la pratique.

- Résonance énergétique par stimulation cutanée (RESC) :

La Résonance Energétique par Stimulation Cutanée ou RESC est une méthode basée sur les fondements de la médecine énergétique chinoise. Elle se pratique par un contact cutané qui permet au thérapeute d'identifier des messages perçus dans l'espace liquidien et tissulaire du corps afin d'en évaluer la fluidité et de la rétablir si nécessaire. (52)

Seules les personnes exerçant une profession médicale ou paramédicale peuvent se former à la RESC. La formation complète est enseignée en trois années par la société de formation Patrick Fouchier (Kinésithérapeute concepteur de la méthode). La RESC est une méthode protégée par l'I.N.P.I. (Institut national de la propriété intellectuelle) et ne peut être enseignée que sous la responsabilité de Patrick Fouchier.

- Restrictions alimentaires spécifiques :

Cette approche consiste à diminuer ou retirer de son alimentation un ou des composants alimentaires à des fins antalgiques.

Le régime doit être instauré uniquement après diagnostic établi par un médecin. Sa mise en œuvre doit se faire par le patient accompagné d'un médecin nutritionniste ou d'un diététicien.

- Shiatsu :

Le Shiatsu s'appuie sur les grands principes de la médecine asiatique : yin et yang, en utilisant les méridiens énergétiques en stimulant certains endroits du corps bien précis pour provoquer l'action souhaitée sur l'organisme et rétablir l'équilibre énergétique du corps.

Il travaille sur l'ensemble du corps ou sur une partie seulement par pression manuelle (sans aiguille). C'est une discipline énergétique de détente qui consiste en des étirements et des pressions appliquées sur l'ensemble du corps.(53)

Toute personne formée à la pratique peut enseigner le Shiatsu.

- Sophrologie :

La sophrologie est une méthode de relaxation et d'activation du corps et de l'esprit qui favorise la perception positive du corps, de l'esprit et des états émotionnels. Elle permet d'agir sur les sensations, les émotions, les perceptions, l'orientation dans le temps et l'espace, sur la confiance en soi.(54)

Cette approche doit être enseignée par un professionnel de santé ou de la psyché formé à la pratique.

- Stretching :

Le stretching est une méthode d'entraînement qui consiste à étirer la musculature. Sa pratique régulière permet d'améliorer la mobilité articulaire.

Toute personne formée à la pratique peut l'enseigner.

- Tai Chi Chuan :

Cette gymnastique orientale qui s'apparente aux arts martiaux vise la maîtrise du mouvement du corps et du souffle pour libérer l'esprit et les tensions. Le Tai Chi Chuan signifie « Art de longue vie » et repose sur les principes énergétiques de la médecine chinoise. Il vise à éliminer les tensions afin de libérer les articulations, améliorer le souffle et l'endurance. (55)

Toute personne formée à la pratique peut l'enseigner.

- Thérapies cognitives et comportementales (TCC) :

Les TCC sont des techniques de psychothérapie « brève » (nombre de séances limité). L'objectif est de comprendre sa façon de fonctionner habituellement et d'apprendre à s'adapter différemment pour modifier son comportement vis-à-vis de la situation douloureuse sans en rechercher l'origine.

Les TCC doivent être enseignées par un professionnel de santé ou de la psyché formé à la pratique.

- Thérapie quantique intégrative :

La thérapie quantique identifie et rétablit les champs électromagnétiques altérés par la pathologie.

- Toucher relationnel :

Le toucher relationnel est une méthode manuelle de stimulation cutanée ayant pour objectif d'atténuer la douleur, d'induire la relaxation, ou d'améliorer la circulation sanguine. (56)

Il est pratiqué par des professionnels soignants lors des soins quotidiens.(57)

- Training autogène de Schultz :

Le Training autogène de Schultz est une technique d'autohypnose basée sur le relâchement musculaire et la concentration sur les sensations corporelles dans le but d'entraîner une détente physique et psychique. L'expression « training autogène » signifie « s'entraîner soi-même » c'est-à-dire que la personne apprend avec un professionnel et ensuite pratique seule.(51)

Cette approche doit être enseignée par un professionnel de santé ou de la psyché formé à la pratique.

- Yoga :

Cette gymnastique orientale vise la maîtrise du mouvement du corps et du souffle pour libérer l'esprit et les tensions. Le Yoga est enraciné dans la philosophie indienne et représente une pratique spirituelle traditionnelle indienne depuis des millénaires. (58)

Toute personne formée à la pratique peut enseigner le yoga.

Le nombre d'approches non médicamenteuses proposé n'est pas exhaustif. Cette liste devra être mise à jour au gré des nouvelles demandes des patients et revisitée quant aux données de la littérature environ tous les deux-trois ans.

1.2. Synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

1.2.1. Acupuncture

Les résultats d'un certain nombre d'études suggèrent que l'acupuncture peut aider à soulager les douleurs chroniques telles que les douleurs lombaires, les cervicalgies ou encore l'arthrose. Elle peut également aider à réduire la fréquence des céphalées et prévenir les migraines.(59)

- Acupuncture pour les lombalgies :

En 2007, l'acupuncture est recommandée par l'American Pain Society et l'American College of Physicians comme l'une des approches non médicamenteuses que les

médecins devraient envisager lorsque des patients atteints de lombalgie chronique ne répondent pas à l'auto-soin (par exemple rester actif, appliquer de la chaleur, prendre des médicaments antalgiques).

En 2008, une étude montre des preuves selon lesquelles la combinaison de l'acupuncture aux soins habituels est plus efficace que les soins habituels seuls.

Une étude datant de 2010 constate que l'acupuncture soulage les lombalgies immédiatement après le traitement, mais pas sur des périodes plus longues.

Une méta-analyse réalisée en 2012 montre que l'acupuncture est efficace pour soulager les douleurs de la lombalgie chronique. 2678 patients ont été identifiés à partir de treize essais contrôlés randomisés. Les résultats concluent que l'acupuncture obtient de bons résultats en termes de soulagement de la douleur, du handicap, de la flexion de la colonne vertébrale et de la qualité de vie.

- Acupuncture pour les cervicalgies :

Un essai multicentrique contrôlé et randomisé a été effectué en 2006 afin d'évaluer l'efficacité de l'acupuncture chez des personnes souffrant de cervicalgies chroniques (> 6 mois). 14 161 patients ont été randomisés et répartis au hasard en deux groupes, un groupe participant à 15 séances d'acupuncture sur trois mois ainsi qu'un groupe témoin. Tous les sujets ont été autorisés à recevoir des soins médicaux habituels. Au bout de trois mois de traitement, le groupe participant à l'acupuncture rapporte moins de cervicalgies.(60)

Une méta-analyse de 2009 révèle que l'acupuncture est efficace pour traiter les cervicalgies mais l'analyse a été basée sur un petit nombre de preuves (seulement trois études avec des petites populations).

- Acupuncture pour l'arthrose :

Une étude clinique australienne de 2014 impliquant 282 participants montre que l'acupuncture soulage légèrement mieux l'arthrose du genou comparativement à aucun traitement. Deux méta-analyses de 2010 et 2012 aboutissent à la même conclusion concernant l'arthrose du genou et de la hanche.

- Acupuncture pour les céphalées :

En 2009, une méta-analyse révèle que l'ajout de l'acupuncture aux soins de base pour les migraines contribue à réduire la fréquence de ces dernières.

Une étude de 2012 constate que l'acupuncture aide à réduire la fréquence ou la gravité des céphalées.

Technique	Pathologies douloureuses et types de douleurs pour lesquelles la technique a montré un effet positif	Nombre d'études (dont X méta-analyses)
Acupuncture	Lombalgies, Cervicalgies, Arthrose, Céphalées	8 (dont 5 méta-analyses)

Tableau 1 – Acupuncture et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

1.2.2. Consommation « antalgique » d'Alcool

L'alcool est parfois utilisé pour diminuer la sensation douloureuse. Des enquêtes effectuées depuis 2005 suggèrent que près de 28% des personnes souffrant de douleur chronique ont recours à l'alcool pour soulager leurs souffrances.(61)

L'effet analgésique de l'alcool ne repose pas que sur son effet dépresseur central et amnésiant. Il existe des effets plus spécifiques. En effet, l'éthanol agit, outre ses effets

solubilisant des membranes lipidiques (et donc toxique pour le neurone) sur les récepteurs GABA A et B mais aussi sur les récepteurs au glutamate avec des effets complexes. L'effet sur le récepteur GABA montre qu'il peut y avoir un effet antalgique au niveau de la corne dorsale de la moelle mais aussi au niveau du système nerveux central. L'effet de l'alcool sur le glutamate (et son sous-type le NMDA) peut avoir également un effet analgésique non négligeable.(62) (63)

Une étude réalisée en 2003, auprès de 147 hommes et 136 femmes souffrant de lombalgies, a analysé l'interaction entre la consommation déclarée d'alcool, la performance physique et l'utilisation de médicaments antalgiques. Les personnes ont été suivies durant trois mois. Aucune des femmes n'a rapporté plus de cinq verres par semaine. Dix hommes ont rapporté plus de douze verres par semaine. Les résultats montrent que les hommes, dont la consommation d'alcool était plus importante, ont mieux réussi les tests fonctionnels. Par contre, aucune différence n'a été retrouvée concernant la dépression, la douleur et la consommation d'antalgiques. (64)

Une étude de 2004 a évalué le rôle de la douleur dans la consommation d'alcool chez des personnes âgées ayant ou non un problème d'alcool préexistant (N=401). Les résultats montrent un recours à la consommation d'alcool plus fréquent chez les personnes douloureuses ayant déjà une addiction à l'alcool ; la douleur étant mentionnée par les personnes comme le déclencheur d'une consommation plus importante.(65)

Une enquête de 2009 a évalué l'utilisation d'alcool comme « antalgique » chez des adultes souffrant de douleurs ORL (N=2966) et d'arthrite (N=1355). Les résultats montrent que la consommation d'alcool « à visée antalgique » est plus élevée chez les

jeunes adultes et que cette consommation semble liée au stress qu'engendre la douleur chronique.(66)

Peu de données montrent un effet réellement « antalgique de l'alcool », alors que cette consommation peut exposer la personne à des conséquences négatives sur la gestion de sa douleur :

- Interactions de l'alcool avec les médicaments notamment les antalgiques et psychotropes.
- Consommation à des doses supérieures à une consommation quotidienne modérée pouvant être à l'origine d'une intoxication alcoolique et de l'apparition d'une tolérance (augmentation de la consommation pour ressentir les mêmes effets) voire d'une dépendance.
- Complication neurologique possible lors d'une consommation prolongée d'alcool (neuropathie périphérique).(61)

Technique	Pathologies douloureuses et types de douleurs pour lesquelles la technique a montré un effet positif	Nombre d'études (dont X méta-analyses)
Consommation « antalgique » d'alcool	Peu de données Balance bénéfice-risque défavorable	

Tableau 2 – Consommation antalgique d'alcool et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

1.2.3. Apprendre ou réapprendre à s'endormir et bien dormir

Plusieurs études montrent l'existence d'un lien entre la douleur chronique et les troubles du sommeil. En effet, une grande majorité de patients souffrant de douleur chronique rapporte également des troubles du sommeil (50 à 89%). (67)

Il existe une relation temporelle et des interactions réciproques où les troubles du sommeil peuvent contribuer au développement ultérieur d'une douleur chronique, et vice et versa. Il est donc important d'intervenir dès l'apparition de ces symptômes. Compte tenu de leur relation bidirectionnelle dans le temps, un meilleur soulagement de la douleur durant le jour peut contribuer à améliorer la qualité du sommeil. De la même façon, une meilleure nuit de sommeil pourra contribuer à diminuer la sévérité des douleurs durant la journée.(16)

Technique	Pathologies douloureuses et types de douleurs pour lesquelles la technique a montré un effet positif	Nombre d'études (dont X méta-analyses)
Apprendre ou réapprendre à s'endormir et bien dormir	Relation bidirectionnelle entre sommeil et douleur	2

Tableau 3 – Apprendre ou réapprendre à s'endormir et bien dormir et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

1.2.4. Aromathérapie

Un travail effectué en 2013, concernant la prise en charge des douleurs articulaires (arthrites, arthrose, luxation, entorse, douleur osseuse, douleur tendineuse, bursite, douleur neurologique) par aromathérapie et phytothérapie, montre une efficacité sur la douleur de certaines huiles essentielles.(68)

- Huiles essentielles antalgiques : l'Eucalyptus citronné (*Eucalyptus citriodora*) ; le Lemon grass (*Cymbopogon flexuosus*) ; la Gaulthérie couchée (*Gaultheria procumbens*) ; la Lavande officinale (*Lavandula officinalis*) ; la Menthe poivrée (*Mentha piperita*) ; le Romarin officinal à camphre (*Rosmarinus officinalis camphoriferum*) ; le Giroflier (*Eugenia caryophyllus*) et le Genévrier (*Juniperus communis*).

- Huiles essentielles anti-inflammatoires : l'Hélichryse italienne (*Helichrysum italicum*); le Katafray (*Credelopsis grevei*); le Gingembre (*Zingiber officinale*); le Cumin (*Cuminum cyminum*).

Une autre étude réalisée en 2014 a examiné l'efficacité de l'aromathérapie chez des personnes âgées souffrant de douleur chronique. Un programme d'aromathérapie (spray lavande + bergamote) de quatre semaines a été suivi par 44 participants tandis que 38 participants constituaient le groupe contrôle et n'ont eu aucune intervention. Le niveau de douleur, de dépression, d'anxiété et de stress a été collecté au départ et à la fin des quatre semaines de programme. Les auteurs concluent que l'aromathérapie peut être un outil efficace pour réduire la douleur, la dépression, l'anxiété et le niveau de stress chez les personnes âgées.(69)

Technique	Pathologies douloureuses et types de douleurs pour lesquelles la technique a montré un effet positif	Nombre d'études (dont X méta-analyses)
Aromathérapie	Douleurs articulaires, Dépression, Anxiété, Stress	2

Tableau 4 – Aromathérapie et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

1.2.5. Art-thérapie (musique, chant, danse, art plastique, expression corporelle, théâtre, ...)

Une méta-analyse publiée en 2011 dans une revue canadienne a évalué le rôle de l'art-thérapie dans le traitement de la douleur chronique. Cette étude a recensé l'ensemble des études disponibles dans ce domaine et fait ressortir la spécificité de l'art-thérapie à prendre en compte plus particulièrement les dimensions psychosociales de la douleur chronique, mais aussi d'atténuer les symptômes physiques chez certains

patients. Cependant, les études disponibles montrent des faiblesses méthodologiques qui nécessiteraient d'autres études de confirmation.(70)

Concernant plus particulièrement la musicothérapie, un essai contrôlé randomisé en simple aveugle (2012) a évalué l'utilité de la musique dans la gestion des patients souffrant de douleur chronique. 87 patients présentant des douleurs lombaires, une fibromyalgie, une maladie inflammatoire ou neurologique ont participé à deux séances quotidiennes de musique entre J0 et J10, en association à leur traitement standard. Puis, la musicothérapie a été poursuivie jusqu'à J60. Les résultats prouvent que la musicothérapie a permis une réduction significative de la douleur, une réduction significative de l'anxiété/dépression et de la consommation d'anxiolytiques.(71)

Technique	Pathologies douloureuses et types de douleurs pour lesquelles la technique a montré un effet positif	Nombre d'études (dont X méta-analyses)
Art-thérapie	Douleurs lombaires, Fibromyalgie, Maladies inflammatoires et neurologiques Plus particulièrement sur les dimensions psychosociales de la douleur	1 méta-analyse + 1 (spécifique sur la musicothérapie)

Tableau 5 – Art-thérapie et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

1.2.6. Auriculothérapie

Dans une étude réalisée en France et publiée en 2003, l'efficacité de l'auriculothérapie a été évaluée, soit comme méthode complémentaire à un traitement antalgique, soit comme méthode alternative à un traitement antalgique refusé par les patients. 90 patients traités pour un cancer et présentant une douleur neuropathique chronique ont été inclus et randomisés en trois groupes, un groupe d'auriculothérapie personnalisée, un groupe d'auriculothérapie sur des points placebo et un groupe

d'acupression (pose de graines) sur des points placebo. La diminution de l'intensité douloureuse à deux mois était significativement plus importante dans le groupe d'intervention que dans les deux groupes contrôle. Les auteurs concluent que l'auriculothérapie, lorsqu'elle est pratiquée sur des points où un signal électrodermique est détecté, est associée à une réduction significative de l'intensité douloureuse chez des patients ayant été traités pour un cancer et présentant une douleur neuropathique chronique.(72)(21)

Une autre étude publiée en Italie, en 2006, a évalué l'efficacité de l'auriculothérapie en adjonction à l'acupuncture corporelle dans la prise en charge de la douleur myofasciale cervicale. 70 sujets ont été randomisés en deux groupes, un groupe d'auriculothérapie plus acupuncture et un groupe d'acupuncture corporelle uniquement. Les auteurs ont observé une diminution significative des scores d'intensité de la douleur à l'issue des huit semaines de traitement pour les deux groupes, ainsi qu'à un mois et à trois mois sans différence significative entre les deux groupes de traitement. Cette étude n'a donc pas mis en évidence un bénéfice de l'auriculothérapie en adjonction à un traitement par acupuncture dans la prise en charge de la douleur myofasciale cervicale.(73)(21)

Une étude réalisée à Hong-Kong et publiée en 2008 a évalué l'efficacité de l'auriculothérapie (avec stimulation de points d'oreille par champ magnétique) sur les lombalgies chroniques du sujet âgé de plus de 60 ans. Les patients (N=79) ont été randomisés en deux groupes, un groupe d'intervention avec pose de perles magnétiques sur sept points d'oreille et un groupe contrôle avec pose de graines sur les sept mêmes

points. Cette étude conclut à un intérêt de l'auriculothérapie par stimulation magnétique pour soulager les lombalgies chroniques des personnes âgées.(74)(21)

Une méta-analyse publiée en 2010 évaluant l'efficacité de l'auriculothérapie sur plusieurs types de douleurs aiguës (dont la douleur post-opératoire) et chroniques montre une efficacité antalgique (baisse des scores de douleur et de l'utilisation d'analgésiques) mais à partir d'études (N=17) ayant de faibles effectifs.(75)

Technique	Pathologies douloureuses et types de douleurs pour lesquelles la technique a montré un effet positif	Nombre d'études (dont X méta-analyses)
Auriculothérapie	Douleur neuropathique, Douleur myofasciale cervicale, Lombalgies, Stress	4 (dont 1 méta-analyse)

Tableau 6 – Auriculothérapie et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

1.2.7. Cannabis

Plusieurs études montrent une efficacité de certains composés issus du cannabis dans le traitement de la douleur. Ses effets neuropharmacologiques sont essentiellement dus au delta-9-tetra-hydro-cannabinol ($\Delta 9$ -THC). L'activité antalgique centrale serait liée à une inhibition de la transmission GABAergique (interaction avec les récepteurs CB1). Les effets du THC peuvent toutefois exposer à des troubles de l'humeur du type dépression et/ou des troubles psychotiques, surtout lorsqu'ils sont administrés par voie générale. Le recours au cannabidiol ou l'usage local du THC (en application transdermique, oculaire, rectale, inhalée) permettrait de limiter ces effets iatrogènes en conservant une activité antalgique.

En 2001, l'association allemande pour le cannabis médical (fondée en 1997 par des médecins et des malades) a réalisé une enquête qui a montré que les produits dérivés du cannabis ont été utilisés avec succès dans le traitement de différentes maladies causant des douleurs : arthrose, hernie discale, fibromyalgie, menstruations douloureuses, migraine et autres céphalées, affaiblissements musculaires, névralgies, neurofibromatose, douleurs post-zostériennes, hernies hiatales, lumbago.

Aux États-Unis, dans les années 2000, des enquêtes semblables menées sur des milliers de consommateurs de cannabis ont démontré que le traitement des douleurs chroniques comptait parmi les principales causes d'usage de cannabis.(76)

Une série de cas, datant de 2002, montre que de petites doses de cannabis fumé pourraient réduire la douleur et améliorer l'humeur et le sommeil chez certains patients atteints de douleur chronique. En effet, 15 patients ont répondu à un questionnaire sur le type de cannabis utilisé, le mode d'administration, la quantité utilisée et la fréquence d'utilisation, ainsi que sur leur perception de l'efficacité du cannabis sur un ensemble de symptômes et d'effets secondaires associés à la douleur. Cependant, ces résultats issus de série de cas doivent être interprétés avec prudence et des essais cliniques s'imposent pour vérifier ces effets.(77)

Un essai contrôlé randomisé conduit en 2010 montre qu'une inhalation unique de 25 mg d'herbe de cannabis contenant 9,4% de THC, trois fois par jour pendant cinq jours réduit l'intensité de la douleur et améliore le sommeil chez des patients souffrant de douleurs neuropathiques. De plus, la tolérance semble plutôt bonne, seuls quelques effets gênants ont été ressentis à type de céphalées, yeux secs, sensation de brûlure, étourdissements, engourdissements, toux.(78)

Ces deux études semblent montrer un effet positif du cannabis fumé sur l'intensité de la douleur mais ces résultats préliminaires sur de petits effectifs doivent être confirmés autant sur le plan de l'efficacité que de la tolérance.

En 2013, une étude a été menée afin d'évaluer l'efficacité analgésique du cannabis vaporisé chez des sujets souffrant de douleurs neuropathiques malgré un traitement traditionnel. 39 patients souffrant de douleur neuropathique centrale et périphérique ont été randomisés en trois groupes : un groupe inhalant une dose moyenne de cannabis (3,53%), un groupe inhalant une faible dose de cannabis (1,29%) et un groupe placebo. L'intensité de la douleur a été évaluée à l'aide de l'échelle visuelle analogique. Les effets secondaires psychotropes et les performances neuropsychologiques ont également été évalués. Les résultats montrent une réponse analgésique du cannabis vaporisé, mais il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes traités par des doses de cannabis. Les effets psychoactifs sont minimes et bien tolérés, et les effets neuropsychologiques sont d'une durée limitée et facilement réversibles dans les une à deux heures. Le cannabis vaporisé, même à faibles doses, peut représenter une option efficace pour les patients souffrant de douleur neuropathique résistante au traitement.(79)

Une étude plus récente (2014) a été effectuée à Hawaï sur une centaine de personnes souffrant de douleur chronique et utilisant du cannabis à usage médical (cannabis inhalé par des vaporisateurs). Cette étude montre que le « cannabis médicament » peut être utilisé de façon « sûre et efficace ». En contraste avec les opiacés et autres médicaments contre la douleur disponibles, le cannabis médical serait

« relativement non-addictif ». Dans cette étude, les effets indésirables sont dits « légers » à type de toux et d'irritation de la gorge (80).

Cependant, les effets du THC peuvent toutefois exposer à des troubles de l'humeur du type dépression et de décompensation d'une psychose type schizophrénie surtout lorsqu'ils sont administrés par voie générale. En France, le cannabis est un produit classé stupéfiant et son usage est interdit, conformément à la loi du 31 décembre 1970, dont les dispositions ont été intégrées dans le Code pénal et le Code de la santé publique. En acheter, en consommer, en détenir, en donner, en revendre, en cultiver (chez soi ou à l'extérieur), en transporter ou conduire après en avoir consommé sont autant d'infractions à la loi, passibles de sanctions lourdes devant les tribunaux, quelle que soit la quantité de cannabis incriminée. Les peines sont doublées quand le cannabis est vendu ou donné à des mineurs.(22)

Il existe deux médicaments disponibles en France. Le SATIVEX® bénéficie d'une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) depuis Janvier 2014. Il se présente sous la forme d'une solution pour pulvérisation buccale contenant deux extraits mous de la plante *Cannabis sativa*, le tétrahydrocannabinol et le cannabidiol. Ce traitement est destiné uniquement aux patients adultes atteints de sclérose en plaques, résistante aux autres traitements, pour soulager les contractures sévères. Il est soumis à prescription initiale hospitalière et semestrielle par un neurologue ou un médecin de médecine physique et réadaptation. La prescription doit se faire sur une ordonnance sécurisée pour une durée de 28 jours. La dispensation se fait en pharmacie de ville, seulement pour 28 jours (législation des stupéfiants).(81)

Le deuxième médicament, le MARINOL® (dronabinol) fait l'objet d'une Autorisation Temporaire d'Utilisation (ATU). Depuis 2001, 74 ATU nominatives ont été délivrées pour les conditions suivantes : douleurs résistantes aux traitements standards, affections inflammatoires du système nerveux, maladie d'Unverricht-lundborg, stimulation de l'appétit (anorexie), nausées associées à la chimiothérapie des cancers, syndrome de Tourette, dystonie résistante aux traitements standards, douleurs paroxystiques. Ce médicament se présente sous forme de gélules. Une demande doit être faite auprès de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) pour obtenir l'ATU d'une durée renouvelable de 1 mois à 6 mois. La dispensation n'est possible qu'en pharmacie hospitalière.(82)

Technique	Pathologies douloureuses et types de douleurs pour lesquelles la technique a montré un effet positif	Nombre d'études (dont X méta-analyses)
Cannabis	<ul style="list-style-type: none"> - Douleurs articulaires : Arthrose, Hernie discale, Fibromyalgie, Hernies hiatales, Lumbago - Douleurs musculaires et neuropathiques : Affaiblissements musculaires, Neurofibromatose, Douleurs post-zostériennes - Douleurs gynécologiques : Menstruations douloureuses - Douleurs neurologiques : Migraine et autres céphalées, Névralgies - Symptômes associés : Sommeil, Troubles de l'humeur 	4 + 1 thèse

Tableau 7 – Cannabis et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

1.2.8. Chiropraxie

Un essai clinique randomisé a été mené aux Etats-Unis en 2003, afin de comparer la prise en charge des lombalgies chroniques par des anti-inflammatoires non stéroïdiens (Celecoxib 200 à 400g/j ; Rofécoxib 12,5 à 25mg/j), de l'acupuncture (deux séances par semaine) et de la chiropraxie (deux séances par semaine). La population de

l'étude (N=115) a été divisée en trois groupes égaux et l'évaluation a eu lieu initialement, ainsi qu'à la deuxième, cinquième et neuvième semaine grâce à un questionnaire spécifique et à l'échelle visuelle analogique. Cette étude conclut que les patients suivis par un chiropracteur sont cinq fois plus nombreux à ne plus avoir de symptômes que ceux ayant pris des anti-inflammatoires et trois fois plus nombreux que ceux ayant eu des séances d'acupuncture. Cependant, selon les auteurs, l'étude comporte quelques lacunes, et doit être confirmée par d'autres travaux. (83)

Un essai clinique de 2004, randomisé, conduit en double aveugle, démontre que la chiropraxie est un traitement ayant des effets supérieurs aux médicaments relaxants musculaires dans le soulagement des douleurs lombaires. 192 patients ont été inclus et répartis en trois groupes : un groupe participant aux exercices de chiropraxie avec médicament placebo ; un groupe prenant des relaxants musculaires avec de faux mouvements de chiropraxie et un groupe prenant un médicament placebo avec de faux mouvements de chiropraxie. (84)

Trois essais cliniques randomisés de 2006, 2007 et 2009 montrent l'intérêt des manipulations vertébrales dans le traitement des douleurs cervicales aiguës et chroniques, en réduisant à la fois les douleurs et l'incapacité fonctionnelle.(85)(86)(87)

Une étude parue en 2008, ayant pour objectif de comparer la perception de la douleur et de l'invalidité chez des patients souffrant de lombalgie chronique pris en charge dans une clinique de la douleur, montre que la chiropraxie peut être efficace pour réduire les niveaux de handicap et de douleur perçue. Pour cela, 12 patients ont été randomisés dans un groupe suivant une thérapie standard (médicaments anti-

inflammatoires, analgésiques, gabapentine) et 18 dans le groupe participant aux exercices de chiropraxie. Après huit semaines de traitement, les niveaux de douleur et d'invalidité ont été évalués grâce à un questionnaire d'évaluation spécifique ainsi qu'à une échelle numérique d'évaluation de la douleur. La réduction de l'intensité de la douleur et de l'incapacité est plus importante pour le groupe de chiropraxie que pour le groupe pris en charge par traitement médical. Ceci ne signifie pas que le traitement médical n'a pas sa place pour la prise en charge des lombalgies, mais plutôt que la chiropraxie peut être un soin complémentaire. (88)

Les données scientifiques existantes sur la chiropraxie ont été rassemblées dans un rapport de 2010, et ce dernier conclut que la manipulation vertébrale et la mobilisation peuvent être utiles pour les lombalgies, les migraines ou les cervicalgies. Cependant, pour certaines pathologies comme la fibromyalgie, le syndrome prémenstruel ou encore la sciatique, les preuves concernant l'efficacité de la chiropraxie ne sont pas concluantes.(89)

Une étude américaine réalisée en 2012 révèle que les patients souffrant de douleurs cervicales chroniques qui reçoivent un traitement chiropratique combiné à des exercices ont deux fois plus de chances de voir leurs douleurs disparaître que ceux qui sont traités par des traitements médicamenteux. 272 patients souffrant de douleurs cervicales ont été suivis durant douze semaines. Les patients ont été randomisés en trois groupes : 91 patients pris en charge par des manipulations vertébrales, 90 patients ayant une prise en charge médicamenteuse et 91 patients pris en charge par des exercices à domicile. 32% des patients traités uniquement par la chiropraxie font état d'un soulagement complet de leurs douleurs, contre 30% des patients traités par exercices et

13% des patients ayant un traitement médicamenteux. La chiropraxie se révèle donc efficace pour diminuer l'intensité des douleurs chroniques cervicales.(90)

Technique	Pathologies douloureuses et types de douleurs pour lesquelles la technique a montré un effet positif	Nombre d'études (dont X méta-analyses)
Chiropraxie	Lombalgies, Cervicalgies, Migraines	8

Tableau 8 – Chiropraxie et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

1.2.9. Chrononutrition

Aucune donnée concernant l'effet d'une approche de chrononutrition sur la douleur chronique n'a été retrouvée. Une revue de la littérature publiée en 2014 montre que des modifications des moments des apports alimentaires et du type d'aliments choisis modifient le rythme circadien. La chrononutrition représente une stratégie suivant le rythme circadien pour préserver un bon état de santé (exemple du choix du moment de prise de certains types d'aliments en fonction de paramètres physiologiques avec comme objectif de maintenir un poids corporel optimal). Cependant, cette revue n'a pas étudié l'impact potentiel sur les douleurs chroniques. (91)

Technique	Pathologies douloureuses et types de douleurs pour lesquelles la technique a montré un effet positif	Nombre d'études (dont X méta-analyses)
Chrononutrition	Aucune donnée d'efficacité	

Tableau 9 – Chrononutrition et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

1.2.10. Cognitive behavioral stress management (CBSM)

Les effets bénéfiques de cette approche sur les comportements de santé des personnes atteintes de pathologies somatiques chroniques sont aujourd'hui bien établis. Elle améliorerait notamment l'observance thérapeutique, la qualité de vie, et l'efficacité des stratégies d'adaptation envers la maladie chronique. Le CBSM potentialiserait de surcroît les résultats des traitements médicaux. (92)

Plusieurs études menées auprès de patients atteints de cancer témoignent en particulier des bienfaits de cette approche. Par exemple, une étude récente de 2006 montre que les femmes atteintes du cancer du sein ayant suivi ce type de programme voient leur anxiété diminuer d'environ 30%, leur observance s'accroître, leur soutien social augmenter, leur alimentation s'améliorer et leur consommation de tabac chuter.(25)

Une étude datant de 2011, contrôlée et randomisée, a évalué les effets du CBSM sur le stress perçu, les affects négatifs, la qualité de vie et les symptômes chez 69 patients atteints d'encéphalopathie myalgique (également appelée syndrome de fatigue chronique). Pour cela, ces 69 patients ont été répartis en deux groupes, un groupe de CBSM (N=44) et un groupe contrôle, sans intervention (N=25). Le groupe interventionnel a présenté une réduction significative de l'ampleur du stress perçu, des affects négatifs et du degré de sévérité des symptômes du syndrome de fatigue chronique. De plus, la qualité de vie a augmenté chez ces patients.(93)

Ainsi, le CBSM apparaît comme une approche prometteuse dans la mesure où des essais contrôlés et randomisés mettent en évidence une amélioration tangible de l'état de santé psychologique et somatique des femmes atteintes d'un cancer du sein, aussi bien à court qu'à plus long terme, mais aussi des personnes atteintes du virus de l'immunodéficience humaine ou en proie à des douleurs chroniques.(25)

Le CBSM a donc un impact certain sur le stress, sur la composante psychologique qui aura elle même un impact sur la douleur. Cependant, cette technique n'agit pas directement comme antalgique, elle ne diminue pas la douleur de manière directe mais plutôt selon une approche globale de la douleur.

Technique	Pathologies douloureuses et types de douleurs pour lesquelles la technique a montré un effet positif	Nombre d'études (dont X méta-analyses)
CBSM	Anxiété, Stress	4

Tableau 10 – CBSM et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

1.2.11. Coupeur de feu

Aucune étude n'évalue l'efficacité d'une intervention d'un coupeur de feu sur les douleurs chroniques. Il n'existe actuellement que des récits de vie.

Technique	Pathologies douloureuses et types de douleurs pour lesquelles la technique a montré un effet positif	Nombre d'études (dont X méta-analyses)
Coupeur de feu	Aucune donnée d'efficacité et de risques	

Tableau 11 – Coupeur de feu et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

1.2.12. Eau de Quinton

Il n'existe pas d'études évaluant l'efficacité de l'utilisation d'eau de Quinton sur les douleurs chroniques et ses symptômes associés (stress, anxiété, trouble du sommeil, fatigue, ...). Concernant les voies orale, nasale et cutanée, aucune donnée d'efficacité pour soulager la douleur n'a été retrouvée. Concernant la voie injectable, il existe deux risques, un risque d'inefficacité si le produit est stérilisé à chaud car il perd ses propriétés et un risque infectieux si le produit n'est pas stérilisé à chaud.

Technique	Pathologies douloureuses et types de douleurs pour lesquelles la technique a montré un effet positif	Nombre d'études (dont X méta-analyses)
Eau de Quinton	Voies orale, nasale et cutanée : aucune donnée d'efficacité pour soulager la douleur Voie injectable : risques et illégalité	

Tableau 12 – Eau de Quinton et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

1.2.13. Ergothérapie

En 2008, une revue Cochrane a analysé 38 études portant sur plus de 1 700 personnes atteintes de polyarthrite rhumatoïde, afin de déterminer si les interventions d'ergothérapie améliorent les résultats de capacité fonctionnelle, la participation sociale et/ou la qualité de vie liée à la santé. Les résultats montrent qu'il existe des preuves solides quant au fait que l'ergothérapie peut être utile chez des personnes atteintes de polyarthrite rhumatoïde pour effectuer des tâches quotidiennes (s'habiller, cuisiner, nettoyer) de manière moins douloureuse. Ces bénéfices ont été constatés quand l'intervention d'ergothérapie comprenait des actions de formation, de conseils dont ceux sur la protection des articulations et de suivi.(94)

Technique	Pathologies douloureuses et types de douleurs pour lesquelles la technique a montré un effet positif	Nombre d'études (dont X méta-analyses)
Ergothérapie	Polyarthrite rhumatoïde	38

Tableau 13 – Ergothérapie et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

1.2.14. Exercice ou activité physique

L'HAS a établi en 2000 des recommandations concernant les personnes atteintes de lombalgie chronique. Elle conclut que l'exercice physique est efficace à court terme dans le traitement à visée antalgique et fonctionnelle de la lombalgie chronique par rapport à l'absence de traitement ou à un placebo. Cependant, il est impossible de conclure sur l'éventuelle supériorité d'un type d'exercice par rapport à l'autre, les résultats des études existantes, de faible qualité, étant contradictoires. L'exercice physique, quelle que soit sa forme, est donc recommandé, mais aucune technique ne l'est en particulier. Il faut noter que ces résultats ne sont obtenus que chez des patients motivés et observants.(95) (96) (97) (98)

Une méta-analyse réalisée en 2004 a recensé 16 essais cliniques randomisés avec 1 730 participants étudiant l'efficacité de l'exercice physique chez des patients atteints de lombalgies chroniques. L'exercice se révèle avoir un impact positif dans les 16 essais cliniques.(99)

Une méta-analyse de 2010 a examiné différents essais contrôlés randomisés afin d'évaluer l'efficacité des exercices aérobies chez des patients souffrant de fibromyalgie, ainsi que de déterminer le type et la fréquence des exercices les plus efficaces. 28 essais

contrôlés randomisés comparant l'exercice aérobic avec des groupes contrôles et 7 essais contrôlés randomisés comparant différents types d'exercice aérobic ont été retenus, avec un total de 2 494 patients. L'exercice aérobic réduit la douleur, la fatigue, l'humeur dépressive. Il améliore la condition physique, et ainsi la qualité de vie. La douleur a été réduite de manière significative après suivi d'un programme d'exercice aérobic terrestre ou aquatique, d'intensité légère à modérée et avec une fréquence de deux ou trois fois par semaine pendant au moins quatre semaines.(100)

En 2011, une étude a été réalisée dans le but d'évaluer l'impact d'un mode de vie avec activité physique (12 semaines d'activité), à moyen (6 mois) et long terme (12 mois) chez des adultes atteints de fibromyalgie. Les 73 participants ont été assignés au hasard dans le groupe de l'activité physique ou bien dans un groupe suivant une formation sur la fibromyalgie. Dans le groupe participant à l'activité physique, on constate que le nombre moyen de pas quotidiens a augmenté de 54%, et que la douleur a diminué de 35% après les douze semaines de traitement. Cependant, ces effets bénéfiques ne sont pas maintenus dans le temps.(101)

Plusieurs synthèses méthodiques et méta-analyses d'études hétérogènes montrent que, chez les patients atteints d'arthrose du genou, certains exercices thérapeutiques réduisent la douleur et améliorent les capacités fonctionnelles physiques, par comparaison avec un groupe témoin sans activité physique. Cependant, malgré un nombre important d'études, on ignore encore quel type de programme d'exercices est le plus efficace en termes d'amélioration des capacités fonctionnelles et de soulagement de la douleur. 48 essais contrôlés ont été inclus dans une méta-analyse de 2014, correspondant à plus de 4 000 adultes atteints d'arthrose du genou unilatérale ou

bilatérale. Les auteurs concluent qu'un programme d'exercices réduit la douleur et améliore les capacités fonctionnelles. Cependant, un programme optimal d'exercices pour l'arthrose du genou ne doit se fixer qu'un seul objectif d'amélioration, soit la capacité aérobie, soit la force du muscle quadriceps, soit la proprioception des membres inférieurs. Les meilleurs résultats sont obtenus avec un programme de trois séances par semaine sous supervision. L'effet clinique est indépendant des différentes caractéristiques du patient, comme la gravité à la radiographie ou la douleur au début de l'étude.(102)(103)

Technique	Pathologies douloureuses et types de douleurs pour lesquelles la technique a montré un effet positif	Nombre d'études (dont X méta-analyses)
Exercice ou activité physique	Lombalgies, Fibromyalgie, Arthrose du genou	7 (dont 4 méta-analyses)

Tableau 14 – Exercice ou activité physique et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

1.2.15. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)

Une méta-analyse publiée en 2014 montre l'efficacité de l'EMDR sur les symptômes de stress post-traumatique (dépression, anxiété, détresse subjective).(104)

Concernant la prise en charge des douleurs chroniques, une étude publiée en 2014, qui analyse une série de cas auprès de patients douloureux chroniques, montre un intérêt de cette technique pour diminuer l'intensité de la douleur, le handicap, la dépression et l'anxiété et une sûreté d'utilisation (aucun effet indésirable signalé). Cependant, les résultats sont nuancés du fait d'un faible nombre d'études d'un niveau méthodologique suffisant qui ne permet pas de proposer des recommandations.(105)

Technique	Pathologies douloureuses et types de douleurs pour lesquelles la technique a montré un effet positif	Nombre d'études (dont X méta-analyses)
EMDR	Symptômes de stress post-traumatique Dépression, Anxiété, Handicap	2 (dont 1 méta-analyse)

Tableau 15 – EMDR et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

1.2.16. Groupes de paroles

Les groupes de paroles (par exemple groupe Balint ou associations de patients) n'ont pas été étudiés quant à leur efficacité pour prendre en charge la douleur chronique. Cependant, ces groupes ont un intérêt pour échanger et créer du lien social, participant ainsi à un effet positif sur les symptômes associés à la douleur (stress, anxiété, dépression, ...).

Technique	Pathologies douloureuses et types de douleurs pour lesquelles la technique a montré un effet positif	Nombre d'études (dont X méta-analyses)
Groupes de paroles	Aucune donnée d'efficacité mais approche ayant un intérêt pour les symptômes associés à la douleur (stress, anxiété, dépression, ...)	

Tableau 16 – Groupes de paroles et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

1.2.17. Homéopathie

Une enquête observationnelle a été réalisée sur une année, entre Mars 2007 et Juillet 2008 afin d'évaluer l'efficacité de l'homéopathie chez 146 sujets âgés (> 70 ans) souffrant de troubles musculo-squelettiques. Au long de cette année, trois groupes de participants ont été examinés : un groupe traité seulement par homéopathie ; un groupe traité seulement par médecine conventionnelle et un groupe traité par l'association des

deux thérapies. Le groupe traité par homéopathie utilisait moins d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) que les deux autres groupes ; cependant la consommation d'analgésiques était comparable dans les trois groupes. Les auteurs concluent que l'utilisation des médicaments homéopathiques a été associée à une moindre utilisation des AINS.(106)

Une méta-analyse réalisée en 2007 a analysé les différentes bases de données existantes pour montrer l'efficacité des médecines complémentaires et alternatives dans la gestion de la douleur chronique, et notamment l'homéopathie. Cinq études ont été trouvées, utilisant des souches homéopathiques pour traiter diverses douleurs chroniques (céphalées, arthrite, douleurs lombaires). Trois études ont comparé l'homéopathie à un placebo et deux études ont comparé l'homéopathie aux traitements actifs (médicaments anti-inflammatoires oraux ou locaux). Ces études ont été relativement courtes, allant d'une semaine à six mois. Trois études ont montré une plus grande réduction de la douleur moyenne dans les groupes traités par homéopathie par rapport aux groupes contrôles, mais une seule étude montre une réduction statistiquement significative. Relativement peu d'essais contrôlés randomisés ont étudié l'homéopathie dans la gestion de la douleur, et ils sont de faible puissance avec des limites méthodologiques.(58)

Même s'il existe peu d'études et que celles-ci manquent de significativité, l'homéopathie pourrait, à priori, avoir un effet positif, dont celui de pouvoir réduire l'utilisation d'autres médicaments antalgiques comme les AINS pouvant être iatrogènes. De plus, l'homéopathie est une technique sans risque en terme de tolérance.

Technique	Pathologies douloureuses et types de douleurs pour lesquelles la technique a montré un effet positif	Nombre d'études (dont X méta-analyses)
Homéopathie	Troubles musculo-squelettiques, Céphalées, Arthrite, Douleurs lombaires	2 (dont 1 méta-analyse)

Tableau 17 – Homéopathie et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

1.2.18. Hypnose

Un article, publié en 2007, examine des essais contrôlés cherchant à évaluer l'efficacité de l'hypnose pour traiter la douleur chronique. Treize études ont été identifiées, elles ont comparé les résultats de l'hypnose pour le traitement de la douleur chronique (cancers, lombalgies, arthrite, drépanocytose, fibromyalgie, douleur temporo-mandibulaire, incapacité due à la douleur) à des données de base ou à une condition de contrôle. Les résultats indiquent que l'hypnose induit des diminutions significatives de la douleur.(107)

Un article, publié en 2009, a évalué l'efficacité de l'auto-hypnose et du biofeedback chez des adultes souffrant de lésions à la moelle épinière (N=37). Les deux approches permettent de diminuer l'intensité de la douleur. Les participants à l'auto-hypnose déclarent des baisses statistiquement significatives de la douleur quotidienne après traitement. Ces effets sont maintenus à trois mois de suivi.(108)

Un autre article, également publié en 2009, montre les effets de l'auto-hypnose et de la relaxation musculaire progressive sur l'intensité de la douleur chez des patients atteints de sclérose en plaques (N=22). Les participants à l'auto-hypnose rapportent une

baisse de la douleur après traitement. Ce résultat est maintenu après trois mois de suivi.(109)

Plusieurs essais contrôlés ont démontré l'efficacité de l'hypnose dans la prise en charge de la douleur chronique. Un travail, publié en 2010, a examiné vingt-cinq études comparant l'hypnose à des traitements actifs (par exemple la relaxation, le biofeedback) ou à des groupes contrôles non traités, chez des patients souffrant de douleur chronique. Globalement, les résultats montrent que l'hypnose apporte la même, voire une meilleure efficacité que les traitements actifs sur la douleur. De même, le groupe d'hypnose rapporte une meilleure efficacité comparée au groupe non traité. La douleur chronique est un phénomène complexe et est rarement géré avec un seul type de traitement. Globalement, les résultats montrent que l'hypnose peut être une option efficace pour gérer la douleur chronique. De plus, elle ne montre pas d'effets indésirables.(110)

Un travail de 2012 analyse une sélection d'études publiées dans le domaine de l'hypnose dans la prise en charge la douleur chronique et montre que, même si les réponses à l'hypnose peuvent être variables, cette approche peut réduire considérablement la douleur quotidienne. De plus, l'hypnose peut être utilisée en synergie avec d'autres interventions psychologiques et physiques afin d'améliorer leur efficacité. (111)

Enfin, un travail de 2014, analysant des essais cliniques, montre les mêmes bénéfices que précédemment et précise que l'hypnose semble induire un plus grand sentiment de contrôle sur la douleur, ainsi qu'une augmentation globale du bien-être et une diminution des tensions, du stress et de l'anxiété.(112)

Technique	Pathologies douloureuses et types de douleurs pour lesquelles la technique a montré un effet positif	Nombre d'études (dont X méta-analyses)
Hypnose	Cancers, Lombalgies, Arthrite, Drépanocytose, Fibromyalgie, Douleur temporo-mandibulaire, Incapacité due à la douleur, Sclérose en plaques, Lésions de la moelle épinière Tensions, Stress, Anxiété	6 (dont 4 méta-analyses)

Tableau 18 – Hypnose et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

1.2.19. Kinésiologie

Aucune donnée d'évaluation d'efficacité dans la prise en charge des patients douloureux chroniques n'est actuellement disponible en dehors de la publication d'une seule situation clinique, à propos d'un enfant douloureux (céphalées, cervicalgies, retard de développement, asthme), pour lequel, différentes méthodes de kinésiologie (test musculaire, test oculaire avec mouvements des yeux, serrement des dents, test au niveau des pieds, pressions au niveau du crâne...) ont été réalisées et ont permis une amélioration et une disparition de la symptomatologie sans pouvoir exclure une résolution naturelle des symptômes.(113)

D'autres études sur des échantillons plus représentatifs semblent nécessaires pour s'assurer de l'efficacité et de la tolérance de la kinésiologie.

Technique	Pathologies douloureuses et types de douleurs pour lesquelles la technique a montré un effet positif	Nombre d'études (dont X méta-analyses)
Kinésiologie	Céphalées, Cervicalgies, Retard de développement, Asthme	Uniquement 1 situation clinique

Tableau 19 – Kinésiologie et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

1.2.20. Magnétiseur

Aucune étude n'a été publiée sur l'efficacité d'une intervention d'un magnétiseur sur les douleurs chroniques. Il n'existe actuellement que des récits de vie.

Technique	Pathologies douloureuses et types de douleurs pour lesquelles la technique a montré un effet positif	Nombre d'études (dont X méta-analyses)
Magnétiseur	Aucune donnée d'efficacité et de risques	

Tableau 20 – Magnétiseur et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

1.2.21. Magnétothérapie

Un essai randomisé, contrôlé, en double aveugle, publié en 2006 montre que la magnétothérapie peut avoir un intérêt dans la gestion de la douleur chronique liée à la lombalgie. En effet, les patients ont été répartis en deux groupes, 17 patients dans le groupe participant à la magnétothérapie et 19 patients recevant un traitement placebo, trois fois par semaine pendant trois semaines. Les patients ont évalué leur douleur selon une échelle numérique d'évaluation. La magnétothérapie entraîne une réduction significative de la douleur tout au long de la période d'observation, par rapport aux valeurs de base. Le pourcentage de baisse de la douleur est significativement plus élevé dans le groupe de traitement par rapport au groupe placebo.(114)

Une étude, contre placebo, en double aveugle, a été publiée en 2006 afin d'évaluer l'effet de l'exposition à un champ électromagnétique pulsé d'une fréquence donnée sur la cotation de la douleur et de l'anxiété dans deux populations de patientes, des femmes souffrant de polyarthrite rhumatoïde (N=13) et des femmes souffrant de

fibromyalgie (N=18). Elles ont été soumises soit à un champ magnétique pulsé réel, durant trente minutes, ou bien à un champ magnétique pulsé fictif. L'évaluation de la douleur a été réalisée grâce au questionnaire sur la douleur de McGill et à l'échelle visuelle analogique. Les mesures révèlent une diminution de la douleur dans les groupes traités par champ électromagnétique pulsé réel comparativement au groupe témoin, chez les femmes souffrant de polyarthrite rhumatoïde et de fibromyalgie. Par contre, l'étude ne montre pas de diminution importante de l'anxiété après l'exposition au champ magnétique, ni chez les femmes souffrant de polyarthrite rhumatoïde, ni chez celles souffrant de fibromyalgie.(115)

Un essai clinique randomisé (2007), en double aveugle, contrôlé contre placebo, a été réalisé chez des patients atteints de douleurs généralisées chroniques causées par une fibromyalgie (N=17) ou d'une douleur inflammatoire ou musculo-squelettique chronique localisée (N=15). Ces patients ont été exposés à un champ électromagnétique pulsé (400µT) au moyen d'un dispositif portatif pendant deux traitements quotidiens de quarante minutes sur une période de sept jours. Les auteurs ont enregistré l'effet de ce champ électromagnétique pulsé sur la réduction de la douleur au moyen d'une échelle analogique visuelle. Ils ont constaté un effet différentiel du champ électromagnétique pulsé par rapport au traitement par placebo chez les patients atteints de fibromyalgie. Cet effet n'était, par contre, pas évident chez les personnes sans fibromyalgie. Le champ électromagnétique pulsé semble donc être une approche efficace au moins dans le cadre des douleurs chroniques de la fibromyalgie.(116)

Un autre travail publié en 2007 a comparé les soins thermaux et les champs électromagnétiques pulsés dans la cervicalgie chronique. Des patients atteints de

cervicalgie chronique (douleur depuis plus de trois mois d'intensité supérieure à 30 mm sur l'échelle visuelle analogique), âgés de 18 à 80 ans ont été inclus. Les patients ont été randomisés en groupe soins thermaux (N=44) ou champ électromagnétique pulsé (N=42). Le critère de jugement principal est le nombre de patients améliorés dans chaque groupe. Un patient est jugé amélioré si sa douleur s'améliore d'au moins 20%. A six mois de traitement, dans le groupe des champs électromagnétiques pulsés, 33 patients sur 42 sont améliorés, 5 sont non améliorés et 4 sont perdus de vue. Dans le groupe des soins thermaux, 24 patients sur 44 sont améliorés, 14 sont non améliorés et 6 sont perdus de vue. Il y a une amélioration significative, par rapport à l'état initial, de la douleur, de l'échelle de Copenhague et de certaines dimensions du questionnaire de qualité de vie SF 36 dans les deux groupes. Les auteurs concluent qu'il existe un lien de cause à effet entre les traitements délivrés et les améliorations observées. Les champs électromagnétiques pulsés semblent supérieurs aux soins thermaux standardisés sans massage.(117)

Il existe donc différentes études montrant l'efficacité des approches par champ magnétique. Cependant, elles sont conduites sur de faibles effectifs et quelques résultats montrent des données contradictoires comme une étude publiée en 2007 (118) et un essai contrôlé randomisé (traitement par champ magnétique pour 35 patients ou placebo pour 31 patients) en double aveugle (2014) proposé à des patients atteints de spondylarthrite ankylosante (N=66) qui n'a pas montré de différence significative entre les deux groupes.(119). Des études complémentaires seraient à proposer pour compléter ces données d'efficacité et de tolérance.

Technique	Pathologies douloureuses et types de douleurs pour lesquelles la technique a montré un effet positif	Nombre d'études (dont X méta-analyses)
Magnétothérapie	Lombalgie, Fibromyalgie, Polyarthrite rhumatoïde, Cervicalgie chronique	4

Tableau 21 – Magnétothérapie et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

1.2.22. Masso-Kinésithérapie

Un article paru en 2003 dans la revue *Douleur et Analgésie*, concerne la place du masseur-kinésithérapeute dans la prise en charge pluridisciplinaire des patients douloureux chroniques en Centre de Traitement de la Douleur. Il est décrit que le masseur-kinésithérapeute participe à l'élaboration d'objectifs personnalisés, lors de la prise en charge du patient douloureux chronique, centrés non exclusivement sur l'amélioration des phénomènes douloureux, mais aussi sur celles de ses performances fonctionnelles, contribuant à l'amélioration de sa qualité de vie. Les objectifs prioritaires de la prise en charge des patients douloureux chroniques étant la meilleure gestion des douleurs au long cours, et la redynamisation physique et psychologique permettant la réinsertion sociale et/ou professionnelle, les méthodes proposées au patient pour prendre en charge la douleur sont diverses : soit elles sont l'application de techniques antalgiques que le professionnel de santé met en œuvre, soit elles sont orientées vers l'auto-rééducation. Les moyens de soulager la douleur, mis en œuvre par les masseur-kinésithérapeutes, sont les massages, la thermothérapie, les électrostimulations transcutanées, les étirements. L'accompagnement du patient par le masseur-kinésithérapeute dans l'apprentissage de certaines techniques est partie prenante du suivi. L'action du kinésithérapeute, intégrée à la démarche de l'équipe

pluriprofessionnelle, favorise l'investissement du patient dans sa prise en charge sur la durée, et améliore la qualité des résultats fonctionnels obtenus.(120)

Une revue Cochrane publiée en 2009 montre l'efficacité de la kinésithérapie sur le mouvement vertébral, dans le traitement de la spondylarthrite ankylosante. En effet, les résultats de l'étude suggèrent que des programmes d'exercice améliorent le mouvement vertébral comparativement au fait de ne pas traiter.(121)

Un mémoire d'étude en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute a été réalisé en Avril 2013, évaluant le rôle et la place du masseur-kinésithérapeute au sein de la prise en charge pluri-professionnelle de la douleur, dans le service de neurologie du CHU de Grenoble. Ce rapport montre que la kinésithérapie est le plus souvent prescrite dans un but de rééducation du mouvement, mais la visée antalgique représente le deuxième motif de prescription de kinésithérapie. Concernant les patients, sur 18 patients hospitalisés en neurologie, souffrant de douleurs, 13 déclarent que leurs douleurs ont été améliorées par les soins kinésithérapiques.(122)

Technique	Pathologies douloureuses et types de douleurs pour lesquelles la technique a montré un effet positif	Nombre d'études (dont X méta-analyses)
Masso-Kinésithérapie	Spondylarthrite ankylosante, Douleurs neurologiques	3

Tableau 22 – Masso-kinésithérapie et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

1.2.23. Méditation

Une méta-analyse réalisée en 2012 a évalué l'efficacité de la méditation de pleine conscience sur les douleurs liées à des lombalgies chroniques. Cette étude ne met

pas en évidence un effet direct sur l'intensité de la douleur mais montre une aide à l'acceptation de la douleur.(123)

Une étude réalisée en 2010 évalue l'efficacité de la méditation auprès de patients souffrants de différents types de douleurs chroniques. Une efficacité en terme d'intensité de la douleur a été révélée uniquement chez des patients souffrants de pathologies rhumatologiques (douleurs scapulaires, lombalgies chroniques, arthrite). Pour les patients souffrant de fibromyalgie et de céphalées chroniques, aucune amélioration significative de la douleur n'a pu être montrée. Les effets sur la douleur et l'état de bien être psychologique sont fonction non seulement de l'état douleur mais aussi de la manière d'effectuer la méditation.(124)

Les effets de la méditation sont fonction entre autre de l'intéressement du patient pour ce type d'approche.

Technique	Pathologies douloureuses et types de douleurs pour lesquelles la technique a montré un effet positif	Nombre d'études (dont X méta-analyses)
Méditation	Lombalgies chroniques, Douleurs scapulaires, Arthrite	2 (dont 1 méta-analyse)

Tableau 23 – Méditation et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

1.2.24. Méthode Feldenkrais

Une étude qualitative (description et analyse d'expériences et d'effets auto-déclarés), publiée en 2010, a étudié l'efficacité de la méthode Feldenkrais chez des femmes souffrant de douleurs cervicales et scapulaires (N=14). Les données ont été

recueillies de deux façons ; par des notes directement à la suite des sessions et par des interviews quatre à six mois après l'intervention. Cet enseignement semble avoir des effets positifs sur la capacité de mouvement et la conscience du corps. Cependant, les exercices sont considérés comme difficiles à réaliser par les patientes. (125)

Une étude, publiée en 2013, évalue l'efficacité de la méthode Feldenkrais sur la démarche, l'équilibre, la fonctionnalité et le niveau de douleur chez des patients souffrant d'arthrose. Quinze adultes (âge moyen : 67 ans) ont participé à des séances de méthode Feldenkrais deux fois par semaine pendant trente semaines. Des mesures ont été réalisées avant et après les trente semaines. Les participants ont amélioré certains paramètres de la marche. Ils ont également signalé une plus grande facilité de mouvements. (126)

Un essai contrôlé randomisé, publié en 2014, a testé l'efficacité de la méthode Feldenkrais dans le cadre de douleur chronique cervicale et scapulaire, chez des patients ayant une déficience visuelle. Deux groupes ont été constitués, un groupe témoin non traité (N=30), et un groupe réalisant les exercices de la méthode Feldenkrais soit des séances spécifiques de deux heures par semaine pendant douze semaines consécutives (N=31). Les patients traités rapportent significativement moins de douleur que le groupe contrôle à la fin des douze semaines de traitement, ainsi qu'un an après.(127)

Technique	Pathologies douloureuses et types de douleurs pour lesquelles la technique a montré un effet positif	Nombre d'études (dont X méta-analyses)
Méthode Feldenkrais	Douleur cervicale ; Douleur scapulaire ; Arthrose	3

Tableau 24 – Méthode Feldenkrais et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

1.2.25. Microkinésithérapie

La microkinésithérapie constitue une méthode non éprouvée qui ne bénéficie d'aucune reconnaissance légale, qui fait appel à des éléments physiopathologiques non démontrés tels que « la mémorisation tissulaire de l'agression » ou « les mécanismes d'autocorrection ». Cette technique n'est pas reconnue par le Conseil National de l'Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes (Avis du conseil national de l'Ordre du 20 et 21 Mars 2013 relatif à la microkinésithérapie).(128)

A contrario, elle est reconnue comme une technique de massage par le Ministère de la Santé depuis octobre 1997.

Aucune étude n'est disponible sur l'impact de la microkinésithérapie sur la douleur chronique.

Technique	Pathologies douloureuses et types de douleurs pour lesquelles la technique a montré un effet positif	Nombre d'études (dont X méta-analyses)
Microkinésithérapie	Aucune donnée d'efficacité et de risque	

Tableau 25 – Microkinésithérapie et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

1.2.26. Neurostimulation transcutanée (TENS)

Concernant l'efficacité de la TENS chez des personnes souffrant de polyarthrite rhumatoïde, une revue Cochrane de 2003 retient peu d'études, pointe la faiblesse méthodologique et mentionne des résultats non concluants. (129) De plus, une revue publiée en 2007, concernant les douleurs d'origine neuropathique, retient seulement

neuf études contrôlées (neuropathies diabétiques, neuropathies périphériques, douleurs post-zostériennes et cervicalgies). Cette revue souligne aussi la faible qualité méthodologique de ces études et ne retient pas d'efficacité dans ces indications. (130)

Cependant, une méta-analyse publiée en 2007 montre une diminution de la douleur au repos significativement plus élevée dans le groupe traité par TENS active chez des patients souffrant de troubles musculo-squelettiques chroniques. (131)

Concernant les douleurs chroniques en général, c'est-à-dire évoluant depuis plus de trois mois, une revue Cochrane réalisée en 2008 répertorie 25 études et montre que la majorité de ces études retrouve un effet bénéfique de la TENS active, que ce soit le mode haute ou basse fréquence de stimulation, même si elle souligne aussi leurs faibles qualités méthodologiques. (132)

Une revue Cochrane publiée en 2008 retient seulement deux études contrôlées concernant les lombalgies chroniques. L'une montre une baisse significativement plus importante dans le groupe ayant réalisé une séance de soixante minutes de TENS active ; et l'autre, en revanche, ne retrouve pas de différence significative pour un traitement effectué à domicile pendant un mois. (133)

Une étude contrôlée plus récente (2012) montre l'efficacité de la TENS sur l'intensité douloureuse chez des patients présentant une lombalgie chronique. (134)

Une revue Cochrane publiée en 2012 s'est intéressée aux douleurs d'origine cancéreuse. 37 essais contrôlés randomisés, dont seulement deux ayant de bons critères

méthodologiques ont été examinés. L'un ne rapporte pas de différence significative avec le placebo (avec l'application de la TENS trente minutes par jour pendant cinq jours), et l'autre rapporte une diminution significative de l'intensité douloureuse dans le groupe traité par TENS active (en mode de stimulation basse fréquence, pendant trois semaines). (135)

D'après les recommandations de l'HAS publiées en 2009, la TENS est indiquée et prise en charge par l'assurance maladie pour « les douleurs chroniques, sans précision de l'étiologie, lorsqu'il y a insuffisance et/ou inadéquation des traitements médicamenteux ». (41) Cependant, l'analyse de la littérature montre un faible niveau de preuve des études cliniques, dans diverses applications de la TENS. Plusieurs revues, réalisées récemment concernant l'effet de la TENS dans différentes pathologies douloureuses, montrent des résultats parfois contradictoires.

Il semble donc important d'envisager des essais méthodologiquement bien construits pour confirmer l'efficacité et la tolérance de cette approche largement utilisée dans les centres de la douleur afin, peut être, d'en affiner les indications dans la prise en charge de la douleur chronique.

Technique	Pathologies douloureuses et types de douleurs pour lesquelles la technique a montré un effet positif	Nombre d'études (dont X méta-analyses)
Neurostimulation transcutanée	Troubles musculo-squelettiques ; Polyarthrite rhumatoïde ; Lombalgie chronique ; Douleur cancéreuse	7 (dont 6 méta-analyses)

Tableau 26 – Neurostimulation transcutanée et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

1.2.27. Ostéopathie

Une étude publiée en 2003 a déterminé l'efficacité de l'ostéopathie en traitement complémentaire des lombalgies chroniques non spécifiques. Les sujets ont été randomisés vers un traitement ostéopathique, des manipulations factices ou un groupe contrôle sans intervention supplémentaire. Tous étaient autorisés à poursuivre leur traitement habituel pour les douleurs lombaires. Les patients ayant reçu un traitement ostéopathique, tout comme ceux ayant reçu des manipulations factices déclarent de plus fortes améliorations des douleurs (EVA) à court et long terme (un, trois et six mois après le début du traitement) que les patients non traités.(136)

Un essai randomisé monocentrique a été publié en 2008 afin d'évaluer l'intérêt de prises en charge par ostéopathie ou par kinésithérapie chez des patients souffrant de cervicalgies chroniques. L'essai a inclus 51 patients s'étant présentés au service de médecine physique et réadaptation d'un Hôpital à Bruxelles. Le traitement d'ostéopathie (une séance par semaine) ou de kinésithérapie (trois séances par semaine) a duré trois semaines. Sur dix-sept critères de jugement utilisés, huit ont montré des améliorations statistiquement significatives après le traitement par ostéopathie (score d'incapacité fonctionnelle, test de mobilité, trois tests de proprioception et quatre évaluations de la force musculaire). L'état des patients traités par kinésithérapie est resté stable alors que les patients traités par ostéopathie ont vu leur état clinique s'améliorer de façon significative. (137)

Une étude a été publiée en 2013 afin d'étudier l'efficacité de l'ostéopathie et de la thérapie par ultrasons pour la lombalgie chronique. 455 patients ont été randomisés,

en double aveugle, en quatre groupes : le groupe ostéopathie (N=230), le groupe placebo ostéopathie (N=225), le groupe ultrasons (N=233) et le groupe placebo ultrasons (N=222). Six séances ont été réalisées, sur huit semaines. Les mesures des résultats ont été effectuées à la douzième semaine. Les patients traités par ostéopathie rapportent une plus grande amélioration des douleurs lombaires à la semaine 12, et ont utilisé moins fréquemment des médicaments antalgiques au cours des douze semaines que les patients dans le groupe placebo. La thérapie par ultrasons n'a, par contre, pas été efficace. (138)

Une méta-analyse publiée en 2014 met en évidence l'efficacité de l'ostéopathie chez des patients souffrant de lombalgies. En effet, les résultats sont significatifs, l'ostéopathie permet de réduire la douleur et d'améliorer l'état fonctionnel chez des patients souffrant de lombalgie aiguë, de lombalgie chronique et chez des femmes enceintes ou en post-partum souffrant de douleurs lombaires.(139)

Au total, l'ostéopathie regroupe un ensemble de pratiques diverses proposées par des professionnels bénéficiant de formations hétérogènes. L'ostéopathie est une profession réglementée en France, qui propose des réponses non chirurgicales et non médicamenteuses à des troubles fonctionnels fréquents ; cette discipline est donc susceptible d'intéresser un grand nombre de patients. Les réponses apportées par l'ostéopathie sont potentiellement efficaces dans les douleurs d'origine vertébrales, mais sans supériorité prouvée par rapport aux alternatives plus classiques. De plus, il est important de souligner que des événements indésirables rares mais graves peuvent survenir lors de manipulations des vertèbres cervicales.(140)

Technique	Pathologies douloureuses et types de douleurs pour lesquelles la technique a montré un effet positif	Nombre d'études (dont X méta-analyses)
Ostéopathie	Lombalgies chroniques, Cervicalgies chroniques	4 (dont 1 méta-analyse)

Tableau 27 – Ostéopathie et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

1.2.28. Phytothérapie

Une analyse de la bibliographie a été réalisée en 2013 afin d'évaluer l'impact, sur les douleurs articulaires, d'une prise en charge basée seulement sur l'aromathérapie et la phytothérapie. Une efficacité est montrée sur la douleur, pour certaines plantes :(68)

- Plantes antalgiques : l'Aulne glutineux (*Alnus glutinosa*) ; la Camomille romaine (*Chameamelum nobile*) ; l'Aconit napel (*Aconitum napellus*) et la Jusquiame noire (*Hyoscyamus niger*)
- Plantes anti-inflammatoires : l'Harpagophyton (*Harpagophytum procumbens*) ; le Cassis (*Ribes nigrum*) ; la Vergerette du Canada (*Erigeron canadensis*) ainsi que la Reine des Prés (*Filipendula ulmaria*) et le Saule blanc (*Salix alba*) qui sont les deux aspirines végétales.

Technique	Pathologies douloureuses et types de douleurs pour lesquelles la technique a montré un effet positif	Nombre d'études (dont X méta-analyses)
Phytothérapie	Douleurs articulaires	1 thèse

Tableau 28 – Phytothérapie et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

1.2.29. Psychomotricité

Aucune donnée d'efficacité n'a été retrouvée concernant la psychomotricité pour le traitement de la douleur chronique. Cependant, cette technique est reconnue par l'Etat (diplôme d'Etat), la HAS et le monde médical. Elle est potentiellement efficace puisqu'elle fait partie des prises en charges globales pour les patients.

Technique	Pathologies douloureuses et types de douleurs pour lesquelles la technique a montré un effet positif	Nombre d'études (dont X méta-analyses)
Psychomotricité	Aucune donnée d'efficacité et de risques	

Tableau 29 – Psychomotricité et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

1.2.30. Qi Gong

Une méta-analyse publiée en 2012 met en évidence des résultats contradictoires concernant l'efficacité du Qi Gong. Quatre essais contrôlés randomisés ont répondu aux critères d'inclusion. Un seul montre que les exercices de Qi Gong ont des effets bénéfiques chez des patients souffrant de fibromyalgie. Les trois autres essais contrôlés randomisés ne mettent pas en évidence une efficacité supérieure comparativement à des activités quotidiennes ou encore à des exercices aérobies.(141)

Selon une étude réalisée en Mars 2013, des données suggèrent que le Qi Gong peut être efficace dans la réduction des symptômes dépressifs, le stress, l'anxiété et les troubles de l'humeur ainsi que pour l'amélioration de l'estime de soi et le bien-être psychosocial général.(142)

Technique	Pathologies douloureuses et types de douleurs pour lesquelles la technique a montré un effet positif	Nombre d'études (dont X méta-analyses)
Qi Gong	Fibromyalgie, Dépression, Stress, Anxiété, Troubles de l'humeur	2 (dont 1 méta-analyse)

Tableau 30 – Qi Gong et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

1.2.31. Réflexologie

Deux études publiées en 2007 et en 2012 montrent une réduction de l'intensité de la douleur chez des patients souffrants de lombalgie chronique. (143) (144)

La première étude (2007) est un essai contrôlé randomisé mené sur 243 patients souffrant de lombalgie chronique. Ces patients ont été randomisés dans l'un des trois groupes suivant : réflexologie ; relaxation ; ou non-intervention (soins habituels). Tous ont rempli un questionnaire avant et après la phase de traitement, ainsi qu'à six mois de suivi. Les données révèlent qu'il existe une réduction de la douleur dans chacun des groupes, mais l'ajout de la réflexologie aux soins habituels n'est pas plus efficace que les soins habituels seuls.

Concernant l'étude de 2012, il s'agit d'un essai clinique conduit en double aveugle. La population étudiée se compose de 50 infirmiers/ères souffrant de lombalgie chronique. Les participants à l'étude ont été divisés en deux groupes : un groupe participant à la réflexologie et un groupe participant à des massages non spécifiques, durant des séances de quarante minutes, trois fois par semaine pendant deux semaines. L'intensité de la douleur a été mesurée par une échelle analogique numérique avant et après intervention. Les résultats montrent une réduction significativement plus élevée

des scores d'intensité de la douleur dans le groupe de la réflexologie comparativement au groupe de massages non spécifiques.

Des données complémentaires seraient donc nécessaires pour étoffer les données d'efficacité ; cependant cette technique semble être une option possible en complément des traitements antalgiques médicamenteux dans la prise en charge de la douleur chronique.

Technique	Pathologies douloureuses et types de douleurs pour lesquelles la technique a montré un effet positif	Nombre d'études (dont X méta-analyses)
Réflexologie	Lombalgie chronique	2

Tableau 31 – Réflexologie et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

1.2.32. Reiki

Une étude publiée en 2012 a montré un effet sur la gestion de l'anxiété, de la douleur et du bien-être global chez des patients cancéreux. En effet, les séances ont été ressenties par les patients comme utiles afin d'améliorer le bien-être, la relaxation, le soulagement de la douleur, la qualité du sommeil et la réduction de l'anxiété.(145)

Une autre étude publiée en 2014, réalisée aux USA, a évalué les effets du Reiki sur l'amélioration de la qualité de vie, l'humeur, et les symptômes de détresse pendant la chimiothérapie. 36 patientes atteintes de cancer du sein ont été randomisées. Le Reiki a été évalué comme une méthode permettant une diminution du stress, sans effet secondaire. Le groupe participant au Reiki a signalé des améliorations dans la qualité de vie et l'humeur, supérieures à celles observées dans le groupe de soins habituels.(146)

Un essai contrôlé randomisé, publié en 2008 évaluant l'efficacité de cette thérapie dans les douleurs liées à la fibromyalgie, a montré que les patients souffrants de fibromyalgie sont peu susceptibles de bénéficier des effets positifs du Reiki (pas d'amélioration significative de la douleur, de la fatigue, du bien-être et du fonctionnement physique et mental). Les auteurs précisent que les thérapies de médecine énergétique comme le Reiki devraient être étudiées de façon rigoureuse avant d'être recommandées aux patients souffrant de douleur chronique.(147)

Une méta-analyse (2014) ciblant les données d'essais cliniques randomisés évaluant l'effet de la thérapie du Reiki sur la douleur et l'anxiété a montré que malgré un nombre d'études limité, certains éléments, comme une baisse de l'anxiété chez des femmes subissant une biopsie du sein, ou encore une baisse de la douleur chez des adultes, semblent être en faveur d'une efficacité de cette approche. Cependant, d'autres études incluant un plus grand nombre de patients et avec une méthodologie d'essais cliniques standardisés restent nécessaires.(148)

Technique	Pathologies douloureuses et types de douleurs pour lesquelles la technique a montré un effet positif	Nombre d'études (dont X méta-analyses)
Reiki	Symptômes associés à la douleur (stress, anxiété, troubles du sommeil, fatigue)	4 (dont 1 méta-analyse)

Tableau 32 – Reiki et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

1.2.33. Relaxation progressive de Jacobson

Seule une étude publiée en 2002 montre que l'hypnose et la relaxation progressive de Jacobson sont efficaces pour réduire la quantité de médicaments antalgiques pris par les patients souffrant d'arthrose. (149)

Technique	Pathologies douloureuses et types de douleurs pour lesquelles la technique a montré un effet positif	Nombre d'études (dont X méta-analyses)
Relaxation progressive de Jacobson	Arthrose	1

Tableau 33 – Relaxation progressive de Jacobson et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

1.2.34. Résonance énergétique par stimulation cutanée (RESC)

Une étude publiée en 2010, avec comme mot d'ordre d'objectiver l'efficacité de la méthode RESC sur la douleur et/ou l'inconfort du nouveau-né et du nourrisson jusqu'à l'âge d'un mois, a montré un impact léger sur la douleur et l'inconfort de l'enfant. 88 enfants ont été inclus, présentant un EDIN (échelle de douleur et d'inconfort du nouveau-né) supérieur ou égal à cinq. Deux groupes ont été créés, un groupe RESC participant à trois séances de RESC sur trente-six heures et un groupe témoin participant à trois « simulations » de séances sur trente-six heures. Le score EDIN a été coté trois heures et six heures après chaque séance. L'étude montre un impact, certes léger, mais présent sur la douleur et l'inconfort de l'enfant. En effet, la diminution des scores EDIN est plus importante dans le groupe RESC pour les douleurs d'origine digestive et les douleurs d'intensité légère à modérée. (150)

Technique	Pathologies douloureuses et types de douleurs pour lesquelles la technique a montré un effet positif	Nombre d'études (dont X méta-analyses)
RESC	Douleur et Inconfort du nouveau-né et nourrisson (jusqu'à 1 mois)	1 étude dans une population spécifique

Tableau 34 – RESC et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

1.2.35. Restrictions alimentaires spécifiques

La sensibilité à la douleur semble dépendre en partie de la quantité de polyamines présente dans la nourriture. Plus l'apport quotidien en polyamines serait riche, plus le niveau de sensibilité à la douleur serait élevé. Cette hypothèse a conduit au développement de régimes alimentaires appauvris en polyamines. Ces régimes ont démontré leur efficacité à prévenir et à réduire les douleurs chroniques très invalidantes. Il existe plus de 80 000 publications scientifiques et près de 200 brevets recensés. Une alimentation appauvrie en polyamines permettrait de réduire efficacement tout hyperfonctionnement anormal des récepteurs NMDA, pouvant conduire à une hypersensibilité à la douleur. Contrairement aux antagonistes NMDA, cette thérapie s'est révélée sans effets indésirables détectables chez l'animal, tout comme chez l'homme, chez qui des essais préliminaires se sont révélés très positifs. Des essais de phases II et III sont en cours de développement. Cette absence d'effets secondaires apparaît logique puisque ces régimes alimentaires appauvris en polyamines ne s'opposent pas, contrairement aux antagonistes NMDA, au fonctionnement physiologique des récepteurs NMDA mais s'opposent seulement à leur hyperfonctionnement associé à l'hypersensibilité à la douleur. Une étude de 2008 montre notamment qu'un régime alimentaire déficient en polyamines réduit

durablement l'hyperalgésie induite par une inflammation ou une incision, chez les rongeurs. (151)

Un régime alimentaire spécifique pourrait considérablement réduire le risque de douleurs neuropathiques induites par l'oxaliplatine, une chimiothérapie anticancéreuse couramment utilisée contre le cancer colorectal. C'est ce qu'indiquent les résultats d'une étude conduite dans le modèle expérimental du rat, par une équipe de l'Inserm (2013). Les rats ont été soumis à un régime dépourvu en polyamines pendant sept jours. Les chercheurs ont ensuite administré de l'oxaliplatine à ces rongeurs, ainsi qu'à un groupe de rats « témoins » qui n'avait pas suivi le régime. L'hypersensibilité des animaux au froid et à une pression mécanique appliquée sur les pattes arrières a été évaluée dans les jours suivants l'injection de l'anticancéreux. Le régime dépourvu en polyamines a bloqué l'apparition des douleurs chimio-induites qui apparaissent chez les animaux témoins. (152) Une étude clinique a démarré, depuis 2013, dans le service d'oncologie digestive du CHU de Clermont-Ferrand. Les participants suivent un régime pauvre en polyamines pendant toute la durée de leur chimiothérapie. Les chercheurs évaluent la sensibilité au chaud et au froid 48 heures après chaque séance de chimiothérapie. L'objectif est de savoir si ce régime réduit l'apparition des symptômes aigus de la neuropathie survenant généralement dans les deux jours après une séance de chimiothérapie, mais également d'évaluer son effet sur l'apparition de la neuropathie chronique qui tend à s'installer en cas de signes aigus, marqués et répétés. L'étude devrait durer deux à trois ans.(153)

Il existe, sur le marché, des compléments nutritionnels oraux classés dans la catégorie des Aliments Diététiques Destinés à des Fins Médicales Spéciales

(ADDFMS). Ce sont des solutions nutritionnelles à faible teneur en polyamines (Castase® et Polydol®).(154)

Concernant le régime sans gluten, une méta-analyse publiée en 2014 a évalué, entre autre, l'effet des régimes alimentaires sur le syndrome de l'intestin irritable. Pour cela, trois essais contrôlés ont été inclus. Le premier d'entre eux, un essai contrôlé randomisé, en double aveugle, contre placebo, aborde l'impact du gluten dans le syndrome de l'intestin irritable. Trente-quatre patients souffrant du syndrome de l'intestin irritable ont été randomisés, soit dans le groupe suivant un régime sans gluten (N=19), soit dans le groupe recevant 16 grammes de gluten par jour (N=15). Le groupe suivant le régime sans gluten rapporte une amélioration des symptômes (douleurs abdominales, ballonnements, consistance des selles, fatigue) statistiquement significative comparativement au groupe avec gluten. Les deux autres essais randomisés étudient la contribution des intolérances et allergies alimentaires dans le syndrome de l'intestin irritable ainsi que l'impact des FODMAP (fermentable oligosaccharides, disaccharides, monosaccharides, and polyols). Un régime à faible FODMAP se révèle avoir un effet positif sur la douleur engendrée par le syndrome de l'intestin irritable. Les auteurs concluent que les régimes sans gluten et à faible FODMAP peuvent être prometteurs chez les patients souffrant du syndrome de l'intestin irritable, mais les preuves sont faibles et leur rôle précis dans la gestion de cette maladie reste à définir.

(155)

Technique	Pathologies douloureuses et types de douleurs pour lesquelles la technique a montré un effet positif	Nombre d'études (dont X méta-analyses)
Restrictions alimentaires spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> - Régimes alimentaires appauvris en polyamines : douleur chronique - Régime sans gluten + FODMAP : syndrome de l'intestin irritable 	3 (dont 1 méta-analyse)

Tableau 35 – Restrictions alimentaires spécifiques et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

1.2.36. Shiatsu

Une étude prospective, observationnelle, transversale, européenne de 2008 a montré l'efficacité du shiatsu dans l'amélioration de la sévérité de symptômes type douleurs musculaires, articulaires, une diminution du stress et de l'asthénie. De plus, une modification en terme de comportement des patients vers une prise en charge de leur santé a été identifiée. Le shiatsu semble donc être une méthode ayant un rôle pour maintenir et améliorer la santé.(156)

Une deuxième étude, réalisée en 2014, a montré des résultats prometteurs concernant l'efficacité du shiatsu dans l'amélioration du sommeil, pour des personnes souffrant de douleurs chroniques. Des études complémentaires étudiant le mécanisme d'action, et vérifiant l'adhésion à cette pratique restent encore nécessaires pour asseoir ces premiers résultats positifs.(157)

Technique	Pathologies douloureuses et types de douleurs pour lesquelles la technique a montré un effet positif	Nombre d'études (dont X méta-analyses)
Shiatsu	Douleur musculaire, Douleur articulaire, Stress, Asthénie, Insomnie	2

Tableau 36 – Shiatsu et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

1.2.37. Sophrologie

Un article de 2007 concernant l'utilisation des médecines alternatives et complémentaires pour la douleur liée à l'accouchement montre qu'individuellement les patients sont hautement satisfaits de la sophrologie, mais il n'existe pas d'évaluation contrôlée dans la littérature.(158)

Une étude publiée en 2008 montre que les techniques psychocorporelles comme la relaxation, la sophrologie et l'hypnose sont utiles pour réduire l'anxiété et l'hypertonie neurovégétative, deux facteurs aggravant la douleur neuropathique.(159)

Technique	Pathologies douloureuses et types de douleurs pour lesquelles la technique a montré un effet positif	Nombre d'études (dont X méta-analyses)
Sophrologie	Douleur liée à l'accouchement Symptômes associés à la douleur (anxiété)	2

Tableau 37 – Sophrologie et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

1.2.38. Stretching

Peu d'études sont disponibles concernant l'efficacité du stretching dans la prise en charge de la douleur chronique. Cependant, des données de 2011 (228 patients atteints de lombalgie chronique) montrent que le yoga et le stretching sont des options de traitement raisonnables pour les personnes souffrant de lombalgies modérément invalidantes et étant prêtes à s'engager dans des activités physiques, afin de soulager leurs douleurs. Pour pratiquer le stretching, il faut s'assurer que la personne puisse

pratiquer des étirements. De futures études sont nécessaires afin de déterminer l'utilité de la méthode pour des patients souffrant de douleurs plus invalidantes.(160)

Technique	Pathologies douloureuses et types de douleurs pour lesquelles la technique a montré un effet positif	Nombre d'études (dont X méta-analyses)
Stretching	Lombalgies	1

Tableau 38 – Stretching et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

1.2.39. Tai Chi Chuan

Plusieurs études ont été réalisées afin d'évaluer les bienfaits physiques et psychologiques du Tai Chi Chuan dans la prise en charge de la fibromyalgie. Cette méthode semble montrer des effets bénéfiques sur les douleurs musculo-squelettiques, la dépression, et la qualité de vie des pratiquants. Cependant, les mécanismes sous-jacents ne sont pas connus et des études à plus long terme sont nécessaires pour évaluer les effets liés à la pratique du Tai Chi Chuan.(161)

Une méta-analyse a été réalisée en 2013 afin d'évaluer l'efficacité du Tai Chi Chuan sur la douleur, la raideur et la fonction physique de patients souffrant d'arthrose. Les résultats montrent que le Tai Chi Chuan est bénéfique sur les symptômes arthritiques et la fonction physique des patients souffrant d'arthrose ce qui suggère que cette technique pourrait être incluse dans les programmes de réadaptation. Toutefois, des essais contrôlés randomisés à plus grande échelle sont nécessaires pour confirmer ces résultats et étudier les effets à long terme.(162)

Une autre méta-analyse publiée également en 2013 a étudié l'efficacité du Tai Chi Chuan pour l'arthrose du genou. Plusieurs bases de données ont été explorées, et un total de cinq essais contrôlés randomisés représentant 252 patients ont été inclus. L'analyse montre des preuves modérées d'efficacité globale, à court terme, pour la douleur, la fonction physique et la raideur. Des preuves solides ont également été retrouvées concernant l'amélioration à court terme de la composante physique de la qualité de vie. De plus, le Tai Chi Chuan n'est associé à aucun effet indésirable grave. Donc, en supposant que le Tai Chi Chuan soit, au moins à court terme, efficace et sûr, il pourrait être recommandé comme traitement adjuvant pour les patients souffrant d'arthrose du genou. (163)

Une pratique régulière du Tai Chi Chuan améliore les capacités aérobies, la force musculaire, l'équilibre, la qualité de vie liée à la santé et le bien-être psychologique. Des études récentes (de 2000 à 2013) montrent que le Tai Chi Chuan est sûr et efficace pour les patients atteints de maladies neurologiques (AVC, Parkinson, sclérose en plaques, ...), maladies rhumatologiques (polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante, fibromyalgie), maladies orthopédiques (arthrose, ostéoporose, douleurs lombaires, troubles musculo-squelettiques), maladies cardiovasculaires (infarctus du myocarde, pontage aorto-coronarien, insuffisance cardiaque), maladies pulmonaires et obstructives chroniques, et cancers du sein. L'impact clinique significatif est identifié sur la capacité aérobie du patient (quantité totale d'énergie disponible et susceptible d'être fournie par la voie oxydative), sa force musculaire et son équilibre, ainsi que dans l'amélioration des facteurs de risque cardiovasculaires. Le Tai Chi Chuan augmente la qualité de vie liée à la santé et le bien-être psychologique.

Cette méthode peut être recommandée comme un programme d'exercice. C'est une technique peu coûteuse, et qui peut être facilement mise en œuvre dans la communauté (méthode réalisable en intérieur ou en extérieur).(164)

Technique	Pathologies douloureuses et types de douleurs pour lesquelles la technique a montré un effet positif	Nombre d'études (dont X méta-analyses)
Tai Chi Chuan	Fibromyalgie, Arthrose, Maladies neurologiques, Maladies rhumatologiques, Maladies orthopédiques, Maladies cardiovasculaires, Maladies pulmonaires et obstructives chroniques, Cancer du sein	4 (dont 2 méta-analyse)

Tableau 38 – Tai Chi Chuan et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

1.2.40. Thérapies cognitives et comportementales (TCC)

Une thérapie cognitive et comportementale a été appliquée, en 2007, sur un patient (James) de 23 ans souffrant de dysmorphophobie (préoccupation obsessionnelle de l'apparence corporelle). Ce jeune homme trouvait que ses yeux (cernes) et sa peau (psoriasis) avaient considérablement changé et étaient déformés, à la suite d'un accident. Il s'est donc renfermé sur lui-même, évitant de sortir de chez lui, jour et nuit, ce qui a induit un état dépressif sévère. Le traitement mené a été intensif au vu de la sévérité des symptômes de James (4h30 par jour, cinq jours par semaine au début du traitement). Les séances consistent à confronter le patient à diverses situations qu'il vit quotidiennement et à lui réapprendre à vivre autrement (par exemple, conduire en voiture sans chapeau et avec les vitres teintées baissées). Le traitement a pour but de modifier ses croyances sur son physique. Au début du traitement, James souffrait d'une dépression sévère, avec des symptômes obsessionnels très lourds. Après le traitement, la dépression de James a été classée légère avec une diminution significative des

symptômes. Bien que les patients souffrant de dysmorphophobie sont souvent difficiles à traiter, ce traitement par TCC appliqué sur James a montré une efficacité.(165)

Les TCC ont montré leur intérêt dans le lien social qu'elles induisent. En effet, une étude réalisée en 2009 par le Centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur des Hôpitaux universitaires de Genève, permettant à des patients de suivre une thérapie cognitivo-comportementale en groupe, n'a pas montré d'impact direct sur une diminution de la douleur mais a permis aux patients de sortir de l'isolement. De plus, après trois mois, au moins 50% des patients interrogés déclarent un bénéfice à long terme du groupe thérapeutique car les patients ont modifiés leurs perspectives de vie avec la douleur, en passant d'un état passif à celui de personnes engagées dans la maîtrise de leurs vies.(166)

La douleur chronique est difficile à traiter et souvent elle précède ou exacerbe des troubles du sommeil tels que l'insomnie. L'objectif d'une étude menée en 2012 était d'évaluer l'effet de TCC dans la douleur, l'insomnie et les troubles de l'humeur. Au total, 21 patients ont été randomisés en quatre groupes : la TCC pour la douleur ; la TCC pour l'insomnie, la TCC combinée liant douleur et insomnie et le groupe contrôle ne participant à aucune TCC. Les groupes participants aux TCC ont montré des améliorations significatives concernant le sommeil, la douleur, la dépression et la fatigue par rapport au groupe contrôle.(167)

Plusieurs études ont rapporté une baisse de la densité cérébrale (substance grise) lorsque les patients souffrent de douleur chronique. C'est pourquoi, une étude publiée en 2013 s'est intéressée aux modifications de la densité cérébrale après TCC chez les

patients souffrant de douleur chronique. Un groupe de treize patients atteints de douleur chronique a été traité durant onze semaines par TCC tandis que treize personnes en bonne santé ont servi de témoins. Les méthodes de mesure correspondaient à des questionnaires d'évaluation de la douleur et de la dépression, des échelles de douleur, un questionnaire sur les stratégies d'adaptation. Après le traitement, la densité cérébrale des patients a augmenté dans la plupart des zones du cerveau, devenant nettement plus élevée que chez les témoins. Des données complémentaires sont nécessaires pour confirmer ces résultats sur de petits échantillons mais ceci apporte des éléments appuyant l'impact positif des TCC dans la prise en charge de la douleur chronique.(168)

Une étude, publiée en 2013, chez 141 patients de plus de 65 ans souffrant de douleur chronique, compare trois groupes, un traité par TCC (N=49) et deux groupes contrôles (un participant à des exercices physiques et un autre confronté aux soins habituels). Les résultats à court terme montrent une amélioration significativement supérieure du groupe de TCC par rapport aux deux groupes contrôles sur le niveau de douleur et de handicap.(169)

Une étude publiée en 2014 a évalué les effets de la TCC dans la douleur chronique chez des anciens combattants. L'efficacité de la TCC est mesurée par l'intensité de la douleur rapportée par le patient, les cognitions liées à la douleur, la détresse générale, la dépression, ainsi que l'interférence de la douleur dans la qualité de vie. Les résultats montrent des améliorations significatives.(170)

Un essai clinique randomisé contrôlé réalisé en 2014 évalue l'efficacité de la TCC sur la tolérance à la douleur et au handicap. Cet essai montre une amélioration

significative au fil du temps des symptômes ; cette amélioration est supérieure dans le groupe d'intervention que dans le groupe contrôle.(171)

Un essai contrôlé randomisé a été conduit en 2014 afin d'évaluer les thérapies cognitives et comportementales comme moyen pour « désapprendre » la douleur chronique. Un groupe de 19 patients a été traité par TCC alors que l'autre groupe constitué de 19 patients n'a reçu que du matériel éducatif (onze envois hebdomadaires sur la physiologie de la douleur, le « cercle vicieux » de la douleur chronique, l'importance de la gestion du stress et de la dépression, l'exercice physique, l'hygiène du sommeil ainsi que la nutrition). Une comparaison avant/après a été réalisée. Le groupe ayant suivi le traitement par TCC a bénéficié d'améliorations significatives dans les mesures cliniques de la douleur et supérieures au groupe contrôle. (172)

Un essai contrôlé randomisé paru en 2014 montre plutôt des résultats négatifs concernant l'efficacité de la TCC dans la prise en charge des céphalées chroniques post-traumatiques. Ces résultats confirment que la gestion des patients atteints de céphalées chroniques post-traumatiques reste un défi considérable. Les TCC pourraient être efficaces pour un stade antérieur, chez des patients moins sévèrement touchés. (173)

Une étude, publiée en avril 2015 par une équipe britannique, rapporte des résultats prometteurs à court terme (trois mois) d'un programme de TCC sur six mois, seule ou combinée à des exercices physiques chez des sujets atteints de fibromyalgie. Au total, 442 sujets atteints de fibromyalgie ont été randomisés pour recevoir soit une TCC délivrée par téléphone, soit un programme d'exercice physique, soit un combiné des deux, soit la poursuite d'un traitement usuel prescrit par leur médecin généraliste.

Les résultats montrent qu'une TCC de courte durée ou un programme d'exercices chez des sujets atteints de fibromyalgie peuvent améliorer le patient durablement et ont un effet supérieur aux traitements usuels.(174)

Dans une méta-analyse reprenant 33 articles et 25 essais, Morley et al. (1999) ont comparé l'efficacité des traitements cognitivo-comportementaux avec des conditions contrôles dans lesquelles les sujets se trouvent sur des listes d'attente ou reçoivent des traitements alternatifs contre la douleur. Les auteurs concluent que les traitements psychologiques actifs, basés sur les principes de la thérapie cognitive comportementale sont efficaces. En grande majorité, les différentes revues de la littérature concluent qu'il y a de fortes preuves de l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale à restaurer le fonctionnement et l'humeur, et à réduire la douleur et les comportements liés au handicap. (175)

Technique	Pathologies douloureuses et types de douleurs pour lesquelles la technique a montré un effet positif	Nombre d'études (dont X méta-analyses)
TCC	Dysmorphophobie, Insomnie, Dépression, Détresse générale, Fibromyalgie	11 (dont 1 méta-analyse)

Tableau 40 – TCC et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

1.2.41. Thérapie quantique intégrative

Aucune donnée n'est publiée sur cette approche.

Technique	Pathologies douloureuses et types de douleurs pour lesquelles la technique a montré un effet positif	Nombre d'études (dont X méta-analyses)
Thérapie quantique intégrative	Aucune donnée d'efficacité	

Tableau 41 – Thérapie quantique intégrative et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

1.2.42. Toucher relationnel

Les résultats d'une étude incluse dans la revue Cochrane (2007), sur les traitements non invasifs dans la prise en charge des céphalées, ont conduit à conclure à une preuve modérée du toucher relationnel. En effet, cette technique s'est montrée supérieure au placebo en terme de réduction des tensions.

D'autres essais contrôlés publiés ont révélé des réductions importantes de la douleur due à l'arthrose du genou ou aux troubles musculo-squelettiques, grâce au toucher relationnel.

Cependant, des résultats négatifs ont également été répertoriés. Une étude a révélé que la relaxation musculaire progressive était plus efficace que le toucher relationnel pour la douleur liée à l'arthrite dégénérative ; un autre article constate que le toucher relationnel n'est pas plus bénéfique que la détente chez des patients souffrant de douleur chronique lorsque les deux techniques sont complémentaires à une thérapie cognitive et comportementale ; et un troisième article a constaté que le toucher relationnel n'est pas supérieur à l'éducation pour la douleur de la fibromyalgie.

Compte tenu des résultats, les preuves d'efficacité du toucher relationnel sont insuffisantes pour son utilisation dans la douleur chronique, à l'exception des céphalées de tension, de l'arthrose du genou et des troubles musculo-squelettiques. (58)

Technique	Pathologies douloureuses et types de douleurs pour lesquelles la technique a montré un effet positif	Nombre d'études (dont X méta-analyses)
Toucher relationnel	Céphalées de tension, Arthrose du genou, Troubles musculo-squelettiques	2

Tableau 42 – Toucher relationnel et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

1.2.43. Training autogène de Schultz

Plusieurs études ont été réalisées sur la comparaison entre la technique d'hypnose et la technique du training autogène chez des patients souffrant de céphalées chroniques. Ces études concluent qu'il existe souvent peu de différences, voire une meilleure efficacité de l'hypnose.(176) (177) (178) (179)

Une méta-analyse publiée en 2000 a évalué les données de huit essais contrôlés randomisés. Sept essais rapportent des effets positifs du training autogène de Schultz sur la réduction du stress. Cependant, la méta-analyse ne tire aucune conclusion définitive, le training autogène de Schultz, correctement appliqué, reste à être testé dans des essais contrôlés de manière appropriée.(180)

Il existe donc peu de données concernant l'efficacité du training autogène de Schultz pour la prise en charge de la douleur chronique ; mais cette technique, n'ayant pas d'effets indésirables connus, ne comporte pas de risque.

Technique	Pathologies douloureuses et types de douleurs pour lesquelles la technique a montré un effet positif	Nombre d'études (dont X méta-analyses)
Training autogène de Schultz	Céphalées chroniques ; Stress	2 (dont 1 méta-analyse)

Tableau 43 – Training autogène de Schultz et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

1.2.44. Yoga

Six essais contrôlés randomisés (de 1994 à 2005), évaluant le bénéfice du yoga chez des patients souffrant de lombalgies, du syndrome du canal carpien et d'arthrose de

la main, montrent que le yoga peut avoir un effet positif sur la douleur chronique. En effet, trois études montrent que le yoga diminue de manière significative la douleur et améliore l'incapacité fonctionnelle chez les patients souffrant de lombalgies. Concernant les patients atteints du syndrome du canal carpien, une étude montre que les participants au yoga ont amélioré significativement leur force de préhension et l'intensité de la douleur a diminué aussi significativement par rapport au groupe contrôle. Enfin, une étude révèle que les patients atteints d'arthrose de la main ont montré des améliorations significatives de la douleur dans le groupe yoga.(58)

Une analyse bibliométrique, publiée en 2014, évaluant les caractéristiques de l'ensemble des essais contrôlés randomisés disponibles sur le yoga (soit 366 articles provenant de 23 pays différents) montre une nette augmentation du nombre d'essais contrôlés randomisés sur la pratique du yoga en dehors de l'Inde. Cependant, concernant son utilisation pour des patients douloureux chroniques, peu d'études existent et sur de petits échantillons.(181)

Au Royaume-Uni, le yoga est encouragé par le National Health Service (système de la santé publique du Royaume-Uni) comme une approche sûre et efficace, pour les personnes de tous âges.(182)

Technique	Pathologies douloureuses et types de douleurs pour lesquelles la technique a montré un effet positif	Nombre d'études (dont X méta-analyses)
Yoga	Lombalgies, Syndrome du canal carpien, Arthrose de la main	7 (dont 1 méta-analyse)

Tableau 44 – Yoga et synthèse des données de la littérature disponibles dans la douleur chronique

2. Outils pédagogiques créés

Un support écrit version papier et informatisé a été retenu afin de pouvoir envisager une déclinaison en outils pédagogiques, utilisables en animation de groupe et en documents d'informations pour les patients et les professionnels de santé.

Trois formats ont donc été proposés intégrant le même contenu :

- Un livret d'informations à destination des professionnels de santé ;
- Un jeu de cartes utilisable pour animer un groupe ou une séance individuelle ;
- Un classeur contenant une fiche spécifique pour chaque approche non médicamenteuse à destination des patients. (Annexe 5)

2.1. Contenu des outils pédagogiques

Une trame découpée en quatre points a été retenue afin d'organiser l'information pour la rendre facilement identifiable, compréhensible et synthétique pour les patients et les professionnels de santé :

- « Mode d'action et objectifs » : cette partie mentionne la définition synthétique de l'approche non médicamenteuse intégrant des notions sur « comment cela fonctionne » ? » et « dans quel but, pour quels effets recherchés ? ».
- « Qui peut le faire ? » : cette partie mentionne les personnes habilitées à réaliser cette approche non médicamenteuse. De plus, si des cursus et/ou diplômes spécifiques existent, l'information est notée à ce niveau.
- « Avis des professionnels de la prise en charge de la douleur » : cette partie mentionne la reconnaissance de cette approche non médicamenteuse par les

professionnels de santé sur la base de données d'efficacité et de tolérance publiées. De plus, le caractère légal ou illégal est noté.

- « Posture du soignant » : Cette partie propose aux professionnels un positionnement en regard des données disponibles. Trois postures avec des variantes ont été retenues :

- Encourager à utiliser (sous réserve que - cette prise en charge ne dépasse pas les limites et les valeurs du patient - la personne formée à la pratique n'établit pas de diagnostic médical, ne fait aucune prescription médicamenteuse, ne donne aucun conseil en homéopathie et phytothérapie et ne demande jamais de suspendre un traitement médical - avec de préférence un kinésithérapeute - seulement si les interactions médicamenteuses potentielles avec le reste du traitement ont été vérifiées et si l'achat se fait en pharmacie ou en herboristerie, pas d'achats sur internet, marchés et autres commerces... : risques importants de toxicité dans les produits de contrefaçons) ;
- Manque de données d'efficacité et de risques concernant cette approche non médicamenteuse permettant au soignant de se positionner sur cette approche (aucune donnée d'efficacité et de risques concernant cette thérapie permettant au soignant de se positionner sur cette approche).
- Du fait de la balance bénéfice-risque défavorable, déconseiller et mettre en garde sur l'utilisation de l'approche pour soulager la douleur (du fait de l'illégalité d'utilisation en France et de la balance bénéfice-risque défavorable, déconseiller et mettre en garde sur l'utilisation du cannabis pour soulager la douleur).

2.2. Format des outils pédagogiques

2.2.1. Livret soignant

Le livret soignant a pour objectif de permettre aux professionnels de santé de se sentir plus à l'aise face à certaines questions de leurs patients concernant les approches non médicamenteuses. En effet, ce livret a été pensé spiralé, intégrant des fiches amovibles afin de faciliter la mise à jour des approches. Ce livret répertorie les approches non médicamenteuses par ordre alphabétique et propose un lexique numéroté permettant de retrouver facilement l'information. Le format 21 x 10 cm a été retenu afin de faciliter son accessibilité et son transport.

2.2.2. Jeu de cartes

Le jeu de cartes est proposé comme outil pédagogique pour animer une séance de groupe sur cette thématique des approches non médicamenteuses dans la prise en charge de la douleur. Le nom de chaque approche est noté au recto et la trame commune en terme de contenu est reprise au verso.

Concernant le déroulement de la séance d'éducation thérapeutique en groupe, lors de l'accueil des patients, toutes les cartes sont disposées sur la table centrale, ceci permettant le libre choix d'une approche par les patients. Ce choix peut correspondre à une approche que le patient connaît, qu'il a déjà utilisée, ou bien qu'il souhaite découvrir. L'animateur lance la discussion en plaçant au centre de la table une carte d'une première approche côté recto (choix par ordre alphabétique) et en invitant les patients à en donner une définition. Le débat est lancé quant aux personnes pouvant

proposer cette approche, son efficacité et ses risques dans la prise en charge de la douleur. Toutes les propositions, questions des patients, sont notées sur un paper-board. Les représentations et les connaissances, les argumentaires de chacun s'entremêlent jusqu'à un consensus du groupe que l'animateur synthétise. Le verso de la carte est ensuite lu par l'intervenant.

2.2.3. Classeur

Le classeur intégrant des exemplaires de fiches amovibles permet de remettre au patient, s'il le souhaite, en fin de séance de groupe ou individuelle, une synthèse des approches évoquées. Il pourra ainsi garder une trace des informations transmises et, si besoin, utiliser ce support comme outil de médiation pour lancer la discussion avec son entourage.

3. Phase test : évaluation au sein du centre hospitalier rhumatologique d'Uriage les Bains

Deux séances d'éducation thérapeutique ont été réalisées au centre hospitalier rhumatologique d'Uriage les Bains le 05 octobre et le 12 octobre 2015. Quatre patients ont participé à la première séance, et quatre autres à la deuxième. Ces deux séances ont été co-animées par un ergothérapeute et un masso-kinésithérapeute. Lors des deux séances, un observateur était présent et a analysé l'organisation, le déroulement et l'animation des séances. Les questionnaires animateurs et participants ont été remis à la fin de chaque séance.

3.1. Données recueillies par les observateurs

- Organisation / Déroulement :

Concernant la préparation de l'animation, les deux intervenants lisent avec attention le conducteur de la séance pour se l'approprier. Ils échangent sur leurs rôles, et décident de répartir les attributions, l'un dirige le groupe oralement et l'autre écrit les idées, les « dire » des patients sur le paper-board. Lors de la deuxième séance, ils ont échangé les rôles.

Les intervenants préparent ensuite la salle, une table centrale est disposée, avec six chaises autour, pour les patients et deux chaises pour eux-mêmes. Une chaise est également placée plus en retrait pour l'observateur. Les cartes sont déposées sur la table, de manière aléatoire.

Le temps prévu pour la séance a été respecté en prenant en compte le raccourcissement de la durée à 1h30 du fait de la difficulté des patients à rester en position assise plus longtemps. Il était prévu une pause en milieu de séance qui a été refusée par les patients à la première séance et non proposée à la deuxième.

- Animation :

A l'ouverture de la séance, les animateurs se présentent et expliquent les objectifs de la séance. Quatre approches non médicamenteuses seront abordées lors de chaque séance, une par patient. L'échange entre les patients est primordial lors de ces

séances, donc les intervenants insistent sur le respect des temps de parole de chacun. Lors de la première séance, un climat de confiance s'installe dès le début, le groupe semble à l'aise, l'humour est bien présent. Concernant la seconde séance, le groupe semble plus réservé, mais l'environnement créé a progressivement permis aux quatre patients de se sentir assez à l'aise pour participer. Lors de ces deux séances, les intervenants ont choisi de ne pas proposer aux patients de se présenter du fait, dans leurs expériences, de mise en difficulté des personnes et par souci de confidentialité.

Chaque patient choisit une carte. Le choix est difficile car chacun aimerait parler de nombreuses approches non médicamenteuses. L'intervenant propose alors d'en choisir une, et les patients qui le désirent pourront de nouveau participer à une séance pour découvrir d'autres approches. Lors du déroulement de la première séance, les patients semblent à l'aise. Ils prennent la parole facilement, posent des questions, participent sans même que les animateurs ne les guident. Une seule patiente semble un peu en retrait, elle ose moins s'exprimer, mais les intervenants l'aident à participer. Concernant la deuxième séance, les patients, même si au début plus en retrait, paraissent moins à l'aise en groupe, ont pu chacun s'exprimer.

Les animateurs favorisent la participation active, la prise de parole. Ils posent surtout des questions ouvertes, qui nécessitent une réflexion de la part des patients et les encouragent à répondre. Leur animation suscite la confrontation des expériences de chacun. Les patients osent se dévoiler, raconter une anecdote en rapport avec l'approche traitée. Parfois, certains patients semblent même tellement à l'aise que les intervenants sont obligés d'intervenir pour régulariser et faire respecter la parole de chacun. Les

patients semblent grandement intéressés et satisfaits de découvrir des approches non médicamenteuses parfois méconnues.

- Fin de la séance :

Lors de ces deux séances tests, une synthèse des points clés à retenir, en fin de séance, n'a pas été envisagée. Seulement une mise à disposition des fiches descriptives des approches abordées lors de la séance a été proposée aux patients le souhaitant. Puis, le questionnaire d'évaluation de la séance a été remis aux patients.

Ces deux séances d'éducation thérapeutique se sont révélées riches d'informations pour les patients. L'animation semble facilitée grâce aux cartes, aux fiches, au paper-board, et surtout au conducteur bien détaillé. La participation active des patients dévoile les croyances de chacun sur l'approche traitée.

Les points d'amélioration identifiés par les observateurs sont les suivants :

- Une lecture de la carte par un animateur ou un patient semble pertinente afin de confronter les informations consensuelles du groupe et celles validées par les professionnels de santé. Une projection du contenu de la carte serait, de plus, facilitant pour que chacun ait accès à cette information.
- Une frustration des patients a été induite du fait que l'ensemble des approches disponibles sur les cartes n'a pas été abordé, sans mise à disposition d'un document écrit les résumant.
- La durée de la séance, établie à deux heures, semble trop longue quant à la station assise pour les patients ayant des douleurs rhumatismales. Il pourrait être

pertinent d'envisager un interlude récréatif passant par le mouvement afin de permettre à ces patients de changer de position sans interrompre la dynamique de la séance.

3.2. Evaluation par les animateurs

Les deux animateurs sont satisfaits voire très satisfaits du déroulement des séances. Ils ont perçu lors de la première séance, une participation active des patients, une prise de parole aisée et un climat de confiance qui s'est installé rapidement. Concernant la deuxième séance, la confiance entre les participants a mis plus de temps à s'installer et chaque participant a eu plus de retenue dans la participation, ce qui a nécessité pour les animateurs plus d'encouragements et une vigilance quant à créer un environnement rassurant et bienveillant pour faciliter la prise de parole.

Les deux animateurs ont jugé que la séance est utile pour les patients. Elle permet un véritable apprentissage avec la découverte de certaines approches non médicamenteuses peu connues, ou parfois avec seulement un éclairage sur certains points précis. La séance a permis l'échange et la confrontation de croyances et de connaissances.

Les points forts soulignés par les animateurs sont les suivants :

- Le guide détaillant le type de questions à poser aux patients lors de la séance est ressorti comme une aide précieuse pour les animateurs.

- Les items retenus dans le découpage des fiches sont pertinents et structurants pour l'animation de la séance.

Et les points d'amélioration :

- Un double exemplaire des fiches est nécessaire lors de la co-animation pour que chacun des animateurs puisse les consulter.
- Une lecture du verso de la carte par le patient qui a choisi cette approche serait intéressante.
- Il est nécessaire de noter dans le conducteur l'importance, en début de séance, de clarifier l'utilisation des cartes, en précisant qu'elles vont être utilisées comme médiateur pour lancer la discussion, que le groupe va construire une définition de chaque approche retenue et que les notions notées au verso seront seulement lues ensuite pour les confronter à la construction du groupe.

Afin d'évaluer le contenu des fiches, les intervenants se sont positionnés quant au niveau d'aisance face aux patients induit par les fiches, ainsi que les manques et les points forts de celles-ci. Les deux animateurs ont, dans l'ensemble, animé la séance avec aisance. Les fiches décrivent les approches non médicamenteuses de manière très précise. Les définitions sont bien détaillées et la formulation reprend bien les dires des patients. La partie « Qui peut le faire ? » se révèle très utile pour répondre aux questions des patients. La partie « Posture des professionnels de santé » est très claire.

Enfin, les suggestions proposées par les animateurs pour améliorer la séance, reposent sur une limitation du nombre de patients par séance à quatre avec un temps de séance d'une heure et demie maximum pour faciliter le maintien de l'attention et prendre en compte la difficulté de rester immobile pour certains patients sur une longue

durée. De plus, comme l'observateur externe, les animateurs jugent utile qu'un support d'information concernant les approches non médicamenteuses non abordées au cours de la séance soit remis aux patients.

3.3. Evaluation par les participants

Chaque participant a répondu au questionnaire lui étant destiné en fin de séance. Les résultats sont présentés sous forme de camembert dont chaque part représente un patient. Les avis des huit patients ont été recueillis.

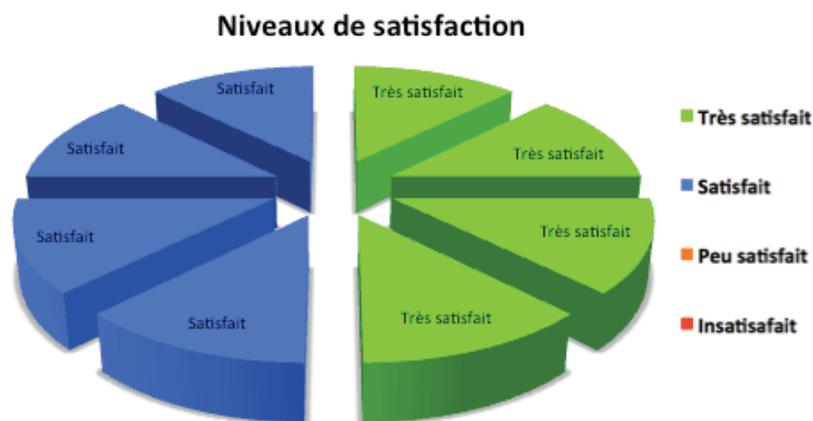


Figure 1 : Niveaux de satisfaction

Concernant le niveau de satisfaction des participants, tous sont très satisfaits ou satisfaits :

- « Longueur de séance correcte »
- « Originalité de la séance »
- « Taille du groupe facilitant la prise de parole »
- « Découverte de nouvelles méthodes contre ma douleur »

- « Apport de savoir sur les thérapies douces »
- « Riche en informations »
- « Très bonne animation »

Vous êtes-vous sentis en confiance pour vous exprimer librement ?

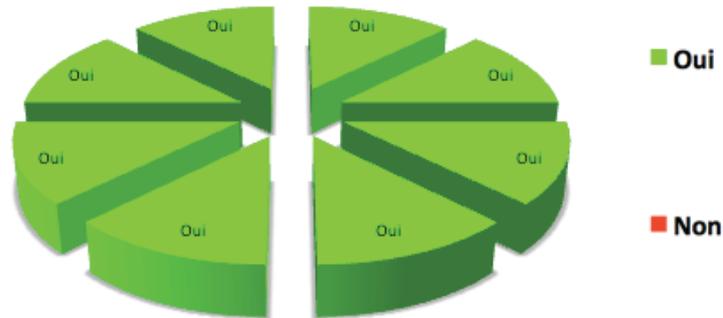


Figure 2 : Vous êtes-vous sentis en confiance pour vous exprimer librement ?

Les huit patients se disent tous avoir été en confiance pour s'exprimer librement.

Clarté des explications données par l'équipe

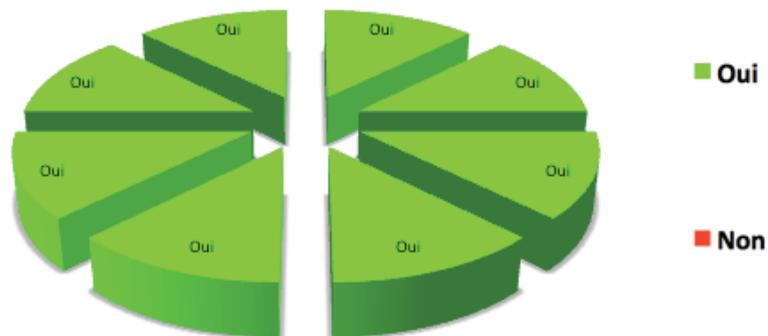


Figure 3 : Clarté des explications données par l'équipe

Les explications données par l'équipe semblent avoir été très claires.

Si l'on regarde l'utilité et la clarté du contenu des fiches selon les patients, les réponses semblent plutôt positives.

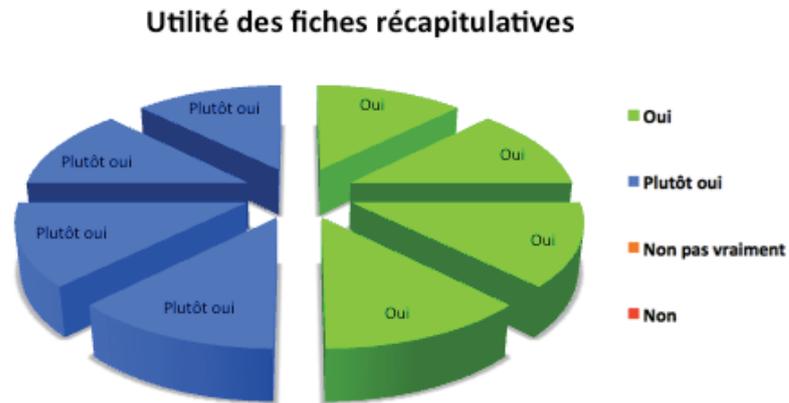


Figure 4 : Utilité des fiches récapitulatives

Tous répondent que les fiches sont utiles ou plutôt utiles car riches d'informations. Elles permettent d'écarter les idées reçues erronées. Deux patients sur huit pensent qu'elles devraient être davantage détaillées sans préciser leurs attentes.

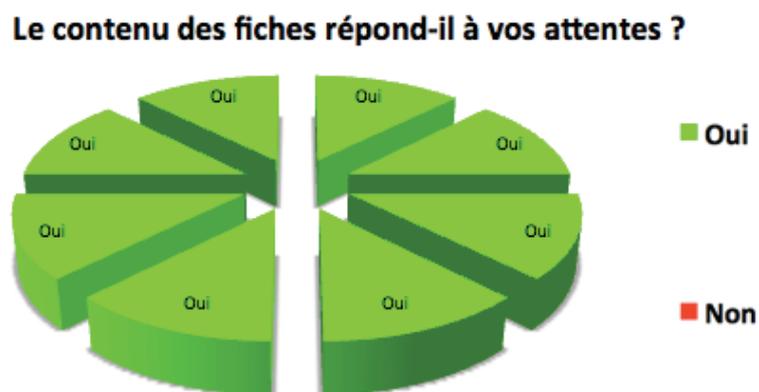


Figure 5 : Le contenu des fiches répond-il à vos attentes ?

Concernant leur contenu, les patients trouvent que les informations sont claires, simples à comprendre et que chaque fiche donne les points essentiels à retenir et permet de savoir à qui s'adresser pour pratiquer la technique.

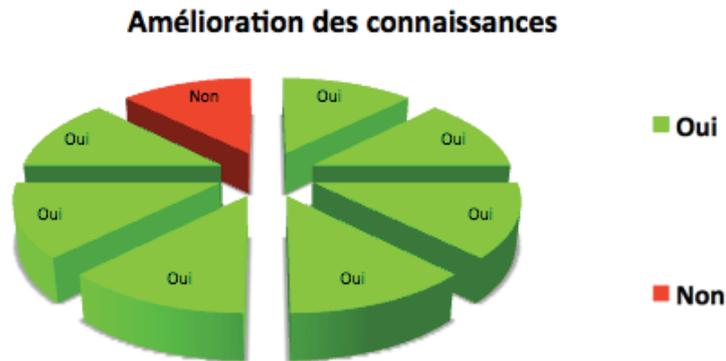


Figure 6 : Amélioration des connaissances

Cette séance d'éducation thérapeutique a amélioré les connaissances de sept patients sur huit. Un seul participant a répondu que ses connaissances n'ont pas été améliorées car il aurait aimé voir plus d'approches en passant moins de temps sur chacune d'elle. Une explication pourrait être que ce patient connaissait bien les quatre approches retenues. Il pourrait être envisagé de rajouter, lors du bilan éducatif partagé, une question sur les approches perçues comme connues par les patients. Cette information permettrait aux animateurs d'envisager de les discuter plus rapidement sans les mettre de côté (possibilité de croyances erronées).

Les principaux messages clés retenus lors des séances sont :

- Le nom des approches qui les intéresse (exemple : hypnose, acupuncture, ...) ou parfois un point précis vu lors de la description d'une approche (exemple : « l'acupuncture doit être pratiquée par un médecin »).

- Médecines parallèles (méthodes à faire en parallèle avec les soins médicaux) ; découverte d'autres méthodes.
- Ecoute de soi, détente.
- Soulagement de la douleur ; soulager simplement ; ne pas avoir peur des méthodes non médicamenteuses.
- Professionnel de santé ou non.
- Attention aux diagnostics posés sans formation médicale, aux prescriptions ou à toute modification de traitement en cours – limites.

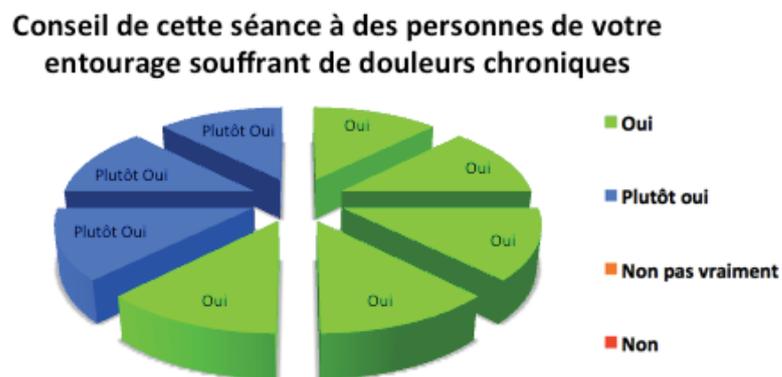


Figure 7 : Conseil de cette séance à des personnes de votre entourage souffrant de douleurs chroniques

Nous avons également demandé aux patients s'ils conseilleraient la séance d'ETP à des personnes de leur entourage souffrant de douleurs chroniques. Tous répondent « oui » ou « plutôt oui ».

Intérêt du partage des expériences en groupe

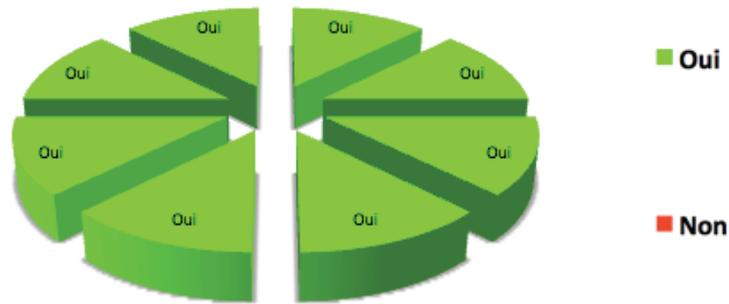


Figure 8 : Intérêt du partage des expériences en groupe

Tous pensent que partager leurs expériences en groupe est intéressant.

Enfin, concernant les suggestions des patients pour améliorer la séance :

- Leur donner la manière d'accéder à des informations complémentaires sur une approche précise.
- Etre attentif au nombre de participants : le nombre de quatre ayant été plébiscité.
- Que les séances soient animées par des intervenants ayant pratiqué et/ou étant expert des différentes approches.
- Essayer de traiter plus d'approches lors d'une séance.
- Repartir avec le classeur contenant l'ensemble des fiches.

DISCUSSION

1. Intérêt de l'étude

A l'heure actuelle, il n'existe pas de séance éducative dédiée à la thématique des approches non médicamenteuses, auprès de patients souffrant de douleur chronique. Pourtant, les patients sont très demandeurs ; ils utilisent souvent ces thérapies complémentaires pour trouver un réconfort face à leurs douleurs. De plus, la plupart de ces méthodes sont méconnues des professionnels de santé ; ils sont donc également très demandeurs d'aide pour répondre aux questions de leurs patients.

Ainsi, un dispositif éducatif a été conçu avec des professionnels de santé de professions différentes ainsi que des patients afin de garantir l'adéquation aux besoins et l'adaptation du vocabulaire utilisé. Une analyse bibliographique a été menée afin de construire un contenu éducatif s'appuyant sur des données publiées sans interférences des représentations des professionnels de santé. Afin de consolider ces données et/ou face à une absence d'informations, des experts du domaine ont été sollicités.

Cette séance perçue par les patients comme innovante, décalée par rapport aux propositions habituelles des professionnels de santé centrés sur les médicaments, leur donne un espace d'échanges attendu sur cette thématique non conventionnelle.

Pour les professionnels de santé, l'outil permet d'aborder les approches non médicamenteuses avec les patients de façon plus sereine. Ils peuvent prendre position et argumenter face à Internet et/ou aux « vendeurs » de nouvelles thérapies « révolutionnaires ».

2. Limites de l'étude

Tout d'abord, la méthode de recensement des approches non médicamenteuses peut représenter une première limite à l'étude. En effet, la liste retenue des différentes approches n'est pas exhaustive. Elle a été conçue, au départ, grâce à une enquête sur une période d'un mois auprès de patients suivis par les différents professionnels de santé du groupe ainsi qu'à la suite d'un brainstorming auprès de trois professionnels de santé. En Novembre 2014, d'autres approches non médicamenteuses ont été rajoutées à la liste grâce aux professionnels de santé participant au Congrès National de la SFETD. Cependant, l'exhaustivité ne semble pas pouvoir être atteinte du fait des évolutions continues, de l'apparition de nouvelles approches et/ou variantes. Il convient surtout d'envisager une mise à jour au fil du temps pour intégrer les nouvelles approches non médicamenteuses qui seront demandées par les patients, lors des séances par exemple. De même, une veille bibliographique doit être envisagée afin de rectifier de nouvelles données qui pourraient modifier le positionnement des professionnels de santé sur ces approches non médicamenteuses dans un sens positif comme péjoratif sur la santé. Dans le kit d'ETP sera mentionné, pour les professionnels de santé, que les données datent de 2015 en l'état actuel de la science ; il sera donc de la responsabilité des professionnels de santé qui les présentent de les mettre à jour.

Une autre limite à l'étude repose sur la forme des données disponibles pour l'analyse de la littérature, qui a été conduite le plus possible à partir des articles princeps, mais, pour certains le résumé étant uniquement disponible, l'analyse a été moins précise.

De plus, le peu ou l'absence de données disponibles pour certaines approches a nécessité le recours à des avis d'experts et/ou un brainstorming entre les professionnels de santé du groupe. Il serait nécessaire d'élargir la relecture de ces approches auprès d'un panel d'experts plus large afin de consolider le consensus retenu.

Enfin, concernant l'évaluation de la séance éducative, seulement deux séances ont pu être réalisées dans un seul centre avec les mêmes animateurs. Ces résultats sont donc préliminaires et il sera nécessaire de les confronter aux évaluations organisées dans d'autres centres avec des animateurs différents et sur un plus grand nombre de patients.

3. Premiers retours des « utilisateurs »

Dans un premier temps, les participants, comme les animateurs et les observateurs, ont mentionné la non adaptation d'une séance prévue sur deux heures pour les patients ayant des douleurs ne leur permettant pas de tenir une position statique trop longtemps. Le conducteur de la séance pourra donc être modifié en indiquant une fourchette de durée de séance tenant compte de cette remarque. Un groupe se limitant à quatre participants semble être une taille adaptée et propice à la prise de parole et aux échanges sur cette thématique non conventionnelle. Les patients peuvent se sentir, en effet, plus en confiance au sein d'un groupe restreint avec les règles du groupe définies, oser parler de leurs pratiques non médicamenteuses et débattre sur ces approches moins conventionnelles. De plus, sur le plan pédagogique, comme chaque patient va choisir une approche, il semble difficile pour une séance d'une heure et demie de permettre à

chacun d'interagir et de laisser du temps à la réflexion et aux échanges de groupe si le nombre de participants est supérieur à quatre. Cette indication pourra être rajoutée sur le conducteur tout en laissant quand même la possibilité de proposer un groupe d'une taille maximum de six patients.

Concernant le point de vue des professionnels de santé ayant animé les deux séances tests, celui-ci semble plutôt positif. En effet, les animateurs ont tous deux été satisfaits du déroulement des séances. Il ressort tout de même quelques pistes d'amélioration, concernant notamment la possibilité de lecture du verso de la carte par le patient ayant choisi de traiter l'approche, associée à une projection de ce contenu pour en faciliter la lecture et le suivi par l'ensemble du groupe. Ceci permettrait au patient de confronter les connaissances construites par le groupe à une proposition consensuelle d'experts et de valider les notions à retenir sur l'approche discutée. Cette position du patient pourrait être un facteur de renforcement de l'estime de soi. Cependant, la consigne devra être claire sur la possibilité de refuser de lire et synthétiser les apprentissages du groupe sans mise en défaut de la personne quelle que soit la raison (difficultés de lecture, mise en avant face au groupe déstabilisante, ...). Dans ce cas, les animateurs réaliseront cette synthèse.

D'après les résultats, les patients sont également satisfaits du déroulement de cette séance éducative. Elle leur a permis d'améliorer leurs connaissances concernant les approches non médicamenteuses qu'ils utilisent et/ou qu'ils souhaiteraient utiliser pour soulager leurs douleurs. Les patients se sont sentis en confiance pour s'exprimer librement, donner leurs points de vue sans tabou, qu'ils soient consensuels ou non, rationnels ou non et ils ont trouvé les contenus clairs.

Les fiches récapitulatives proposées en fin de séance leurs semblent utiles, et répondent dans l'ensemble à leurs attentes, mais deux participants ont évoqué un manque de détails sans préciser les informations semblant manquer. Ces fiches ont été conçues volontairement pour être synthétiques avec comme objectif la transmission de messages clés sans description exhaustive de l'information sur le sujet. Les définitions ont été construites pour donner un accès à une compréhension pratique de l'approche à tous. De même, la partie concernant la reconnaissance de l'approche dans la douleur a également été volontairement simplifiée en une phrase sans détailler l'ensemble de la bibliographie existante. L'objectif de cet outil était de permettre aux patients et aux professionnels de santé de connaître, de se positionner face à ces approches pour les utiliser en sécurité mais pas de décrire l'ensemble des informations existantes pour chaque technique. Pour les patients ou professionnels souhaitant un approfondissement, une orientation vers des praticiens experts et/ou vers la lecture de la bibliographie pourra être au cas par cas envisagée. En lien avec cette demande des patients, certains ont évoqué la possibilité d'une animation de séance par des intervenants ayant pratiqué et/ou étant expert des différentes approches. Il semble donc important face à ce résultat d'envisager de mieux préciser les contours de cet espace d'échanges visant à enrichir ses connaissances, évoquer les limites et les risques de ces approches et les points de vigilance à connaître sans en attendre une formation d'expert sur chaque approche.

Concernant le nombre d'approches traitées lors d'une séance d'une heure et demie, le nombre de quatre a été retenu (une approche par patient). Ceci paraît être le plus adapté à la longueur de la séance puisque le temps passé sur une approche est d'environ vingt minutes. Les résultats des premiers tests montrent une possible frustration des participants à ne pas traiter d'un plus grand nombre d'approches. Ce

retour était prévisible car l'attente est importante du fait du peu de possibilités pour les patients d'aborder cette thématique par ailleurs et de l'utilisation d'un outil pédagogique pouvant susciter la curiosité par le nombre d'approches différentes proposées. De nouveau, il est important de bien définir avec les patients dès le début ce qui va être possible durant la séance et les limites : choix de quatre approches prioritaires pour les patients présents et possibilité de récupérer en fin de séance un classeur contenant les fiches descriptives de l'ensemble des approches. Ce deuxième point répondra à une demande des patients pendant les tests de pouvoir emmener un document de synthèse de l'ensemble des approches proposées et non uniquement celles abordées pendant la séance. En effet, les patients souhaitent pouvoir découvrir de nouvelles approches non connues pouvant les aider à gérer leurs douleurs. Cependant, leur donner l'ensemble des informations peut, potentiellement, les amener à utiliser des approches dont ils n'auraient jamais eu connaissance. Ceci pose la question des avantages et des risques de la découverte de nouvelles approches par les patients dont certaines peuvent être non reconnues, avec une balance bénéfice-risque défavorable pour la santé, voire des approches illégales et/ou pouvant faire craindre une dérive sectaire. Il semble, cependant, bénéfique que les patients puissent avoir à disposition un document de référence sur lequel ils peuvent s'appuyer pour choisir la ou les approches qu'ils souhaitent tester avec un positionnement des professionnels de santé plutôt qu'ils découvrent seuls de nouvelles approches sur internet ou autres médias. Dans tous les cas, une nouvelle séance éducative en groupe pourra toujours être proposée afin d'échanger sur de nouvelles approches et confronter, partager les connaissances et les vécus de chacun des participants et professionnels de santé présents.

Les deux patients ayant relu l'ensemble du contenu des fiches évoquent un contenu structuré et compréhensible. Un des deux patients a, de plus, insisté sur l'importance de faire apparaître une vigilance quant au risque d'une éventuelle emprise de l'intervenant sur la personne avec des conséquences psychologiques et financières potentielles. Ce risque de dérive sectaire a été abordé lors de la conception de cet outil, d'où la mention « Encourager à utiliser sous réserve que cette prise en charge ne dépasse pas les limites et les valeurs du patient » rajoutée pour certaines approches. Il semble cependant qu'il serait pertinent de mettre l'accent sur cette vigilance en rajoutant cette notion en préambule du classeur de synthèse remis aux patients et/ou en évoquant ce risque en fin de séance.

4. Perspectives

Ce travail répond aux deux objectifs principaux initiaux, à savoir proposer un temps d'échanges aux patients et leur apporter une réponse factuelle concernant les approches non médicamenteuses, ainsi que la mise à disposition d'outils pédagogiques pour les professionnels de santé se sentant en difficultés face aux questions des patients sur cette thématique.

Ces premiers résultats se révèlent encourageants puisqu'ils montrent l'adéquation aux besoins des patients. Cependant, seulement huit patients, deux intervenants et deux observateurs faisant partie du groupe concepteur ont réalisé cette première évaluation. L'offre éducative proposée devra être testée sur de plus grands échantillons de patients, avec des équipes provenant de divers centres hospitaliers, ne

faisant pas partie du groupe concepteur. Ceci permettra de tester l'accessibilité au conducteur et aux outils pédagogiques et leur compréhension par des professionnels de santé externes à la conception de cette offre éducative. La diffusion nationale de l'offre éducative kit-KAD, intégrant entre autre la séance sur les approches non médicamenteuses, permettra d'ajuster l'offre si besoin. L'évaluation de son impact dans la gestion de la douleur par les patients et de l'intégration dans la prise en charge par les professionnels de santé de cette thématique non médicamenteuse pourra alors être envisagée.

CONCLUSION

THESE SOUTENUE PAR : AMIEL Julie

TITRE : ÉCLAIRER ET PARTAGER SUR LES APPROCHES NON MÉDICAMENTEUSES VISANT À SOULAGER LA DOULEUR CHRONIQUE : Conception d'une offre éducative à destination des patients et des professionnels de santé

CONCLUSION :

La douleur chronique, de par ses multiples facettes, requière une approche multiprofessionnelle. Le traitement médicamenteux est certes nécessaire, mais souvent insuffisant. Pour cette raison, les patients sont de plus en plus nombreux à se laisser séduire par les médecines complémentaires et alternatives. Ces approches, non conventionnelles, sont souvent utilisées par les patients qui souffrent chroniquement afin d'y trouver un réconfort. Cependant, ces dernières sont, pour la plupart, méconnues des professionnels de santé, ce qui les met en difficulté face aux demandes des patients.

A partir de ce constat, et parce qu'il existe un véritable décalage entre l'offre existante et les besoins éducatifs des patients souffrant de douleurs chroniques, la création d'une offre éducative sur ces approches non médicamenteuses, à destination des patients et des professionnels de santé, a été envisagée. Pour cela, le recueil de diverses approches non médicamenteuses a été réalisé auprès de professionnels de santé et de patients. Chaque approche a fait l'objet d'une analyse de la littérature ciblant leur efficacité dans la douleur chronique et les potentiels risques associés. Une proposition de conducteur de séance éducative et d'outils pédagogiques a ensuite été construite par une équipe pluriprofessionnelle et des patients. La séance éducative de groupe créée et les outils pédagogiques proposés ont ensuite été évalués par des observateurs, des patients et des animateurs.

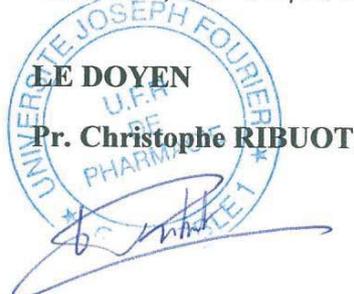
Quarante-quatre approches ont été répertoriées. Trois formats d'outils pédagogiques intégrant le même contenu ont été proposés : un livret d'informations à destination des professionnels de santé, un jeu de cartes, et un classeur contenant une fiche spécifique pour chaque approche non médicamenteuse à destination des patients. Une trame commune découpée en quatre points a été retenue pour ces trois outils : mode d'action et objectifs / qui peut le faire / avis des professionnels de la prise en charge de la douleur / posture du soignant. Afin d'évaluer l'offre éducative, deux séances de groupe ont été organisées dans le centre hospitalier rhumatologique d'Uriage les Bains. D'après les résultats, les patients tout comme les professionnels de santé semblent satisfaits de cette offre et la jugent utile. Les professionnels se sentent mieux armés pour aborder cette thématique non conventionnelle. Les patients, quant à eux, ont un espace d'échanges pour confronter leurs connaissances, leurs croyances, apprendre sur ces approches complémentaires dans un cadre sécurisé.

Cette séance est intégrée dans un kit d'éducation thérapeutique (kit-KAD) à destination des équipes soignantes accompagnant des patients douloureux chroniques. Sa diffusion nationale permettra une évaluation à plus grande échelle, dans des centres de taille et d'organisation différentes, auprès d'un plus grand nombre de patients, afin de faire évoluer l'offre proposée.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 05/11/2015

LE DOYEN
Pr. Christophe RIBUOT



C.H.U. de GRENOBLE
POLE PHARMACIE
Pr Benoit ALLENET
N° ordre section : 90767-H
N° RPPS : 10001831758

LE PRESIDENT DE LA THESE

Pr. Benoit ALLENET

BIBLIOGRAPHIE

1. ARS Centre [Internet]. [cité 17 juin 2015]. Disponible sur : <http://www.ars.centre.sante.fr/Internet.centre.0.html>
2. Fondation Roche - Les maladies chroniques [Internet]. Disponible sur : http://www.fondationroche.org/fr/nous_connaitre/definition_maladie_chronique.html
3. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes [Internet]. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/la-douleur.html>
4. Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur [Internet]. Disponible sur : <http://www.sfetd-douleur.org/>
5. Bouckenaere D. La douleur chronique et la relation médecin-malade. Cahiers de Psychologie Clinique. 1^{er} avril 2007 ; n° 28(1):167–83.
6. Education thérapeutique : où en sommes-nous ? Institut UPSA de la douleur [Internet]. Disponible sur : <http://www.institut-upsa-douleur.org/actualites-douleur/education-therapeutique-ou-en-sommes-nous>
7. Hassoune De Maximy A, Wembanyama H. L'Education Thérapeutique du Patient, apprendre à mieux vivre avec une maladie chronique en Ile de France. Juin 2012 ; Disponible sur : http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/Presse/8_Communiqués_presse_2011_2012/DP_ETP_Vdef_27.06.12.pdf
8. Lagger G, Pataky Z, Golay A. Revue médicale Suisse - Efficacité de l'éducation thérapeutique. 2009 ; (196):688–90.
9. Simon D, Traynard P-Y, Bourdillon F, Gagnayre R, Grimaldi A. Education thérapeutique : Prévention et maladies chroniques. Elsevier Health Sciences ; 2013. 400 p.
10. Programmes autorisés en Rhône-Alpes [Internet]. [cité 7 juillet 2015]. Disponible sur : <http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/Programmes-autorises-en-Rhone.110591.0.html>
11. Baudrant M, Rouprêt J, Trout H, Certain A, Tissot E, Allenet B. Réflexions sur la place du pharmacien dans l'éducation thérapeutique du patient. J Pharm Clin. 1^{er} octobre 2008 ; 27(4):201–04.
12. Fouquet S, Orset M. Prise en charge des patients douloureux chroniques : analyse de besoins des patients vis-à-vis de leurs médicaments antalgiques [Internet]. 2012 [cité 7 juillet 2015]. Disponible sur : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00766101/document>

13. National Center of Complementary and Alternative Medicine [Internet]. NCCIH. [cité 24 août 2015]. Disponible sur : <https://nccih.nih.gov/about/plans/2011/introduction.htm>
14. Thiriart F. Le recours aux médecines complémentaires et alternatives en milieu rural lorrain [Internet]. Faculté de médecine de Nancy ; 2012. Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2012_THIRIART_FRANCK.pdf
15. Barry C, Seegers V, Gueguen J, Hassler C, Ali A, Falissard B. Evaluation de l'efficacité et de la sécurité de l'acupuncture - INSERM [Internet]. [cité 24 octobre 2015]. Disponible sur : www.inserm.fr/content/download/82019/618732/file/Acupuncture.pdf
16. Racine M, Choiniere M. Les troubles du sommeil chez les patients souffrant de douleur chronique. Le Clinicien [Internet]. Avril 2011 ; Disponible sur : http://www.stacomunications.com/journals/leclinicien/2011/04-Avril/04CLI_045.pdf
17. Bastuji H. Sommeil et douleur [Internet]. Disponible sur : http://chamilo1.grenet.fr/ujf/courses/2014DIUPHYSIOLOGIEETPATHOLOGIEDUSO/document/LUNDI_24_MARS/mardi_16_decembre/BASTUJI_Sommeil_-_douleur.pdf
18. Réseau Morphée - Un réseau de santé consacré aux troubles du sommeil [Internet]. Réseau Morphée. [cité 18 juin 2015]. Disponible sur : <http://www.reseau-morphee.fr/>
19. Aromathérapie : définition et histoire de l'aromathérapie [Internet]. [cité 25 octobre 2015]. Disponible sur : http://www.college-aromatherapie.com/aromatherapie_et_publications
20. Fédération Française des Art-Thérapeutes (FFAT) [Internet]. [cité 25 octobre 2015]. Disponible sur : <http://www.ffat-federation.org/art-therapie>
21. Gueguen J, Barry C, Seegers V, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'auriculothérapie - INSERM [Internet]. 2013. Disponible sur : [INSERM : Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'auriculothérapie – Juillet 2013](http://www.inserm.fr/content/download/82019/618732/file/Auriculotherapie.pdf)
22. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). Synthèse thématique : cannabis [Internet]. Disponible sur : <http://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/cannabis/>
23. Pinsault N, Monvoisin R. Tout ce que vous n'avez jamais voulu savoir sur les thérapies manuelles. PUG. 308 p
24. Chrono Nutrition [Internet]. Disponible sur : <http://www.la-chrononutrition.com/index.php>

25. Gauchet A, Shankland R, Dantzer C, Pelissier S, Aguerre C. Applications cliniques en psychologie de la santé. Psychol Fr. Juin 2012 ; 57(2):131–42.
26. Dictionnaire Vidal 1975 [Internet]. 1975. Disponible sur : <http://www.quinton.ch/vidal.htm>
27. Le Répertoire National des Certifications Professionnelles (RNCP) [Internet]. Disponible sur : <http://www.rncp.cncp.gouv.fr/grand-public/visualisationFiche?format=fr&fiche=18363>
28. Klinger L, Klassen B. Que fait l’ergothérapeute pour une personne aux prises avec une douleur chronique ? Canadian Pain Coalition Newsletter. 2011;12.
29. HAS. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées [Internet]. Avril 2011. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_rapport.pdf
30. OMS | Activité physique [Internet]. WHO. [cité 25 octobre 2015]. Disponible sur : <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/fr/>
31. Rapport de l’INSERM: fondements et caractéristiques de l’EMDR [Internet]. [cité 24 août 2015]. Disponible sur : <http://emdrparis.com/article/emdr/rapport-de-l-inserm-fondements-et-caracteristiques-de-l-emdr>
32. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Médicaments homéopathiques [Internet]. 2013. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/medicaments-homeopathiques.html>
33. Bioy A, Wood C, Celestin-Lhopiteau I. L’Aide-mémoire d’Hypnose. 2010. 336 p.
34. Lhoneux M. La kinésiologie, qu’est-ce que c’est ? [Internet]. 2013. Disponible sur : <http://kineki-libre.ch/kinesiologie.html>
35. Qu’est-ce que la kinésiologie ? [Internet]. Disponible sur : <http://www.ecapnantes.fr/A%20telecharger/Questions-Reponses-Kinesiologie.pdf>
36. Faustine. Explication-définition : Magnétisme, magnétiseur, ... [Internet]. Disponible sur : <http://www.magnetisme-magnetiseurs.fr/qu-est-ce-que-le-magnetisme.html>
37. Décret n°96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l’exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute. 96-879 ; 08 oct 1996.
38. Andre C. La méditation de pleine conscience. Cerveau Psycho. Octobre 2010 ; (41):18–24.
39. Journée nationale Méthode Feldenkrais [Internet]. [cité 24 août 2015]. Disponible sur : <http://lecancer.fr/media/dpresse-jnf-2013-23-mars.pdf>

40. Fouquet V. La Microkinésithérapie [Internet]. Disponible sur: <http://www.mcs-dentaire.fr/PDF/Microkinesitherapie.pdf>
41. Haute Autorité de Santé (HAS). Evaluation des appareils de neurostimulation électrique transcutanée [Internet]. Septembre 2009. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/evaluation_tens.pdf
42. Centre Voltaire - Ostéopathie [Internet]. [cité 24 août 2015]. Disponible sur : http://www.centre-voltaire.com/offre_de_soins/osteopathie.shtml
43. Fagon J-Y, Viens-Bitker C. Médecines complémentaires à l'assistance publique - Hopitaux de Paris [Internet]. Mars 2012. Disponible sur : <http://pitiealpetriere.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/134/files/2014/04/Rapport-M%C3%A9d-Compl-%C3%A0-IAP-HP.pdf>
44. OMS. Médecine traditionnelle: définitions [Internet]. Disponible sur : http://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/fr/
45. Phytothérapie: Adresses utiles [Internet]. Formation Thérapeute. [cité 18 juin 2015]. Disponible sur : <http://www.formation-therapeute.com/phytotherapie/>
46. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Fiche métier "Psychomotricien" [Internet]. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/psychomotricien,10605.html>
47. Fédération Française des Psychomotriciens. La Fédération Française des Psychomotriciens toujours plus active en 2015! [Internet]. Disponible sur : <http://www.psychomotricite.com/ffp/>
48. Fédération des Enseignants de Qi Gong, Art Energétique (FEQGAE) [Internet]. Disponible sur : <http://www.federationqigong.com/>
49. Réflexologie.fr [Internet]. Disponible sur: <http://www.reflexologie.fr>
50. Reiki: What You Need To Know [Internet]. NCCIH. [cité 18 juin 2015]. Disponible sur : <https://nccih.nih.gov/health/reiki/introduction.htm>
51. Peil O. Effets de séances de relaxation sur des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et présentant des troubles de l'agitation et du sommeil au sein d'une U.P.A.D. [Internet]. Disponible sur : <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20083463/20132MPSY645/fichier/645F.pdf>
52. Résonance Energétique par Stimulation Cutanée (RESC) [Internet]. Disponible sur : <http://www.resc.fr/>
53. FFST : A qui s'adresse le Shiatsu ? [Internet]. [cité 24 août 2015]. Disponible sur : http://www.ffst.fr/index.asp?id_page=7

54. La Sophrologie [Internet]. Ligue contre le cancer. [cité 24 août 2015]. Disponible sur : http://www.ligue-cancer.net/article/32945_la-sophrologie
55. Union Tai Chi Chuan (UNTCC). Tai Chi Chuan [Internet]. Disponible sur : http://www.untcc.com/tcc_pre.htm
56. EXPLIQUER... Le Toucher Massage Infirmier [Internet]. [cité 24 août 2015]. Disponible sur : <http://www.soiliance.com/wp-content/uploads/2013/01/Asteria-expliquer-toucher-massage-infirm.pdf>
57. Les thérapies non médicamenteuses | Centre hospitalier La Rochefoucauld [Internet]. [cité 24 août 2015]. Disponible sur : <http://www.ch-larochefoucauld.fr/les-th-rapies-non-m-dicamenteuses>
58. Tan G, Craine MH, Bair MJ, Garcia MK, Giordano J, Jensen MP, et al. Efficacy of selected complementary and alternative medicine interventions for chronic pain. *J Rehabil Res Dev.* 2007 ; 44(2):195
59. Acupuncture: What You Need To Know [Internet]. NCCIH. [cité 24 août 2015]. Disponible sur : <https://nccih.nih.gov/health/acupuncture/introduction>
60. Witt CM, Jena S, Brinkhaus B, Liecker B, Wegscheider K, Willich SN. Acupuncture for patients with chronic neck pain. *Pain.* Novembre 2006 ; 125(1-2):98–106.
61. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Using Alcohol to Relieve Your Pain: What Are the Risks? [Internet]. 2013. Disponible sur : http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/PainFactsheet/Pain_Alcohol.pdf
62. Betelli C, MacDermott AB, Bardoni R. Transient, activity dependent inhibition of transmitter release from low threshold afferents mediated by GABA A receptors in spinal cord lamina III/IV. *Mol Pain.* 13 Octobre 2015 ; 11(1):64.
63. Fernando Valenzuela C. Alcohol and Neurotransmitter Interactions. [cité 26 août 2015]; Disponible sur : <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh21-2/144.pdf>
64. Booker EA, Haig AJ, Geisser ME, Yamakawa K. Alcohol use self report in chronic back pain--relationships to psychosocial factors, function performance, and medication use. *Disabil Rehabil.* 18 Novembre 2003 ; 25(22):1271–7.
65. Pain and use of alcohol to manage pain: prevalence and 3-year outcomes among older problem and non-problem drinkers - Brennan - 2005 - *Addiction* - Wiley Online Library [Internet]. [cité 26 août 2015]. Disponible sur : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2005.01074.x/abstract>
66. Riley JL, King C. Self-report of alcohol use for pain in a multi-ethnic community sample. *J Pain Off J Am Pain Soc.* Septembre 2009 ; 10(9):944–52.

67. Olson KA, PhD. Pain and Sleep: Understanding the Interrelationship [Internet]. Practical Pain Management. [cité 18 juin 2015]. Disponible sur : <http://www.practicalpainmanagement.com/pain/other/co-morbidities/pain-sleep-understanding-interrelationship>
68. Cazau-Beyret N. Prise en charge des douleurs articulaires par aromathérapie et phytothérapie. Université Toulouse III ; 2013.
69. Tang SK, Tse MYM. Aromatherapy: Does It Help to Relieve Pain, Depression, Anxiety, and Stress in Community-Dwelling Older Persons? *BioMed Res Int*. 13 juillet 2014 ; 2014:e430195.
70. Angheluta A-M, Lee BK. Art Therapy for Chronic Pain: Applications and Future Directions. *Can J Couns Psychother Rev Can Couns Psychothérapie* [Internet]. 17 janv 2011 [cité 18 juin 2015] ; 45(2). Disponible sur : <http://www.cjc-rcc.ucalgary.ca/cjc/index.php/rcc/article/view/948>
71. Guétin S, Giniès P, Siou DKA, Picot M-C, Pommié C, Guldner E, et al. The effects of music intervention in the management of chronic pain: a single-blind, randomized, controlled trial. *Clin J Pain*. Mai 2012 ; 28(4):329–37.
72. Alimi D, Rubino C, Pichard-Léandri E, Femand-Brulé S, Dubreuil-Lemaire M-L, Hill C. Analgesic effect of auricular acupuncture for cancer pain: a randomized, blinded, controlled trial. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 15 novembre 2003 ; 21(22):4120–6.
73. Ceccherelli F, Tortora P, Nassimbeni C, Casale R, Gagliardi G, Giron G. The therapeutic efficacy of somatic acupuncture is not increased by auriculotherapy: a randomised, blind control study in cervical myofascial pain. *Complement Ther Med*. Mars 2006 ; 14(1):47–52.
74. Suen LKP, Wong EMC. Longitudinal changes in the disability level of the elders with low back pain after auriculotherapy. *Complement Ther Med*. Février 2008 ; 16(1):28–35.
75. Asher GN, Jonas DE, Coeytaux RR, Reilly AC, Loh YL, Motsinger-Reif AA, et al. Auriculotherapy for Pain Management: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J Altern Complement Med*. Octobre 2010 ; 16(10):1097–108.
76. Paczesny M. Cannabis sativa L.: étude botanique et chimique: propriétés médicales et état des lieux sur la réglementation. Université Joseph Fourier – Grenoble ; 2014.
77. Ware MA, Gamsa A, Persson J, Fitzcharles M-A. Cannabis for chronic pain: case series and implications for clinicians. *Pain Res Manag J Can Pain Soc J Société Can Pour Trait Douleur*. 2002 ; 7(2):95–9.

78. Ware MA, Wang T, Shapiro S, Robinson A, Ducruet T, Huynh T, et al. Smoked cannabis for chronic neuropathic pain: a randomized controlled trial. *CMAJ Can Med Assoc J*. 5 octobre 2010 ; 182(14):E694–701.
79. Wilsey B, Marcotte TD, Deutsch R, Gouaux B, Sakai S, Donaghe H. Low Dose Vaporized Cannabis Significantly Improves Neuropathic Pain. *J Pain Off J Am Pain Soc*. Février 2013 ; 14(2):136–48.
80. Webb CW, Webb SM. Therapeutic Benefits of Cannabis: A Patient Survey. *Hawaii J Med Public Health*. Avril 2014 ; 73(4):109–11.
81. HAS. Commission de la Transparence - SATIVEX [Internet]. 2014. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT-13520_SATIVEX_Ins_Avis2post-audition_CT13520.pdf
82. Le Cannabis Médical et sa législation en France | UFCM [Internet]. [cité 24 août 2015]. Disponible sur : <http://ufcmed.org/cannabis-medical/histoire-legislation/le-cannabis-medical-et-sa-legislation-en-france/>
83. Giles LGF, Muller R. Chronic spinal pain: a randomized clinical trial comparing medication, acupuncture, and spinal manipulation. *Spine*. 15 juillet 2003 ; 28(14):1490–502; discussion 1502–3.
84. Hoiriis KT, Pflieger B, McDuffie FC, Cotsonis G, Elsangak O, Hinson R, et al. A randomized clinical trial comparing chiropractic adjustments to muscle relaxants for subacute low back pain. *J Manipulative Physiol Ther*. Août 2004 ; 27(6):388–98.
85. Cleland JA, Glynn P, Whitman JM, Eberhart SL, MacDonald C, Childs JD. Short-Term Effects of Thrust Versus Nonthrust Mobilization/Manipulation Directed at the Thoracic Spine in Patients With Neck Pain: A Randomized Clinical Trial. *Phys Ther*. 1^{er} avril 2007 ; 87(4):431–40.
86. González-Iglesias J, Fernández-de-las-Peñas C, Cleland JA, Gutiérrez-Vega M del R. Thoracic spine manipulation for the management of patients with neck pain: a randomized clinical trial. *J Orthop Sports Phys Ther*. Janvier 2009 ; 39(1):20–7.
87. Palmgren PJ, Sandström PJ, Lundqvist FJ, Heikkilä H. Improvement after chiropractic care in cervicocephalic kinesthetic sensibility and subjective pain intensity in patients with nontraumatic chronic neck pain. *J Manipulative Physiol Ther*. Février 2006 ; 29(2):100–6.
88. Wilkey A, Gregory M, Byfield D, McCarthy PW. A comparison between chiropractic management and pain clinic management for chronic low-back pain in a national health service outpatient clinic. *J Altern Complement Med N Y N*. Juin 2008 ; 14(5):465–73.
89. Chiropractic: An Introduction [Internet]. NCCIH. [cité 26 août 2015]. Disponible sur : <https://nccih.nih.gov/health/chiropractic/introduction.htm>

90. Spinal Manipulation, Medication, or Home Exercise With Advice for Acute and Subacute Neck Pain: A Randomized Trial | *Annals of Internal Medicine* [Internet]. [cité 26 août 2015]. Disponible sur : <http://annals.org/article.aspx?articleid=1033256>
91. Tahara Y, Shibata S. Chrono-biology, chrono-pharmacology, and chrono-nutrition. *J Pharmacol Sci.* 2014 ; 124(3):320–35.
92. Fondation APICIL. Agir contre la douleur [Internet]. Disponible sur : http://www.fondation-apicil.org/nos-projets.php?Page=Projets&categorie_id=25&article_id=347
93. Lopez C, Antoni M, Penedo F, Weiss D, Cruess S, Segotas M-C, et al. A Pilot study of Cognitive Behavioral Stress Management Effects on Stress, Quality of life, and Symptoms in Persons with Chronic Fatigue Syndrome. *J Psychosom Res.* Avril 2011 ; 70(4):328–34.
94. Ergothérapie contre la polyarthrite rhumatoïde [Internet]. 2008. Disponible sur : <http://www.cochrane.org/fr/CD003114/ergotherapie-contre-la-polyarthrite-rhumatoide>
95. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique [Internet]. Décembre 2000. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lombaldec2000.pdf>
96. SBU. [backpainslut.pdf](http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/back_neckpain_2000/backpain_slut.pdf) [Internet]. [cité 24 août 2015]. Disponible sur : http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/back_neckpain_2000/backpain_slut.pdf
97. Faas A. Exercises: which ones are worth trying, for which patients, and when? *Spine.* 15 décembre 1996 ; 21(24):2874–8; discussion 2878–9.
98. Van Tulder M, Malmivaara A, Esmail R, Koes B. Exercise therapy for low-back pain. In : *The Cochrane Collaboration, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2000 [cité 24 août 2015]. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000335>
99. Liddle SD, Baxter GD, Gracey JH. Exercise and chronic low back pain: what works? *Pain.* Janvier 2004 ; 107(1-2):176–90.
100. Häuser W, Klose P, Langhorst J, Moradi B, Steinbach M, Schiltenwolf M, et al. Efficacy of different types of aerobic exercise in fibromyalgia syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Arthritis Res Ther.* 2010 ; 12(3):R79.
101. Fontaine KR, Conn L, Clauw DJ. Effects of lifestyle physical activity in adults with fibromyalgia: results at follow-up. *J Clin Rheumatol Pract Rep Rheum Musculoskelet Dis.* Mars 2011 ; 17(2):64–8.

- 102.Minerva. Quel type d'exercice physique pour l'arthrose du genou ? [Internet]. 2015 [cité 30 août 2015]. Disponible sur : http://www.minerva-ebm.be/fr/article_pdf/14_02_20-21.pdf
- 103.Juhl C, Christensen R, Roos EM, Zhang W, Lund H. Impact of exercise type and dose on pain and disability in knee osteoarthritis: a systematic review and meta-regression analysis of randomized controlled trials. *Arthritis Rheumatol Hoboken NJ*. Mars 2014 ; 66(3):622–36.
- 104.Chen Y-R, Hung K-W, Tsai J-C, Chu H, Chung M-H, Chen S-R, et al. Efficacy of Eye-Movement Desensitization and Reprocessing for Patients with Posttraumatic-Stress Disorder: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *PLoS ONE* [Internet]. 7 août 2014 [cité 18 juin 2015] ; 9(8). Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4125321/>
- 105.Tesarz J, Leisner S, Gerhardt A, Janke S, Seidler GH, Eich W, et al. Effects of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Treatment in Chronic Pain Patients: A Systematic Review: Systematic Review: EMDR in Chronic Pain. *Pain Med*. Février 2014 ; 15(2):247–63.
- 106.Danno K, Joubert C, Duru G, Vetel J-M. Physician practicing preferences for conventional or homeopathic medicines in elderly subjects with musculoskeletal disorders in the EPI3-MSD cohort. *Clin Epidemiol*. 26 septembre 2014 ; 6:333–41.
- 107.Elkins G, Jensen MP, Patterson DR. Hypnotherapy for the Management of Chronic Pain. *Int J Clin Exp Hypn*. Juillet 2007 ; 55(3):275–87
- 108.Jensen MP, Barber J, Romano JM, Hanley MA, Raichle KA, Molton IR, et al. Effects of self-hypnosis training and EMG biofeedback relaxation training on chronic pain in persons with spinal-cord injury. *Int J Clin Exp Hypn*. Juillet 2009 ; 57(3):239–68.
- 109.Jensen MP, Barber J, Romano JM, Molton IR, Raichle KA, Osborne TL, et al. A comparison of self-hypnosis versus progressive muscle relaxation in patients with multiple sclerosis and chronic pain. *Int J Clin Exp Hypn*. Avril 2009 ; 57(2):198–221.
- 110.Dillworth T, Jensen MP. The Role of Suggestions in Hypnosis for Chronic Pain: A Review of the Literature. *Open Pain J*. 2010 ; 3(1):39–51.
- 111.Dillworth T, Mendoza ME, Jensen MP. Neurophysiology of pain and hypnosis for chronic pain. *Transl Behav Med*. Mars 2012 ; 2(1):65–72.
- 112.Jensen MP, Patterson DR. Hypnotic Approaches for Chronic Pain Management. *Am Psychol*. 2014 ; 69(2):167–77.
- 113.Cuthbert S, Rosner A. Applied kinesiology methods for a 10-year-old child with headaches, neck pain, asthma, and reading disabilities. *J Chiropr Med*. Septembre 2010 ; 9(3):138–45.

114. Lee PB, Kim YC, Lim YJ, Lee CJ, Choi SS, Park SH, et al. Efficacy of Pulsed Electromagnetic Therapy for Chronic Lower Back Pain: A Randomized, Double-blind, Placebo-controlled Study. *J Int Med Res.* 1^{er} mars 2006 ; 34(2):160–7.
115. Shupak N, McKay J, Nielson W, Rollman G, Prato F, Thomas A. Exposition à un champ magnétique pulsé basse fréquence spécifique : une étude contre placebo en double aveugle sur les effets sur EVA chez des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde et de fibromyalgie. *Journal de la Société Canadienne pour le traitement de la douleur (Pain Res Manag)* [Internet]. 2006 ; Disponible sur : <http://www.magnetotherapie.biz/finish/3-etude-medicale-magnetotherapie/6-champs-magnetiques-pulses-contre-la-polyarthrite-et-la-fibromyalgie/0>
116. Thomas A, Graham K, Prato F, McKay J, Morley Forster P, Moulin D, et al. Etude aléatoire en double aveugle contre placebo utilisant un champ magnétique basse fréquence dans le traitement des douleurs musculo-squelettiques chroniques. *Journal de la Société Canadienne pour le traitement de la douleur (Pain Res Manag)*. 2007 ; Disponible sur : <http://www.magnetotherapie.biz/finish/3-etude-medicale-magnetotherapie/5-champs-magnetiques-et-traitement-des-douleurs-musculo-squelettiques/0>
117. Forestier R, Françon A, Saint-Arromand F, Bertolino C, Guillemot A, Graber-Duvernay B, et al. Y a-t-il un effet des soins thermaux et des champs électromagnétiques pulsés sur la cervicalgie chronique ? Essai clinique randomisé Première partie : étude clinique. *Ann Réadapt Médecine Phys.* Avril 2007 ; 50(3):140–7.
118. Fernandez MI, Watson PJ, Rowbotham DJ. Effect of pulsed magnetic field therapy on pain reported by human volunteers in a laboratory model of acute pain. *Br J Anaesth.* 1^{er} août 2007 ; 99(2):266–9.
119. Turan Y, Bayraktar K, Kahvecioglu F, Tastaban E, Aydin E, Kurt Omurlu I, et al. Is magnetotherapy applied to bilateral hips effective in ankylosing spondylitis patients? A randomized, double-blind, controlled study. *Rheumatol Int.* Mars 2014 ; 34(3):357–65.
120. Jadaud A, Nizard J, Danglot C, Fourneau M, Lajat Y. Place du masseur-kinésithérapeute dans la prise en charge pluridisciplinaire des douloureux chroniques en Centre de Traitement de la Douleur. *Douleur et Analgésie 3. Centre d’Evaluation et de Traitement de la Douleur, CHU de Nantes* ; 2003 ; 145–9.
121. Dagfinrud H, Hagen KB, Kvien TK. Physiotherapy interventions for ankylosing spondylitis. In: The Cochrane Collaboration, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2008 [cité 20 juillet 2015]. Disponible sur : <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002822.pub3>
122. Socquet-Clerc P. Rôle et place du masseur-kinésithérapeute au sein de la prise en charge pluri-professionnelle de la douleur dans le service de neurologie du CHUG. *Université Joseph Fourier - Grenoble* ; 2013.

123. Cramer H, Haller H, Lauche R, Dobos G. Mindfulness-based stress reduction for low back pain. A systematic review. *BMC Complement Altern Med.* 25 septembre 2012 ; 12(1):162.
124. Rosenzweig S, Greeson JM, Reibel DK, Green JS, Jasser SA, Beasley D. Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. *J Psychosom Res.* Janvier 2010 ; 68(1):29–36.
125. Ohman A, Aström L, Malmgren-Olsson E-B. Feldenkrais® therapy as group treatment for chronic pain--a qualitative evaluation. *J Bodyw Mov Ther.* Avril 2011 ; 15(2):153–61.
126. Webb R, Cofré-Lizama LE, Galea MP. Moving with Ease: Feldenkrais Method Classes for People with Osteoarthritis. *Evid-Based Complement Altern Med.* 03 septembre 2013 ; e479142.
127. Lundqvist L-O, Zetterlund C, Richter HO. Effects of Feldenkrais method on chronic neck/scapular pain in people with visual impairment: a randomized controlled trial with one-year follow-up. *Arch Phys Med Rehabil.* Septembre 2014 ; 95(9):1656–61.
128. Microkinésithérapie [Internet]. Disponible sur : <http://www.microkinesitherapie.fr/fr/>
129. Brosseau L, Judd MG, Marchand S, Robinson VA, Tugwell P, Wells G, et al. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for the treatment of rheumatoid arthritis in the hand. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003 ; (3):CD004377.
130. Cruccu G, Aziz TZ, Garcia-Larrea L, Hansson P, Jensen TS, Lefaucheur J-P, et al. EFNS guidelines on neurostimulation therapy for neuropathic pain. *Eur J Neurol Off J Eur Fed Neurol Soc.* Septembre 2007 ; 14(9):952–70.
131. Johnson M, Martinson M. Efficacy of electrical nerve stimulation for chronic musculoskeletal pain: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Pain.* Juillet 2007 ; 130(1-2):157–65.
132. Nnoaham KE, Kumbang J. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for chronic pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 ; (3):CD003222.
133. Khadilkar A, Odebiyi DO, Brosseau L, Wells GA. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) versus placebo for chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 ; (4):CD003008.
134. Buchmuller A, Navez M, Millette-Bernardin M, Pouplin S, Presles E, Lantéri-Minet M, et al. Value of TENS for relief of chronic low back pain with or without radicular pain. *Eur J Pain Lond Engl.* Mai 2012 ; 16(5):656–65.

135. Hurlow A, Bennett MI, Robb KA, Johnson MI, Simpson KH, Oxberry SG. Transcutaneous electric nerve stimulation (TENS) for cancer pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 ; 3:CD006276.
136. Licciardone JC, Stoll ST, Fulda KG, Russo DP, Siu J, Winn W, et al. Osteopathic manipulative treatment for chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Spine.* 1^{er} juillet 2003 ; 28(13):1355–62.
137. Burnotte F, Loose VD, Meslé R, Stevens V, Tiggelen DV. Evaluation objective et subjective du sujet cervicalgique chronique. Intérêt de l'ostéopathie et/ou de la kinésithérapie ? *ApoStill Rev Académie Ostéopathie Fr.* 2008 ; 0(19):17–26.
138. Licciardone JC, Minotti DE, Gatchel RJ, Kearns CM, Singh KP. Osteopathic manual treatment and ultrasound therapy for chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Ann Fam Med.* Avril 2013 ; 11(2):122–9.
139. Franke H, Franke J-D, Fryer G. Osteopathic manipulative treatment for nonspecific low back pain: a systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord* [Internet]. 30 août 2014 [cité 06 octobre 2015] ; 15. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4159549/>
140. *Ostéopathie.pdf* [Internet]. [cité 06 octobre 2015]. Disponible sur : www.inserm.fr/content/download/75074/592913/file/Ostéopathie.pdf
141. Cecilia L W Chan C-WW. Qigong Exercise for the Treatment of Fibromyalgia: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *J Altern Complement Med N Y N.* 2012 ; 18(7):641–6.
142. Abbott R, Lavretsky H. Tai Chi and Qigong for the Treatment and Prevention of Mental Disorders. *Psychiatr Clin North Am.* Mars 2013 ; 36(1):109–19.
143. Poole H, Glenn S, Murphy P. A randomised controlled study of reflexology for the management of chronic low back pain. *Eur J Pain Lond Engl.* Novembre 2007 ; 11(8):878–87.
144. Eghbali M, Safari R, Nazari F, Abdoli S. The effects of reflexology on chronic low back pain intensity in nurses employed in hospitals affiliated with Isfahan University of Medical Sciences. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2012 ; 17(3):239–43.
145. Birocco N, Guillame C, Storto S, Ritorto G, Catino C, Gir N, et al. The effects of Reiki therapy on pain and anxiety in patients attending a day oncology and infusion services unit. *Am J Hosp Palliat Care.* Juin 2012 ; 29(4):290–4.
146. Orsak G, Stevens AM, Brufsky A, Kajumba M, Dougall AL. The effects of Reiki therapy and companionship on quality of life, mood, and symptom distress during chemotherapy. *J Evid-Based Complement Altern Med.* Janvier 2015 ; 20(1):20–7.
147. Assefi N, Bogart A, Goldberg J, Buchwald D. Reiki for the Treatment of Fibromyalgia: A Randomized Controlled Trial. *J Altern Complement Med.* Nov 2008 ; 14(9):1115–22.

148. Thrane S, Cohen SM. Effect of Reiki therapy on pain and anxiety in adults: an in-depth literature review of randomized trials with effect size calculations. *Pain Manag Nurs Off J Am Soc Pain Manag Nurses*. Décembre 2014 ; 15(4):897–908.
149. Gay M-C, Philippot P, Luminet O. Differential effectiveness of psychological interventions for reducing osteoarthritis pain: a comparison of Erickson [correction of Erickson] hypnosis and Jacobson relaxation. *Eur J Pain Lond Engl*. 2002 ; 6(1):1–16.
150. Résultats étude RESC [Internet]. Disponible sur : http://www.perinat-france.org/upload/professionnelle/reseaux/PACA/Marseille/gen_paca/journee_annuelle/2010/GEN_PACA_2010_09.pdf
151. Rivat C, Richebé P, Laboueyras E, Laulin J-P, Havouis R, Noble F, et al. Polyamine deficient diet to relieve pain hypersensitivity. *Pain*. Juillet 2008 ; 137(1):125–37.
152. Ferrier J, Bayet-Robert M, Pereira B, Daulhac L, Eschalier A, Pezet D, et al. A polyamine-deficient diet prevents oxaliplatin-induced acute cold and mechanical hypersensitivity in rats. *PloS One*. 2013 ; 8(10):e77828.
153. Un remède contre les douleurs induites par les chimiothérapies anticancéreuses [Internet]. [cité 15 novembre 2015]. Disponible sur : <http://www.inserm.fr/actualites/rubriques/actualites-recherche/un-remede-contre-les-douleurs-induites-par-les-chimiotherapies-anticancereuses>
154. Nutrialys | Medical Nutrition | Castase | Polydol | Le premier Programme Nutritionnel à faible teneur en Polyamines | [Internet]. [cité 18 juin 2015]. Disponible sur : <http://www.nutrialys.fr/>
155. Ford AC, Moayyedi P, Lacy BE, Lembo AJ, Saito YA, Schiller LR, et al. American College of Gastroenterology monograph on the management of irritable bowel syndrome and chronic idiopathic constipation. *Am J Gastroenterol*. Août 2014 ; 109 Suppl 1:S2–26; quiz S27. Disponible sur : http://gi.org/wp-content/uploads/2014/08/IBS_CIC_Monograph_AJG_Aug_2014.pdf
156. Long AF. The effectiveness of shiatsu: findings from a cross-European, prospective observational study. *J Altern Complement Med N Y N*. Octobre 2008 ; 14(8):921–30.
157. Brown CA, Bostick G, Bellmore L, Kumanayaka D. Hand self-Shiatsu for sleep problems in persons with chronic pain: a pilot study. *J Integr Med*. Mars 2014 ; 12(2):94–101.
158. Tournaire M, Theau-Yonneau A. Complementary and Alternative Approaches to Pain Relief During Labor. *Evid-Based Complement Altern Med ECAM*. Décembre 2007 ; 4(4):409–17.
159. Guastella V, Mick G, Laurent B. Non pharmacologic treatment of neuropathic pain. *Presse Médicale Paris Fr* 1983. Février 2008 ; 37(2 Pt 2):354–7.

160. Sherman KJ, Cherkin DC, Wellman RD, Cook AJ, Hawkes RJ, Delaney K, et al. A Randomized Trial Comparing Yoga, Stretching, and a Self-care Book for Chronic Low Back Pain. *Arch Intern Med*. 12 Décembre 2011 ; 171(22):2019–26.
161. Tai Chi May Benefit Patients With Fibromyalgia [Internet]. NCCIH. [cité 18 juin 2015]. Disponible sur : <https://nccih.nih.gov/research/results/spotlight/081810.htm>
162. Yan J-H, Gu W-J, Sun J, Zhang W-X, Li B-W, Pan L. Efficacy of Tai Chi on Pain, Stiffness and Function in Patients with Osteoarthritis: A Meta-Analysis. *PLoS ONE* [Internet]. 19 avril 2013 [cité 18 juin 2015] ; 8(4). Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3631149/>
163. Lauche R, Langhorst J, Dobos G, Cramer H. A systematic review and meta-analysis of Tai Chi for osteoarthritis of the knee. *Complement Ther Med*. Août 2013 ; 21(4):396–406.
164. Lan C, Chen S-Y, Lai J-S, Wong AM-K. Tai Chi Chuan in Medicine and Health Promotion. *Evid-Based Complement Altern Med ECAM* [Internet]. 2013 [cité 18 juin 2015]. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3789446/>
165. Rabinowitz D, Neziroglu F, Roberts M. Clinical Application of a Behavioral Model for the Treatment of Body Dysmorphic Disorder. *Cogn Behav Pract*. Mai 2007 ; 14(2):231–7.
166. Gurny M, Cedraschi C, Chassot P, Piguet V, Remund C. Thérapie cognitivo-comportementale de groupe et douleur chronique : attentes et satisfactions. *Revue Médicale Suisse*. 2009 ; (208):1370–4.
167. Pigeon WR, Moynihan J, Matteson-Rusby S, Jungquist CR, Xia Y, Tu X, et al. Comparative Effectiveness of CBT Interventions for Co-Morbid Chronic Pain & Insomnia: A Pilot Study. *Behav Res Ther*. Novembre 2012 ; 50(11):685–9.
168. Seminowicz DA, Shpaner M, Keaser ML, Krauthamer GM, Mantegna J, Dumas JA, et al. Cognitive behavioral therapy increases prefrontal cortex gray matter in patients with chronic pain. *J Pain Off J Am Pain Soc* [Internet]. Décembre 2013 [cité 18 juin 2015] ; 14(12). Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3874446/>
169. Nicholas MK, Asghari A, Blyth FM, Wood BM, Murray R, McCabe R, et al. Self-management intervention for chronic pain in older adults: a randomised controlled trial. *Pain*. Juin 2013 ; 154(6):824–35.
170. Stewart MO, Karlin BE, Murphy JL, Raffa SD, Miller SA, McKellar J, et al. National Dissemination of Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Pain in Veterans: Therapist and Patient-Level Outcomes. *Clin J Pain*. 28 août 2014.
171. Linden M, Scherbe S, Cicholas B. Randomized controlled trial on the effectiveness of cognitive behavior group therapy in chronic back pain patients. *J Back Musculoskelet Rehabil*. 2014 ; 27(4):563–8.

172. Shpaner M, Kelly C, Lieberman G, Perelman H, Davis M, Keefe FJ, et al. Unlearning chronic pain: A randomized controlled trial to investigate changes in intrinsic brain connectivity following Cognitive Behavioral Therapy. *NeuroImage Clin.* 2014 ; 5:365–76.
173. Kjeldgaard D, Forchhammer HB, Teasdale TW, Jensen RH. Cognitive behavioural treatment for the chronic post-traumatic headache patient: a randomized controlled trial. *J Headache Pain.* 02 décembre 2014 ; 15(1):81.
174. Beasley M, Prescott GJ, Scotland G, McBeth J, Lovell K, Keeley P, et al. Patient-reported improvements in health are maintained 2 years after completing a short course of cognitive behaviour therapy, exercise or both treatments for chronic widespread pain: long-term results from the MUSICIAN randomised controlled trial. *RMD Open.* 1^{er} janvier 2015 ; 1(1):e000026.
175. Berrewaerts J, Doumont D, Deccache A. Comment prend-on en charge de façon globale et psycho-socio-éducative les patients souffrant de douleurs chroniques ? 2003.
176. Zitman FG, van Dyck R, Spinhoven P, Linssen AC. Hypnosis and autogenic training in the treatment of tension headaches: a two-phase constructive design study with follow-up. *J Psychosom Res.* Avril 1992 ; 36(3):219–28.
177. Spinhoven P, Linssen AC, Van Dyck R, Zitman FG. Autogenic training and self-hypnosis in the control of tension headache. *Gen Hosp Psychiatry.* Novembre 1992 ; 14(6):408–15.
178. Kuile MM ter, Spinhoven P, Linssen AC, Zitman FG, Van Dyck R, Rooijmans HG. Autogenic training and cognitive self-hypnosis for the treatment of recurrent headaches in three different subject groups. *Pain.* Septembre 1994 ; 58(3):331–40.
179. Kuile MM ter, Spinhoven P, Linssen AC. Responders and nonresponders to autogenic training and cognitive self-hypnosis: prediction of short- and long-term success in tension-type headache patients. *Headache.* Décembre 1995 ; 35(10):630–6.
180. Ernst E, Kanji N. Autogenic training for stress and anxiety: a systematic review. *Complement Ther Med.* Juin 2000 ; 8(2):106–10.
181. Cramer H, Lauche R, Dobos G. Characteristics of randomized controlled trials of yoga: a bibliometric analysis. *BMC Complement Altern Med.* 02 Septembre 2014 ; 14(1):328.
182. Choices NHS. A guide to yoga - Live Well - NHS Choices [Internet]. 2015 [cité 18 juin 2015]. Disponible sur : <http://www.nhs.uk/Livewell/fitness/Pages/yoga.aspx>

ANNEXES

Annexe 1 : Conducteur de la séance éducative

Que pensez-vous des approches non médicamenteuses ?

Objectif patient :

Que chaque patient puisse parler des techniques alternatives et complémentaires non médicamenteuses pour traiter la douleur ;

Qu'il en comprenne le niveau de validité ;

Qu'il soit en mesure de faire des choix éclairés vis-à-vis des traitements non médicamenteux de la douleur ;

Informier et sécuriser l'utilisation des techniques non médicamenteuses que les patients utilisent, souhaiteraient utiliser ou pourraient être confrontés.

Objectif soignant :

Répondre à une demande des professionnels de santé qui se sentent en difficultés pour répondre aux questions des patients concernant ces approches non médicamenteuses en lien avec un manque de formation initiale sur ces approches non traditionnelles.

Cet outil a fait l'objet d'un travail de thèse et fait état des connaissances en 2015. Cf. référence thèse lorsqu'elle sera publiée. Il est de la responsabilité des animateurs de s'assurer si d'autres techniques sont proposées qu'elles respectent l'éthique et la déontologie médicale.

Public visé : Patients douloureux chroniques

Conditions de l'éducation : groupe de 3 à 6 patients, ou individuelle.

Nombre d'éducateurs : 1 ou 2 intervenants formés au suivi de patients douloureux chroniques (médecin, pharma, psycho, paramédicaux (IDE, kiné, ergothérapeute, psychomotricien, ...)

Temps de la séance : 2 heures (3 cartes par heure avec pause au milieu)

Matériel à prévoir :

3 outils variant sur la forme mais avec le même contenu :

1. Soignants : Livret spiralé, à fiches amovibles (pour mise à jour facile), lexique avec différentes techniques classées par ordre alphabétique avec pages correspondantes de taille 21X10cm
2. Patients : 44 cartes
Recto : Nom de la technique / Verso : Définition de la techniques et notion de validée ou non ; Mode d'action et objectif ; Qui peut le faire ? ; Risques ? ; Avis des

Avant de commencer :

Pré-sélection des cartes en lien avec les facteurs exprimés lors du groupe modulation douleur
Accueil et présentation des intervenants et des outils éducatifs ! Information sur les objectifs, le déroulement et de la durée de la séance

Pendant la séance :

Partir systématiquement des connaissances du patient
Valoriser l'expérience et la parole de chacun ☐

A la fin de la séance :

Encourager les patients à développer leurs propres stratégies d'adaptation
Conserver une trace de cette séance éducative dans le dossier du patient

professionnels de la prise en charge de la douleur ? ; Posture du soignant.

3. Classeur (par ordre alphabétique) avec les fiches correspondant aux techniques à remettre aux patients en fin de séance.
4. Table, paper-board et stylos, de quoi faire une pause (boissons)

Pré requis : le besoin d'aborder la thématique des approches non médicamenteuses (identification de conduites à risque, d'utilisation en cours ou en projet) a été identifié par le soignant et validé avec le patient à l'issue du BEP.

Message clef : Importance de créer un environnement de confidentialité, une relation de confiance ; Aider les patients à faire du tri, faire des choix éclairés et sécurisés. Prise de position des soignants par rapports à ces stratégies, harmonisation des discours.

Activité soignant	Activité patient	Technique d'apprentissage
<p>Présentation de la séance (cadre et objectif), expliquer que l'on va parler de toutes les techniques en deux temps (pour ne pas laisser frustrer les patients dont les cartes ne seraient pas discutées en premier)</p> <p>Description de l'organisation de la séance, des objectifs et des prérequis (non jugement, libre-expression, confidentialité, ...), préciser que les 6 techniques seront abordées et qu'ils auront en fin de séance un document résumant celles-ci. Les autres cartes sont rangées. L'objectif de la séance : échanges entre les patients avec l'éclairage des professionnels de santé.</p> <p>Disposer les cartes sur la table face recto :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Choisissez une carte qui pour vous correspond à une technique que vous connaissez, que vous avez déjà utilisée, ou que vous souhaiteriez découvrir. <p>Si une carte a déjà été prise par un patient et qu'un autre patient souhaitait la prendre aussi, expliquer que cette technique sera donc abordée et que le « 2ème » patient peut en choisir une autre.</p> <p>Si une technique est évoquée par un patient alors qu'elle ne figure pas sur les cartes pré remplies, l'animateur recueille cette technique et demande au patient de choisir une autre technique pour cette séance tout en proposant de lui apporter une réponse et à l'ensemble du groupe si souhait dans un deuxième temps.</p> <p>Le soignant classe les cartes choisies par ordre alphabétique et range les autres, et propose à l'ensemble du groupe :</p> <p><i>Comment ça marche ?</i></p> <p><i>Si vous deviez expliquer cette technique à quelqu'un d'autre, que diriez-vous ?</i></p>	<p>Ecoute et essai de reformulation des objectifs par un patient</p> <p>Les patients lisent les cartes sans les prendre</p> <p>Tous autour d'une table et cartes déposées au centre</p> <p>Chacun des patients choisit 1 carte</p>	<p>Attention et compréhension</p> <p>Fait part de ses connaissances et de ses représentations</p>

<p>Si au moins un patient répond, poursuivre le questionnement en demandant : <i>Qui peut le faire, cette technique est-elle efficace, sécurisée ?</i></p> <p>Si aucun patient ne peut répondre, leur demander : <i>Où recherchiez-vous l'information sur cette technique ?</i></p> <p><i>Selon vous quels seraient les critères de sécurité dans la pratique de cette technique (provenance du produit, formation du professionnel, existence de données scientifiques) ?</i></p> <p>L'intervenant note sur un paper-board ou tableau les « dires » des patients et s'assure que tout le monde se soit exprimé</p> <p>L'intervenant retourne la carte et fait la synthèse sur la base de la définition consensuelle (« validation »)</p> <p>Même schéma de séquence pour les 5 cartes suivantes. 3 cartes par heure avec pause au milieu.</p> <p>Fin de séance, remise des fiches concernant les techniques abordées pendant la séance.</p> <p>Proposition d'une nouvelle séance avec les mêmes patients si « frustrations » pour des techniques non abordées lors de cette séance.</p>	<p>Chacun exprime oralement sa définition : tour de table</p> <p>Débat sur la validité ou non des techniques selon les patients = tour de table Les patients et l'intervenant donnent leur avis sur les « dires » jusqu'à un consensus du groupe (patient + professionnel(s) de santé)</p>
---	--

Précisions si la séance est proposée en individuel, la durée est estimée à 1h :

Aborder 3 techniques au maximum,

Détrouler les questions ouvertes suivantes pour partir de ses connaissances, représentations, son vécu.

Qu'est-ce que vous en savez ?

Est-ce que vous avez déjà testé ?

Quelles sont ou quelles étaient vos attentes ?

Pour vous quels sont les critères de sécurité à respecter ?

Lecture commune de la fiche de synthèse avant remise au patient.

Vérifier que le patient n'a plus d'interrogation sur la technique abordée.

Annexe 2 : Questionnaire d'évaluation participants

Evaluation de la séance d'éducation thérapeutique du patient « Que pensez-vous des approches non médicamenteuses pour lutter contre ma douleur ? »

Merci d'avance d'avoir accepté de prendre du temps pour répondre à ce questionnaire qui va nous permettre d'adapter cette séance à vos besoins.

Votre avis est très important pour nous. Ce questionnaire est anonyme.

Cela ne devrait pas vous prendre plus de 10-15 minutes

QUESTIONNAIRE D'EVALUATION PARTICIPANTS

1. Concernant le déroulement la séance, êtes-vous globalement :

Très satisfait

Peu satisfait

Satisfait

Insatisfait

Pourquoi ?

.....

2. Vous êtes-vous senti en confiance pour vous exprimer librement ?

Oui

Non

Si Non pourquoi :

.....

3. Les explications données par l'équipe ont-elles été claires ?

Oui

Non pas vraiment

Plutôt oui

Non

4. Les fiches récapitulatives délivrées à la fin de la séance vous semblent-elles utiles ?

Oui

Non pas vraiment

Plutôt oui

Non

Pourquoi ?

.....

5. Le contenu de ces fiches répond-il à vos attentes ?

Oui

Non

Si Oui, pour quelles raisons ?

.....

Si Non, pour quelles raisons ?
.....

6. Cette séance a-t-elle amélioré vos connaissances concernant les approches non médicamenteuses ?

Oui Non

Si Non, qu'est-ce qui vous a manqué ?
.....

7. Quels sont les 3 messages que vous reprenez pour emmener chez vous ?

-
-
-

8. Conseilleriez-vous cette séance d'ETP à des personnes de votre entourage souffrant de douleurs chroniques ?

Oui Non pas vraiment
 Plutôt oui Non

9. Pensez-vous que partager ses expériences en groupe soit intéressant ?

Oui Non pas vraiment
 Plutôt oui Non

12. Avez-vous des suggestions pour améliorer cette séance ?

.....
.....

Annexe 3 : Questionnaire d'évaluation animateurs/éducateurs

Evaluation de la séance d'éducation thérapeutique du patient « Que pensez-vous des approches non médicamenteuses pour lutter contre ma douleur ? »

*Merci d'avance d'avoir accepté de prendre du temps pour répondre à ce questionnaire.
Ce dernier a été réalisé dans le cadre de l'élaboration de kit-KAD.
Votre avis est très important pour améliorer cette séance.*

QUESTIONNAIRE D'EVALUATION ANIMATEURS / EDUCATEURS

1. Concernant le déroulement la séance, êtes-vous globalement :

Très satisfait

Peu satisfait

Satisfait

Insatisfait

Pourquoi ?
.....

2. La séance vous a-t-elle semblée utile pour les patients ?

Oui

Non

Pourquoi ?
.....

3. Quels sont les manques et les points forts du conducteur pour se sentir capable d'animer la séance et pour quelles raisons ?

Manques :

.....
.....
.....
.....

Points forts :

.....
.....
.....
.....

4. Vous êtes-vous senti à l'aise face aux patients grâce aux fiches mises à votre disposition ?

Oui

Non

Pourquoi ?

.....

5. Quels sont les manques et les points forts du contenu des fiches et pour quelles raisons ?

Manques :

.....

.....

.....

.....

Points forts :

.....

.....

.....

.....

6. Avez-vous des suggestions pour améliorer cette séance ?

.....

.....

Annexe 4 : Grille de recueil spécifique (observateur extérieur)

Evaluation de la séance d'éducation thérapeutique du patient « Que pensez-vous des approches non médicamenteuses pour lutter contre ma douleur ? »

GRILLE DE RECUEIL SPECIFIQUE (OBSERVATEUR EXTERIEUR)

	Critères	Indicateurs	Oui / Non
Organisation / Déroulement	Préparation de l'animation de la séance	Lecture du conducteur de séance Echanges entre éducateurs Répartition des rôles si co-animation	
	Préparation de la salle	Aménagement de l'espace Disposition des chaises Disposition du matériel pédagogique (fiches, cartes)	
	Respect de la chronologie de la séance	Durée de la séance annoncée par l'éducateur Respect du temps (2h) Pause effectuée après 3 techniques	
Animation	Ouverture de la séance	Présentation de(s) animateur(s) avec accueil chaleureux des participants Instauration d'un climat de confiance : respect de la parole, non jugement, libre expression, confidentialité, ... Objectif et prérequis : échanges entre les patients avec l'éclairage des professionnels de santé ; 6 techniques abordées ; document résumant ces techniques distribué en fin de séance Proposition aux patients de se présenter	
	Séance centrée sur le patient	Objectifs en accord avec les besoins du patient Attitudes des patients (à l'aise, place pour s'exprimer, en retrait, ...)	
	Déroulement de la séance	Animation favorisant la participation active, la prise de parole – questions ouvertes - reformulation Régularisation de la prise de parole en lien avec les règles fixées (respect de la parole de chacun) Animation suscitant et favorisant l'expression des représentations et croyances de chaque participant Animation suscitant et favorisant la confrontation des expériences de chacun	

Animation	Qualité des informations transmises	Compréhensibles par le patient (verbal, non verbal)	
	Aptitudes relationnelles	Communication non verbale en accord avec le discours de l'animateur (déplacements, attitudes, émotions, ...) Maîtrise de l'espace Encouragement des participants (renforcement positif), valorisation Egal intérêt pour chaque participant (mémorisation des prénoms, valorisation de chacun) Respect des besoins des participants (amusement, humour, plaisanteries,...) Energie, dynamisme du groupe, animateur suscitant « l'envie »	
Synthèse de la séance		Réalisation d'une synthèse de la séance Proposition d'une nouvelle séance avec les mêmes patients si « frustrations » pour des techniques non abordées lors de cette séance Transmission du document résumant les techniques abordées lors de la séance	
Suivi des participants		Prochain rendez-vous fixé avec les participants Lien avec les autres séances du parcours éducatif	

Synthèse de l'observation (impression générale)

- Points forts :

.....

- Pistes d'amélioration :

.....

ACUPUNCTURE



« Mode d'action » et objectif :

L'acupuncture s'appuie sur les grands principes de la médecine chinoise : yin et yang, en utilisant les méridiens énergétiques en stimulant certains endroits du corps bien précis pour provoquer l'action souhaitée sur l'organisme et rétablir l'équilibre énergétique du corps.

L'acupuncture travaille sur l'ensemble du corps en appliquant de très fines aiguilles, stériles à usage unique, sous la peau pendant au moins 20 minutes. Plusieurs séances sont souvent nécessaires d'autant plus si la pathologie est installée depuis longtemps.

Qui peut le faire ?

En France, l'acupuncture est réglementée, elle ne peut être pratiquée que par des professions médicales ayant obtenu le diplôme qualifiant.

Les professions médicales pouvant pratiquer l'acupuncture sont les médecins, les chirurgiens-dentistes pour les actes en lien avec la chirurgie dentaire et les sages-femmes pour les actes en lien avec l'obstétrique.

Toute autre personne pratiquant l'acupuncture peut être condamnée pour exercice illégal de la médecine.

Avis des professionnels de la prise en charge de la douleur :

Technique reconnue comme étant efficace dans la prise en charge de la douleur et de ses symptômes associés (stress, anxiété, trouble du sommeil, fatigue...).

Posture du soignant :

Encourager à utiliser uniquement avec un médecin, un chirurgien-dentiste, une sage-femme.

CONSOMMATION « ANTALGIQUE » D'ALCOOL



« Mode d'action » et objectif :

Une consommation d'alcool à visée antalgique est utilisée par certaines personnes à des fins de « déconnexions » dans les périodes de douleur.

Risques :

La consommation d'alcool à visée antalgique expose la personne à des risques :

- d'interactions avec les médicaments notamment les antalgiques et psychotropes ;
- de développer différentes pathologies (maladies cardiovasculaires, hépatiques, ORL, neurologiques, psychiques...) pouvant elles-mêmes être génératrices de douleur ;
- d'une augmentation de la consommation d'alcool menant à une dépendance ;
- de déstabilisation de l'environnement familial et socio-professionnel et d'isolement.

Une consommation excessive d'alcool est punie par la loi.

Avis des professionnels de la prise en charge de la douleur :

Technique NON reconnue comme étant efficace dans la prise en charge de la douleur et de ses symptômes associés (stress, anxiété, trouble du sommeil, fatigue...).

Posture du soignant :

Du fait de la balance bénéfice-risque défavorable, déconseiller et mettre en garde sur l'utilisation de l'alcool pour soulager la douleur.

APPRENDRE OU RÉAPPRENDRE A S'ENDORMIR ET BIEN DORMIR



« Mode d'action » et objectif :

Une grande majorité de patients souffrant de douleur chronique rapporte également des troubles du sommeil (50 à 89%). La qualité et la durée du sommeil ont un impact sur la gestion de la douleur et sur l'état émotionnel. La douleur entraîne des troubles du sommeil (difficultés d'endormissement, insomnies, réveils fréquents...) et le manque de sommeil aggrave la douleur. Il est important d'intervenir dès l'apparition de ces symptômes. Un meilleur soulagement de la douleur durant le jour peut contribuer à améliorer la qualité du sommeil. De la même façon, une meilleure nuit de sommeil pourra contribuer à diminuer la sévérité des douleurs le jour. Les relations entre sommeil et douleur sont encore mal élucidées, il existe certainement un dysfonctionnement des régulations cérébrales communes à la douleur et au sommeil.

Certains facteurs facilitent le sommeil, tandis que d'autres le gênent.

Facteurs facilitant le sommeil	Facteurs gênant le sommeil
Activités relaxantes : lecture, relaxation, musique	Excitants : café, thé, vitamine C, coca ...
Tisanes	Activité physique tardive
Chambre aérée, température entre 18 et 20°C	Repas trop copieux, alcool en soirée
Respecter son rythme de sommeil en repérant les signaux du sommeil : bâillements, yeux qui piquent ...	Réserver la chambre au sommeil : éviter de manger, regarder la télévision ou travailler au lit
Horaires de lever réguliers (semaine et week-end compris)	Eviter les écrans (jeux vidéo, téléphone., ordinateur...)
Respecter le rythme jour/nuit	Eviter de faire des cycles complets de sommeil en journée (1h30 à 2h) : privilégier la sieste de 20 minutes maximum

Qui peut le faire ?

Le patient lui-même en appliquant les conseils ci-dessus. En cas de troubles sévères du sommeil, sur avis médical, un accompagnement en structure spécialisée est possible. Il existe également des associations de patients qui peuvent apporter un soutien complémentaire.

Avis des professionnels de la prise en charge de la douleur :

Technique reconnue comme étant efficace dans la prise en charge de la douleur et de ses symptômes associés (stress, anxiété, fatigue...).

Posture du soignant :

Encourager à utiliser.

AROMATHÉRAPIE



« Mode d'action » et objectif :

L'aromathérapie est l'utilisation d'huiles essentielles (ou parfois « essence végétale ») à des fins thérapeutiques, par voie orale, locale et/ou inhalée.

Qui peut le faire ?

Un professionnel de santé formé.

L'aromathérapie est une déclinaison de la phytothérapie qui est reconnue comme une médecine à part entière par le ministère de la Santé.

Avis des professionnels de la prise en charge de la douleur :

Technique reconnue comme étant efficace dans la prise en charge de la douleur et de ses symptômes associés (stress, anxiété, trouble du sommeil, fatigue...).

Posture du soignant :

Encourager à utiliser seulement si les interactions médicamenteuses potentielles avec le reste du traitement ont été vérifiées et si l'achat se fait en pharmacie ou en herboristerie (pas d'achats sur internet, marchés et autres commerces : risques importants de toxicité dans les produits de contrefaçons).

ART-THÉRAPIE :
MUSIQUE, CHANT, DANSE, ARTS
PLASTIQUES, THÉÂTRE, EXPRESSION
CORPORELLE, ...



« Mode d'action » et objectif :

L'art-thérapie est une pratique de soin fondée sur l'utilisation thérapeutique du processus de création artistique. Cette technique consiste en un accompagnement de la création vers un aller-mieux.

Qui peut le faire ?

Toute personne formée à la pratique.

Avis des professionnels de la prise en charge de la douleur :

Technique reconnue comme étant efficace dans la prise en charge de la douleur et de ses symptômes associés (stress, anxiété, trouble du sommeil, fatigue...).

Posture du soignant :

Encourager à utiliser.

La personne formée à la pratique n'établit pas de diagnostic médical, ne fait aucune prescription médicamenteuse, ne donne aucun conseil en homéopathie et phytothérapie et ne demande jamais de suspendre un traitement médical.

AURICULOTHÉRAPIE



« Mode d'action » et objectif :

L'auriculothérapie vise à traiter différentes affections en stimulant certaines zones de l'oreille externe à l'aide de très fines aiguilles stériles à usage unique, laissées en place 20 à 30 minutes puis retirées, ou de type semi permanentes qui tombent d'elles-mêmes au bout d'un nombre de jours variables.

Qui peut le faire ?

En France, l'auriculothérapie est réglementée, elle ne peut être pratiquée que par des professions médicales ayant obtenu le diplôme qualifiant.

Les professions médicales pouvant pratiquer l'auriculothérapie sont les médecins, les chirurgiens-dentistes pour les actes en lien avec la chirurgie dentaire et les sages-femmes pour les actes en lien avec l'obstétrique.

Toute autre personne pratiquant l'auriculothérapie peut être condamnée pour exercice illégal de la médecine.

Avis des professionnels de la prise en charge de la douleur :

Technique reconnue comme étant efficace dans la prise en charge de la douleur et de ses symptômes associés (stress, anxiété, trouble du sommeil, fatigue...).

Posture du soignant :

Encourager à utiliser uniquement avec un médecin, un chirurgien-dentiste, une sage-femme.

CANNABIS



« Mode d'action » et objectif :

Le cannabis est utilisé par certaines personnes à des fins antalgiques sous trois formes :

- L'herbe : feuilles, tiges et sommités fleuries séchées.
- La résine : « haschisch ».
- L'huile (la plus concentrée en principe actif).

Généralement, l'herbe et la résine se fument sous forme de « joint ». L'herbe peut être utilisée sous forme de « pâtisseries ». L'huile est plutôt consommée à l'aide d'une pipe.

Risques :

En France, le cannabis est un produit classé stupéfiant et son usage est interdit.

En acheter, en consommer, en détenir, en donner, en revendre, en cultiver (chez soi ou à l'extérieur), en transporter ou conduire après en avoir consommé sont autant d'infractions à la loi, passibles de sanctions lourdes devant les tribunaux, quelle que soit la quantité de cannabis incriminée. Les peines sont doublées quand le cannabis est vendu ou donné à des mineurs.

Avis des professionnels de la prise en charge de la douleur :

Certains composants extraits du cannabis ont prouvé leur efficacité antalgique avec une balance bénéfice/risque positive à l'inverse du cannabis, qui, par lui-même, expose à de nombreux effets indésirables neurologiques et psychiques.

Actuellement, il existe des médicaments comme le Sativex® et le Marinol® contenant les extraits antalgiques du cannabis qui sont utilisés uniquement pour des indications précises (sclérose en plaque par exemple) et soumis à une prescription et un suivi relevant de la législation des stupéfiants.

Posture du soignant :

Du fait de l'illégalité d'utilisation en France et de la balance bénéfice-risque défavorable, déconseiller et mettre en garde sur l'utilisation du cannabis pour soulager la douleur.

CHIROPRAxie



« Mode d'action » et objectif :

La chiropraxie est une technique manuelle. Le chiropraticien effectue des ajustements de la colonne vertébrale et des extrémités (hanches, chevilles, poignets, épaules...). Ces ajustements permettent au corps de corriger ses déséquilibres en relâchant la tension musculaire.

Qui peut le faire ?

Toute personne formée à la pratique.

En France, seul l'Institut franco-européen de chiropraxie est agréé pour la formation des chiropracteurs.

Avis des professionnels de la prise en charge de la douleur :

Technique reconnue comme étant efficace dans la prise en charge de la douleur.

Posture du soignant :

Encourager à utiliser.

Le chiropracteur n'établit pas de diagnostic médical, ne fait aucune prescription médicamenteuse, ne donne aucun conseil en homéopathie et phytothérapie et ne demande jamais de suspendre un traitement médical.

CHRONONUTRITION



« Mode d'action » et objectif :

La chrononutrition est une méthode de nutrition permettant de choisir le type d'aliments à consommer en fonction du moment de la journée afin de s'adapter au mieux au fonctionnement du corps et à son métabolisme.

Qui peut le faire ?

Le patient lui-même avec de préférence l'aide d'un médecin et/ou d'un diététicien.

Avis des professionnels de la prise en charge de la douleur :

Technique NON reconnue comme étant efficace dans la prise en charge de la douleur et de ses symptômes associés (stress, anxiété, trouble du sommeil, fatigue...).

Posture du soignant :

Aucune donnée d'efficacité et de risques concernant cette technique permettant au soignant de se positionner sur cette technique.

COGNITIVE BEHAVIORAL STRESS MANAGEMENT (CBSM)



« Mode d'action » et objectif :

Le CBSM est une méthode visant à améliorer les comportements de santé des personnes souffrant de pathologies chroniques. Il s'agit d'un apprentissage de gestion du stress et d'adaptation à la maladie associé à des séances de relaxation.

Le CBSM vise à augmenter la connaissance de soi par un apport d'informations sur le stress, son impact sur la maladie, les réactions psychologiques qu'il peut susciter et les différentes stratégies qui peuvent être déployées pour gérer les situations difficiles.

Qui peut le faire ?

Un professionnel de la psyché formé à cette technique.

Avis des professionnels de la prise en charge de la douleur :

Technique reconnue comme étant efficace dans la gestion du stress ayant un impact sur la douleur et de ses symptômes associés (trouble du sommeil, fatigue...).

Posture du soignant :

Encourager à utiliser.

COUPEUR DE FEU



« Mode d'action » et objectif :

Cette technique s'appuie sur la transmission d'énergie d'une personne à une autre quelle que soit la distance les séparant pour rétablir l'équilibre énergétique du corps.

Le coupeur de feu travaille uniquement sur la douleur liée à une brûlure.

Qui peut le faire ?

Toute personne peut prétendre être coupeur de feu, « avoir le don ».

Avis des professionnels de la prise en charge de la douleur :

Technique NON reconnue dans la prise en charge de la douleur.

Posture du soignant :

Aucune donnée d'efficacité et de risques concernant cette technique permettant au soignant de se positionner sur cette technique.

Le coupeur de feu n'établit pas de diagnostic médical, ne fait aucune prescription médicamenteuse, ne donne aucun conseil en homéopathie et phytothérapie et ne demande jamais de suspendre un traitement médical.

EAU DE QUINTON



« Mode d'action » et objectif :

L'Eau de Quinton est une dilution d'eau de mer naturelle qui prétend reminéraliser, détoxifier et régulariser l'acidité corporelle générée par les agressions internes (déchets organiques...) et externes (pollutions, stress...). Elle s'administre par voie orale, nasale, cutanée et rectale mais est aussi utilisée en perfusion sous cutanée ou intraveineuse par certains patients en dehors de tout cadre réglementaire. En effet, l'utilisation de la voie injectable est illégale depuis l'arrêt d'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) en 1982 du fait de la perte de ses propriétés lors de la stérilisation à chaud obligatoire.

Risques :

Pour la voie injectable, il existe deux risques :

- Inefficacité si le produit est stérilisé à chaud car il est perd ses propriétés.
- Infectieux si le produit n'est pas stérilisé à chaud.

Avis des professionnels de la prise en charge de la douleur :

Technique NON reconnue comme étant efficace dans la prise en charge de la douleur et de ses symptômes associés (stress, anxiété, trouble du sommeil, fatigue...).

Posture du soignant :

Pour les voies orale, nasale et cutanée, aucune donnée d'efficacité pour soulager la douleur ne permet au soignant de se positionner.

Pour la voie injectable, à déconseiller du fait de l'illégalité de cette voie et des risques.

ERGOTHÉRAPIE



« Mode d'action » et objectif :

L'ergothérapie est une technique qui se base sur l'analyse des activités quotidiennes de la personne pour apporter une adaptation par des aides techniques afin de modifier l'environnement et/ou la manière de réaliser les activités qui engendrent la douleur.

Qui peut le faire ?

Un professionnel de santé ayant le diplôme d'Etat d'ergothérapie.

Avis des professionnels de la prise en charge de la douleur :

Technique reconnue comme étant efficace dans la prise en charge de la douleur et de ses symptômes associés (stress, anxiété, trouble du sommeil, fatigue...).

Posture du soignant :

Encourager à utiliser.

EXERCICE OU ACTIVITÉ PHYSIQUE



« Mode d'action » et objectif :

L'exercice ou activité physique repose sur des mouvements de l'ensemble du corps destinés à permettre une réadaptation à l'effort ou un maintien de la condition physique. Cela inclut les activités quotidiennes telles que l'entretien de la maison, le shopping, le travail et non obligatoirement une performance sportive.

Selon l'OMS, on entend par activité physique tout mouvement produit par les muscles squelettiques, responsable d'une augmentation de la dépense énergétique.

Qui peut le faire ?

La personne elle-même dans ses activités quotidiennes et accompagnée par un professionnel de santé formé ou un éducateur en activité physique adaptée (APA) lorsqu'une réadaptation à l'effort est nécessaire.

Avis des professionnels de la prise en charge de la douleur :

Technique reconnue comme étant efficace dans la prise en charge de la douleur et de ses symptômes associés (stress, anxiété, trouble du sommeil, fatigue...).

Posture du soignant :

Encourager à utiliser.

EYE MOVEMENT **DESENSITIZATION AND** **REPROCESSING (EMDR)**



« Mode d'action » et objectif :

L'EMDR est une technique de psychothérapie « brève » (nombre de séances limité). Cette technique s'adresse aux patients souffrants d'un état de stress post-traumatique.

L'objectif est de se libérer d'un choc émotionnel et de permettre une résolution des symptômes post-traumatiques en utilisant des séries de stimulations bilatérales alternées qui stimulent le cerveau du côté gauche puis droit, soit par des mouvements oculaires, soit par des stimulations tactiles, soit par des bips sonores.

Qui peut le faire ?

Un professionnel de la psyché ou un médecin formé à la pratique.

Il existe un annuaire édité par l'Association EMDR-France consultable sur internet.

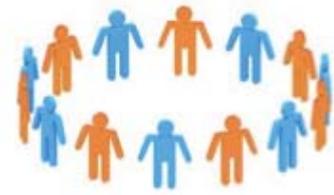
Avis des professionnels de la prise en charge de la douleur :

Technique reconnue comme étant efficace dans la prise en charge de la douleur et de ses symptômes associés (stress, anxiété, trouble du sommeil, fatigue...).

Posture du soignant :

Encourager à utiliser chez le patient souffrant d'un état de stress post-traumatique.

GROUPES DE PAROLES (PSYCHOTHÉRAPIE DE GROUPE)



« Mode d'action » et objectif :

La psychothérapie de groupe est une technique de psychothérapie « brève » (nombre de séances limité) en présence d'un professionnel de la psyché qui permet aux patients d'échanger sur leurs stratégies face à la douleur.

Qui peut le faire ?

Un professionnel de la psyché.

Avis des professionnels de la prise en charge de la douleur :

Technique reconnue comme étant efficace dans la prise en charge de la douleur et de ses symptômes associés (stress, anxiété, trouble du sommeil, fatigue...).

Posture du soignant :

Encourager à utiliser.

HOMÉOPATHIE



« Mode d'action » et objectif :

L'homéopathie vise le soulagement de symptômes par l'administration de substances pouvant provoquer des manifestations semblables mais à des doses très faibles ou infinitésimales.

Qui peut le faire ?

Un professionnel de santé formé.

Seuls les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes ont le droit de prescrire des médicaments homéopathiques au terme de leur formation. Les autres professionnels peuvent uniquement les conseiller.

Les médicaments homéopathiques ne peuvent être dispensés que par des pharmaciens.

Avis des professionnels de la prise en charge de la douleur :

Technique reconnue comme étant efficace dans la prise en charge de la douleur et de ses symptômes associés (stress, anxiété, trouble du sommeil, fatigue...).

Posture du soignant :

Encourager à utiliser.

HYPNOSE / HYPNOANALGÉSIE



« Mode d'action » et objectif :

L'hypnose permet au sujet d'accéder à un état de conscience modifiée (être ailleurs psychologiquement, endroit plutôt agréable, tout en ressentant ici et maintenant les modifications). Guidé par un thérapeute à l'aide de suggestions, le patient peut modifier son expérience subjective, ses perceptions, ses sensations, ses émotions et comportements. Le patient peut également apprendre l'autohypnose qui consiste à pratiquer seul l'hypnose.

L'hypnoalgésie correspond à une méthode antalgique qui permet au patient de mieux contrôler et de mieux gérer une douleur aiguë ou chronique.

Qui peut le faire ?

Un professionnel de santé ou de la psyché formé à la pratique.

Avis des professionnels de la prise en charge de la douleur :

Technique reconnue comme étant efficace dans la prise en charge de la douleur et de ses symptômes associés (stress, anxiété, trouble du sommeil, fatigue...).

Posture du soignant :

Encourager à utiliser.

KINÉSIOLOGIE



« Mode d'action » et objectif :

Le principe fondateur de la kinésiologie est que chacun porte en lui les traces de sa propre histoire. Cette technique s'appuie sur des tests musculaires afin de localiser le stress dans le corps, de corriger les déséquilibres dus à ce stress et de vérifier si les corrections ont bien fonctionné.

Qui peut le faire ?

Toute personne formée à la pratique, de préférence un professionnel de santé.

Avis des professionnels de la prise en charge de la douleur :

Technique NON reconnue comme étant efficace dans la prise en charge de la douleur et de ses symptômes associés (stress, anxiété, trouble du sommeil, fatigue...).

Posture du soignant :

Manque de données d'efficacité et de risques concernant cette technique permettant au soignant de se positionner sur cette technique.

La personne formée à la pratique n'établit pas de diagnostic médical, ne fait aucune prescription médicamenteuse, ne donne aucun conseil en homéopathie et phytothérapie et ne demande jamais de suspendre un traitement médical.

MAGNÉTISEUR



« Mode d'action » et objectif :

Cette technique s'appuie sur la transmission d'énergie d'une personne à une autre quelle que soit la distance les séparant pour rétablir l'équilibre énergétique du corps. Le magnétiseur transmet l'énergie universelle dans laquelle nous vivons à tous ceux qui en manquent.

Qui peut le faire ?

Toute personne peut prétendre être magnétiseur, « avoir le don ».

Avis des professionnels de la prise en charge de la douleur :

Technique NON reconnue dans la prise en charge de la douleur.

Posture du soignant :

Aucune donnée d'efficacité et de risques concernant cette technique permettant au soignant de se positionner sur cette technique.

Le magnétiseur n'établit pas de diagnostic médical, ne fait aucune prescription médicamenteuse, ne donne aucun conseil en homéopathie et phytothérapie et ne demande jamais de suspendre un traitement médical.

MAGNÉTHÉRAPIE



« Mode d'action » et objectif :

La magnétothérapie vise une rééquilibration des ondes magnétiques du corps.

Cette technique utilise des champs magnétiques pulsés sur tout ou une partie du corps à l'aide d'aimants, d'appareils spécifiques sous forme de matelas ou de coussins...

Qui peut le faire ?

Toute personne formée à la pratique, de préférence un professionnel de santé.

Avis des professionnels de la prise en charge de la douleur :

Technique reconnue comme étant efficace dans la prise en charge de la douleur et de ses symptômes associés (stress, anxiété, trouble du sommeil, fatigue...).

Posture du soignant :

Encourager à utiliser si pratiqué par un professionnel de santé.

La personne formée à la pratique, si elle n'est pas médecin, n'établit pas de diagnostic médical, ne fait aucune prescription médicamenteuse, ne donne aucun conseil en homéopathie et phytothérapie et ne demande jamais de suspendre un traitement médical.

MASSO-KINÉSITHÉRAPIE



« Mode d'action » et objectif :

La masso-kinésithérapie consiste en des actes de massage et de gymnastique, réalisés de façon manuelle ou instrumentale, notamment à des fins de rééducation, qui ont pour but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer.

Qui peut le faire ?

Professionnel de santé ayant obtenu le diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute (3 ans de formation).

Avis des professionnels de la prise en charge de la douleur :

Technique reconnue comme étant efficace dans la prise en charge de la douleur et de ses symptômes associés (stress, anxiété, trouble du sommeil, fatigue...).

Posture du soignant :

Encourager à utiliser.

MÉDITATION



« Mode d'action » et objectif :

Technique qui consiste à être seulement dans l'instant présent, concentré sur ses sensations du moment, ne plus être dans l'action.

Qui peut le faire ?

Toute personne formée à la pratique.

Avis des professionnels de la prise en charge de la douleur :

Technique reconnue comme étant efficace dans la prise en charge de la douleur et de ses symptômes associés (stress, anxiété, trouble du sommeil, fatigue...).

Posture du soignant :

Encourager à utiliser sous réserve que cette prise en charge ne dépasse pas les limites et les valeurs du patient.

La personne formée à la pratique n'établit pas de diagnostic médical, ne fait aucune prescription médicamenteuse, ne donne aucun conseil en homéopathie et phytothérapie et ne demande jamais de suspendre un traitement médical.

MÉTHODE FELDENKRAIS



« Mode d'action » et objectif :

La méthode Feldenkrais, issue du judo, conduit à prendre conscience de son corps, à doser ses efforts avec plus de justesse pour le libérer de ses mauvaises habitudes et corriger les postures inappropriées. Elle permet d'affiner ses perceptions, ses sensations, l'image que l'on a de soi-même, de son corps et de ses possibilités. Au fur et à mesure de la pratique, les mouvements deviennent plus faciles et confortables.

Qui peut le faire ?

Toute personne formée à la pratique.

Avis des professionnels de la prise en charge de la douleur :

Technique ayant montré un effet positif pour les patients limités dans leur capacité de mouvement du fait de la douleur ou de mauvaises postures.

Posture du soignant :

Encourager à utiliser.

La personne formée à la pratique n'établit pas de diagnostic médical, ne fait aucune prescription médicamenteuse, ne donne aucun conseil en homéopathie et phytothérapie et ne demande jamais de suspendre un traitement médical.

MICROKINÉSITHÉRAPIE



« Mode d'action » et objectif :

La microkinésithérapie est une technique qui recherche les traces de situations difficiles mémorisées dans les tissus de l'organisme. Cette technique se pratique par contact direct ou à distance des mains afin de stimuler des « mécanismes d'autocorrection ».

Qui peut le faire ?

Un médecin ou un kinésithérapeute formé à cette technique.

Avis des professionnels de la prise en charge de la douleur :

Technique NON reconnue comme étant efficace dans la prise en charge de la douleur et de ses symptômes associés (stress, anxiété, trouble du sommeil, fatigue...).

Posture du soignant :

Manque de données d'efficacité et de risques concernant cette technique permettant au soignant de se positionner sur cette technique.

NEUROSTIMULATION TRANSCUTANÉE (TENS)



« Mode d'action » et objectif :

La neurostimulation électrique transcutanée est une technique antalgique qui utilise les propriétés d'un courant électrique non douloureux transmis au travers d'électrodes placées sur la peau.

Qui peut le faire ?

Professionnels médicaux et paramédicaux formés à la technique.

Une prescription médicale est obligatoire pour réaliser cette technique (location, renouvellement et/ou achat) :

- Médecin exerçant dans une structure de traitement de la douleur.
- Médecin ayant validé un Diplôme Universitaire de prise en charge de la douleur ou une capacité d'évaluation et de traitement de la douleur.

Avis des professionnels de la prise en charge de la douleur :

Technique reconnue comme étant efficace dans la prise en charge de la douleur

Posture du soignant :

Encourager à utiliser.

OSTÉOPATHIE



« Mode d'action » et objectif :

L'ostéopathie est une technique de soins manuelle qui détermine et traite les restrictions de mobilité pouvant être à l'origine de différents troubles dont la douleur.

Qui peut le faire ?

L'ostéopathie est réglementée, ce titre est réservé :

- aux médecins, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes, et infirmiers titulaires d'un diplôme universitaire ou interuniversitaire,
- aux titulaires d'un diplôme délivré par un établissement agréé dans les conditions prévues par le décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie.

Avis des professionnels de la prise en charge de la douleur :

Technique reconnue comme étant efficace dans la prise en charge de la douleur et de ses symptômes associés (stress, anxiété, trouble du sommeil, fatigue...).

Posture du soignant :

Encourager à utiliser.

PHYTOTHÉRAPIE



« Mode d'action » et objectif :

La phytothérapie est l'utilisation de plantes ou de produits en contenant à des fins thérapeutiques.

Qui peut le faire ?

Un professionnel de santé formé.

La pratique de la phytothérapie est reconnue comme une médecine à part entière par le Ministère de la Santé.

Avis des professionnels de la prise en charge de la douleur :

Technique reconnue comme étant efficace dans la prise en charge de la douleur et de ses symptômes associés (stress, anxiété, trouble du sommeil, fatigue...).

Posture du soignant :

Encourager à utiliser seulement si les interactions médicamenteuses potentielles avec le reste du traitement ont été vérifiées et si l'achat se fait en pharmacie ou en herboristerie (pas d'achats sur internet, marchés et autres commerces : risques importants de toxicité dans les produits de contrefaçons).

PSYCHOMOTRICITÉ



« Mode d'action » et objectif :

La psychomotricité aide les personnes confrontées à des difficultés psychologiques exprimées par le corps à ressentir son corps autrement qu'à travers la douleur à l'aide d'exercices physiques.

Qui peut le faire ?

Le psychomotricien est un professionnel de santé paramédical titulaire d'un diplôme d'Etat délivré par le Ministère de la Santé à l'issue de trois années d'étude.

La psychomotricité s'exerce sur prescription médicale.

Avis des professionnels de la prise en charge de la douleur :

Technique reconnue comme étant efficace dans la prise en charge de la douleur et de ses symptômes associés (stress, anxiété, trouble du sommeil, fatigue...).

Posture du soignant :

Encourager à utiliser.

QI GONG



« Mode d'action » et objectif :

Cette gymnastique orientale vise la maîtrise du mouvement du corps et du souffle pour libérer l'esprit et les tensions. Le Qi Gong, issu de la culture traditionnelle chinoise, signifie « travail et maîtrise de l'énergie ». Cette technique vise un épanouissement personnel, un accès au bien-être, un entretien de la santé, une harmonie entre le corps et l'esprit, un équilibre général entre les parties du corps et les systèmes qui le composent.

Qui peut le faire ?

Toute personne formée à la pratique.

Avis des professionnels de la prise en charge de la douleur :

Technique reconnue comme étant efficace dans la prise en charge de la douleur et de ses symptômes associés (stress, anxiété, trouble du sommeil, fatigue...).

Posture du soignant :

Encourager à utiliser.

La personne formée à la pratique n'établit pas de diagnostic médical, ne fait aucune prescription médicamenteuse, ne donne aucun conseil en homéopathie et phytothérapie et ne demande jamais de suspendre un traitement médical.

RÉFLEXOLOGIE



« Mode d'action » et objectif :

La réflexologie s'appuie sur les grands principes de la médecine asiatique : yin et yang, en utilisant les méridiens énergétiques en stimulant certains endroits du corps bien précis pour provoquer l'action souhaitée sur l'organisme et rétablir l'équilibre énergétique du corps.

La réflexologie travaille sur l'ensemble du corps ou sur une partie seulement par pression manuelle (sans aiguille). Elle agit par pression sur les zones réflexes qui correspondent aux différents organes et parties du corps.

La réflexologie la plus répandue est la réflexologie plantaire. Elle est basée sur le principe suivant : le pied est la représentation miniaturisée du corps humain, à chaque « point réflexe » correspondent un organe, une glande ou une partie spécifique du corps. Cependant, il existe d'autres réflexologies, telles que celle du visage, celle des mains, ...

Qui peut le faire ?

Toute personne formée à la pratique, de préférence un professionnel de santé.

Avis des professionnels de la prise en charge de la douleur :

Technique reconnue comme étant efficace dans la prise en charge de la douleur.

Posture du soignant :

Encourager à utiliser.

La personne formée à la pratique n'établit pas de diagnostic médical, ne fait aucune prescription médicamenteuse, ne donne aucun conseil en homéopathie et phytothérapie et ne demande jamais de suspendre un traitement médical.

REIKI



« Mode d'action » et objectif :

Le Reiki est une méthode japonaise de transmission d'énergie par contact direct ou à distance des mains dans le but de faciliter « l'auto-guérison ».

Qui peut le faire ?

Une personne formée à la technique, de préférence un professionnel de santé.

Avis des professionnels de la prise en charge de la douleur :

Technique NON reconnue comme étant efficace dans la prise en charge de la douleur mais pouvant agir sur les symptômes associés (stress, anxiété, trouble du sommeil, fatigue...).

Posture du soignant :

Peu de données permettant d'encourager à utiliser.

RELAXATION PROGRESSIVE DE JACOBSON



« Mode d'action » et objectif :

Méthode basée sur l'alternance de contraction et de relâchement musculaire pour prendre conscience des sensations produites par la tension et la détente. Cette relaxation est dite progressive car les groupes musculaires sont détendus les uns après les autres ; l'objectif étant de provoquer la détente musculaire qui va engendrer la détente psychique.

Qui peut le faire ?

Un professionnel de santé ou de la psyché formé à la pratique.

Avis des professionnels de la prise en charge de la douleur :

Technique reconnue comme étant efficace dans la prise en charge de la douleur et de ses symptômes associés (stress, anxiété, trouble du sommeil, fatigue...).

Posture du soignant :

Encourager à utiliser.

RÉSONNANCE ÉNERGÉTIQUE PAR STIMULATION CUTANÉE (RESC)



« Mode d'action » et objectif :

La Résonance Energétique par Stimulation Cutanée ou RESC est une méthode basée sur les fondements de la médecine énergétique chinoise.

Elle se pratique par un contact cutané qui permet au thérapeute d'identifier des messages perçus dans l'espace liquidien et tissulaire du corps afin d'en évaluer la fluidité et de la rétablir si nécessaire.

Qui peut le faire ?

Un professionnel de santé médical ou paramédical formé à la pratique.

Avis des professionnels de la prise en charge de la douleur :

Technique reconnue comme étant efficace dans la prise en charge de la douleur et ses symptômes associés chez le nouveau-né.

Cette technique est pratiquée chez les adultes notamment dans les établissements de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille et les Hospices Civils de Lyon.

Posture du soignant :

Encourager à utiliser.

La personne formée à la pratique n'établit pas de diagnostic médical, ne fait aucune prescription médicamenteuse, ne donne aucun conseil en homéopathie et phytothérapie et ne demande jamais de suspendre un traitement médical.

RESTRICTIONS ALIMENTAIRES SPÉCIFIQUES



« Mode d'action » et objectif :

Diminuer ou retirer de son alimentation un ou des composants alimentaires à des fins antalgiques.

Qui peut le faire ?

Le régime doit être instauré uniquement après diagnostic établi par un médecin.

Sa mise en œuvre doit se faire par le patient accompagné d'un médecin nutritionniste ou d'un diététicien.

Avis des professionnels de la prise en charge de la douleur :

Les régimes sans gluten et sans lactose ne sont pas reconnus comme ayant une action directe sur la douleur.

Le régime pauvre en polyamines a démontré son efficacité pour prévenir et réduire l'hypersensibilité à la douleur.

Posture du soignant :

Encourager à utiliser uniquement si la personne présente une intolérance au lactose et/ou au gluten et si prescription médicale pour le régime pauvre en polyamines.

SHIATSU



« Mode d'action » et objectif :

Le shiatsu s'appuie sur les grands principes de la médecine asiatique : yin et yang, en utilisant les méridiens énergétiques en stimulant certains endroits du corps bien précis pour provoquer l'action souhaitée sur l'organisme et rétablir l'équilibre énergétique du corps.

Le shiatsu travaille sur l'ensemble du corps ou sur une partie seulement par pression manuelle (sans aiguille). C'est une discipline énergétique de détente qui consiste en des étirements et des pressions appliquées sur l'ensemble du corps.

Qui peut le faire ?

Toute personne formée à la pratique.

Avis des professionnels de la prise en charge de la douleur :

Technique reconnue comme étant efficace dans la prise en charge de la douleur et de ses symptômes associés (stress, anxiété, trouble du sommeil, fatigue...).

Posture du soignant :

Encourager à utiliser.

La personne formée à la pratique n'établit pas de diagnostic médical, ne fait aucune prescription médicamenteuse, ne donne aucun conseil en homéopathie et phytothérapie et ne demande jamais de suspendre un traitement médical.

SOPHROLOGIE



« Mode d'action » et objectif :

Méthode de relaxation et d'activation du corps et de l'esprit qui favorise la perception positive du corps, de l'esprit et des états émotionnels.

La sophrologie permet d'agir sur les sensations, les émotions, les perceptions, l'orientation dans le temps et l'espace, sur la confiance en soi.

Qui peut le faire ?

Un professionnel de santé ou de la psyché formé à la pratique.

Avis des professionnels de la prise en charge de la douleur :

Technique reconnue comme étant efficace dans la prise en charge de la douleur et de ses symptômes associés (stress, anxiété, trouble du sommeil, fatigue...).

Posture du soignant :

Encourager à utiliser.

STRETCHING



« Mode d'action » et objectif :

Le stretching est une méthode d'entraînement qui consiste à étirer la musculature. Sa pratique régulière permet d'améliorer la mobilité articulaire.

Qui peut le faire ?

Toute personne formée à la pratique.

Avis des professionnels de la prise en charge de la douleur :

Peu d'études retrouvées concernant l'efficacité du Stretching dans la prise en charge de la douleur chronique mais effet positif sur la capacité motrice et sur les contractures musculaires.

Posture du soignant :

Encourager à utiliser avec, de préférence, un kinésithérapeute.

TAI CHI CHUAN



« Mode d'action » et objectif :

Cette gymnastique orientale, qui s'apparente aux arts martiaux, vise la maîtrise du mouvement du corps et du souffle pour libérer l'esprit et les tensions. Le Tai Chi Chuan signifie « Art de longue vie » et repose sur les principes énergétiques de la médecine chinoise. Il vise à éliminer les tensions afin de libérer les articulations, améliorer le souffle et l'endurance.

Qui peut le faire ?

Toute personne formée à la pratique.

Avis des professionnels de la prise en charge de la douleur :

Technique reconnue comme étant efficace dans la prise en charge de la douleur et de ses symptômes associés (stress, anxiété, trouble du sommeil, fatigue...).

Posture du soignant :

Encourager à utiliser.

La personne formée à la pratique n'établit pas de diagnostic médical, ne fait aucune prescription médicamenteuse, ne donne aucun conseil en homéopathie et phytothérapie et ne demande jamais de suspendre un traitement médical.

THÉRAPIES COGNITIVES ET COMPORTEMENTALES (TCC)



« Mode d'action » et objectif :

Les Thérapies Cognitives et Comportementales sont des techniques de psychothérapie « brève » (nombre de séances limité).

L'objectif est de comprendre sa façon de fonctionner habituellement et d'apprendre à s'adapter différemment pour modifier son comportement vis-à-vis de la situation douloureuse sans en rechercher l'origine.

Qui peut le faire ?

Un professionnel de santé ou de la psyché formé à la pratique.

Avis des professionnels de la prise en charge de la douleur :

Technique reconnue comme étant efficace dans la prise en charge de la douleur et de ses symptômes associés (stress, anxiété, trouble du sommeil, fatigue...).

Posture du soignant :

Encourager à utiliser.

THÉRAPIE QUANTIQUE INTÉGRATIVE



« Mode d'action » et objectif :

La thérapie quantique identifie et rétablit les champs électromagnétiques altérés par la pathologie.

Qui peut le faire ?

Toute personne formée à la pratique.

Avis des professionnels de la prise en charge de la douleur :

Technique NON reconnue comme étant efficace dans la prise en charge de la douleur et de ses symptômes associés (stress, anxiété, trouble du sommeil, fatigue...).

Posture du soignant :

Aucune donnée d'efficacité et de risques concernant cette technique permettant au soignant de se positionner sur cette technique.

Le praticien n'établit pas de diagnostic médical, ne fait aucune prescription médicamenteuse, ne donne aucun conseil en homéopathie et phytothérapie et ne demande jamais de suspendre un traitement médical.

TOUCHER RELATIONNEL



« Mode d'action » et objectif :

Le toucher relationnel est une méthode manuelle de stimulation cutanée ayant pour objectif d'atténuer la douleur, d'induire la relaxation, ou d'améliorer la circulation sanguine.

Qui peut le faire ?

Un professionnel de santé formé à la pratique.

Avis des professionnels de la prise en charge de la douleur :

Technique reconnue pour apporter un bien être global pouvant améliorer la prise en charge de la douleur et de ses symptômes associés (stress, anxiété, trouble du sommeil, fatigue...).

Posture du soignant :

Encourager à utiliser.

TRAINING AUTOGÈNE DE SCHULTZ



« Mode d'action » et objectif :

Technique d'autohypnose basée sur le relâchement musculaire et la concentration sur les sensations corporelles dans le but d'entraîner une détente physique et psychique.

L'expression « training autogène » signifie « s'entraîner soi-même » ; la personne apprend avec un professionnel et ensuite pratique seule.

Qui peut le faire ?

Un professionnel de santé ou de la psyché formé à la pratique.

Avis des professionnels de la prise en charge de la douleur :

Technique reconnue comme étant efficace dans la prise en charge de la douleur et de ses symptômes associés (stress, anxiété, trouble du sommeil, fatigue...).

Posture du soignant :

Encourager à utiliser.

YOGA



« Mode d'action » et objectif :

Cette gymnastique orientale vise la maîtrise du mouvement du corps et du souffle pour libérer l'esprit et les tensions. Le yoga est enraciné dans la philosophie indienne et représente une pratique spirituelle traditionnelle indienne depuis des millénaires.

Qui peut le faire ?

Toute personne formée à la pratique.

Avis des professionnels de la prise en charge de la douleur :

Technique reconnue comme étant efficace dans la prise en charge de la douleur et de ses symptômes associés (stress, anxiété, trouble du sommeil, fatigue...).

Posture du soignant :

Encourager à utiliser.

La personne formée à la pratique n'établit pas de diagnostic médical, ne fait aucune prescription médicamenteuse, ne donne aucun conseil en homéopathie et phytothérapie et ne demande jamais de suspendre un traitement médical.

Faculté de Pharmacie,

Université Joseph Fourier Grenoble I.



Serment de Galien

« Je jure en présence des Maîtres de la Faculté, des Conseillers de l'Ordre des Pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque ».



RESUME

Mlle AMIEL Julie

ÉCLAIRER ET PARTAGER SUR LES APPROCHES NON MÉDICAMENTEUSES VISANT À SOULAGER LA DOULEUR CHRONIQUE : Conception d'une offre éducative à destination des patients et des professionnels de santé

RESUME :

Les patients douloureux chroniques sont de plus en plus nombreux à se tourner vers des approches non médicamenteuses. Cependant, la plupart d'entre elles sont méconnues des professionnels de santé, ce qui les met en difficulté face aux demandes des patients. Les offres éducatives existantes n'abordent pas cette thématique. Ce travail propose la création d'une séance éducative sur les approches non médicamenteuses à destination des patients et des professionnels de santé.

Pour chacune des approches, une analyse bibliographique a été réalisée afin d'évaluer leur efficacité et tolérance dans la douleur chronique. Puis, des avis d'experts et de patients ont été sollicités afin de construire la séance éducative.

Quarante-quatre approches ont été répertoriées. Trois outils pédagogiques intégrant le même contenu ont été proposés pour l'animation de séances éducatives : un livret d'informations à destination des professionnels de santé, un jeu de cartes, et un classeur contenant une fiche spécifique pour chaque approche non médicamenteuse à destination des patients. Afin d'évaluer l'offre éducative, deux séances d'éducation thérapeutique ont été organisées dans un centre hospitalier. D'après les premiers résultats, les professionnels se sentent mieux armés pour aborder cette thématique non conventionnelle. Les patients, quant à eux, ont un espace d'échanges pour confronter leurs connaissances, leurs croyances, apprendre sur ces approches complémentaires dans un cadre sécurisé.

Une évaluation à plus grande échelle, dans des centres de taille et d'organisation différentes, auprès d'un plus grand nombre de patients, permettra de faire évoluer l'offre proposée.

LES MOTS CLES :

Approches non médicamenteuses ; Médecines Complémentaires et Alternatives ; Douleur chronique ; Education Thérapeutique du Patient ; Séance éducative ; Outils pédagogiques.

ADRESSE : [Données à caractère personnel]

FILIERE : Pharmacie