

MASTER STAPS

ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE POUR LA SANTE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2021-2022

MEMOIRE

TITRE : La prise en charge en Activités Physiques Adaptées, et en Education Thérapeutique du Patient, chez les patients hospitalisés en cure de kétamine pour des douleurs chroniques

PRESENTE PAR : MAËLISS COLLETER

SOUS LA DIRECTION DE : PR GEORGE BAQUET

SOUTENU LE 22 / 06 / 2022

DEVANT LE JURY : PR CLAUDINE FABRE
PR PATRICK MUCCI
PR GEORGE BAQUET

Remerciements

Je souhaite remercier l'ensemble des équipes des services de Binic, Benodet, Cancale, USCPO et du centre anti-douleur de la clinique mutualiste La Sagesse de Rennes pour ce stage qui fut une incroyable expérience, pleine d'apprentissages, de partages et de rencontres.

Plus particulièrement, un grand merci aux Dr Busnel et Dr Lepicard pour l'opportunité de réaliser ce stage. Cette expérience m'a été en tout point bénéfique et restera un véritable tremplin pour ma vie professionnelle future.

Une profonde reconnaissance à Betty pour son accueil, sa présence et son soutien. Merci d'avoir pris le temps de répondre à toutes mes interrogations et de m'avoir transmis ton expérience et tes connaissances. Ce fut une grande chance de t'avoir eu comme collègue.

Je remercie également les kinésithérapeutes de la clinique pour leur disponibilité, leur aide et leur bienveillance. J'ai eu plaisir à venir et à échanger avec vous, et cela, à permis la réalisation de ce stage dans un environnement chaleureux.

Enfin, un grand merci à M. Baquet pour le suivi tout au long de l'année ainsi que le temps pris pour me conseiller. Cela m'a permis d'alimenter ma réflexion et ainsi d'avancer efficacement dans la réalisation de ce stage et de ce mémoire.

Sommaire

I : GLOSSAIRE	4
II : INTRODUCTION	8
III : REVUE DE LITTERATURE	10
A : LA DOULEUR CHRONIQUE ET SES CONSEQUENCES	10
B : LA PRISE EN CHARGE MEDICALE	11
C : LES INTERVENTIONS MULTIMODALES	12
D : LES ACTIVITES DE DEVELOPPEMENT ET D'ENTRETIEN DE SOI (ADES)	13
<i>D1 : Thérapies physiques</i>	<i>14</i>
Le yoga	14
Le pilâtes	15
Mécanismes physiologiques	15
<i>D2 : Thérapies psychosomatiques</i>	<i>16</i>
Relaxation	16
Cohérence cardiaque	16
Méditation de pleine conscience	16
Mécanismes physiologiques	16
E : EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT	17
V : METHODOLOGIE	19
A : POPULATION ET CONSTITUTION DES GROUPES	19
B : EVALUATION	19
C : PROGRAMMATION DU CYCLE D'ACTIVITES	20
D : VARIABLES	21
E : STATISTIQUES	21
VI : RESULTATS	22
VII : DISCUSSION	26
A : INTENSITE DE LA DOULEUR PERÇUE	26
B : CAPACITE FONCTIONNELLE PERÇUE	26
C : RETENTISSEMENT SOCIAL PERÇU	28
D : ETAT PSYCHOLOGIQUE PERÇU	28
E : LIMITES DE L'ETUDE	30
VIII : CONCLUSION	30

IV : PROJET PROFESSIONNEL	31
A : APPORT DU STAGE DANS LA MISE EN PLACE DE MON PROJET PROFESSIONNEL	31
B : OBJECTIFS A COURT TERME	34
C : OBJECTIFS A MOYEN TERME	36
D : OBJECTIFS A LONG TERME	37
BIBLIOGRAPHIE	39
WEBOGRAPHIE	49
ANNEXES	55
1 : QUESTIONNAIRE CONCIS DE LA DOULEUR (QCD)	55
2 : SEANCES D'ADES	57
<i>A : Séance d'Ashtanga Vinyasa Yoga</i>	57
<i>B: Séance de pilâtes</i>	60
<i>C: Séance de cohérence cardiaque</i>	61
<i>D : Séance de relaxation Jacobson</i>	61
<i>E : Séance de méditation sur la respiration</i>	62
3 : SEANCES D'ETP	64
4 : RESUME PRESENTATION APA	65
5 : VALIDATION PROJET DE MEMOIRE	66
6 : QUESTIONNAIRE DE MARSHALL	67

I : Glossaire

1 : Kétamine : La kétamine est une structure moléculaire qui est employée dans les traitements médicamenteux en tant qu'anesthésiant ou analgésique (Niesters et coll., 2014).

2 : Analgésiques : Qui atténue ou supprime la sensibilité à la douleur, sans provoquer de perte de conscience (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, CNRTL, 2012).

3 : Bio-psycho-social : Prise en charge qui intègre la santé physique, la santé mentale et comportementale et le fonctionnement, contexte social (Craner et coll., 2016).

4 : Education thérapeutique du patient (ETP) : L'ETP vise à 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 des 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. Cela a pour but de les aider, ainsi que leurs familles, à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer ensemble et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et à améliorer leur qualité de vie. (Organisation Mondiale de la Santé, 1996).

5 : Algologue : Médecin spécialisé dans la prise en charge de la douleur (Vulgaris Médical, 2022).

6 : Nociceptive ; Nociception : Phénomène mis en jeu dans le système nerveux central en réaction à un stimulus douloureux qui active les nocicepteurs (récepteurs de la douleur) (Thomsen, 2022).

7 : Récepteur N-méthyl-D-aspartate (NMDAR) : Récepteur impliqué dans la sensibilisation centrale de la douleur et dans l'apprentissage et la mémorisation (Pickering, 2020).

8 : Synapse : Zone située entre deux neurones (cellules nerveuses) et assurant la transmission des informations de l'une à l'autre (CNRTL, 2012)

9 : Corne dorsale : Partie postérieure de la moelle épinière qui contient les nerfs sensitifs et qui transmet les informations sensitives provenant d'autres parties de l'organisme le long de la moelle épinière jusqu'au cerveau (Maiese, 2022).

10 : Inhibition descendante : Mécanisme d'inhibition des neurones nociceptifs de la corne dorsale provoqué par le cerveau en réaction à des stimulations nociceptives (Le Bars et coll., 1979).

11 : Plastique : Capacité de certains tissus à se reformer et à s'adapter à diverses contraintes (CNRTL, 2012).

12 : Cytokine : Petites protéines qui sont sécrétées par de nombreux types de cellules. Elles jouent un rôle très important dans la régulation des systèmes immunitaires, ainsi que dans le processus d'inflammation (Benveniste, 2014).

13 : Stress endogène : Agression de l'organisme par un agent physique, psychique, émotionnel entraînant un déséquilibre qui doit être compensé par un travail d'adaptation. L'agent ici est endogène ce qui signifie « Qui a sa source dans l'organisme » (CNRTL, 2012).

14 : Opiacé endogène (Opioides) Messagers chimiques produits naturellement par le corps. Ils interviennent notamment dans la régulation de la douleur et de l'humeur (Psychomédia, 2021).

15 : Affect : Ensemble de comportements observables qui expriment un état émotionnel (Psychomédia, 2012).

16 : Déconditionnement physique : Mécanisme expliquant le manque d'activité physique dans le cadre d'une maladie chronique. Il est le résultat d'une inadaptation physique, psychique, voire sociale, souvent involontaire, secondaire à la maladie chronique. Ce processus conduit le malade à cesser progressivement toute activité physique. Il le rend plus vulnérable et le plonge petit à petit dans le cercle vicieux de la dépendance, dégrade sa qualité de vie et entraîne parfois des situations de handicap précoces qui peuvent aboutir à une diminution de l'espérance de vie (Plançon, 2014).

17 : Symptomatologie : Ensemble des symptômes caractéristiques d'une affection (CNRTL, 2012).

18 : Subanesthésique : Dose plus faible que celle qui cause l'anesthésie (Gruffat, 2021).

19 : Etiologie : Etude des causes des maladies (CNRTL, 2012).

20 : Idiopathie : Maladie qui existe par elle-même sans dépendre d'une autre maladie (CNRTL, 2012).

21 : Inotrope : Se dit de l'action de certains nerfs du cœur ou de drogues modifiant les contractions du muscle cardiaque. L'effet inotrope positif est une augmentation des contractions, l'effet inotrope négatif, une diminution (Courrière, 2022).

22 : Tachycardie : Accélération normale ou pathologique du rythme cardiaque (CNRTL, 2012).

23 : Psychotrope : Qui modifie le psychisme et le comportement (CNRTL, 2012).

24 : Psychédélique : Qui est provoqué par l'absorption de drogues hallucinogènes et consiste en un débordement délirant des idées et une distorsion des faits et des images réelles, qui peuvent aller jusqu'aux hallucinations psycho-sensorielles (CNRTL, 2012).

25 : Holistique : Doctrine qui ramène la connaissance du particulier, de l'individuel à celle de l'ensemble, du tout dans lequel il s'inscrit (CNRTL, 2012).

26 : Pathogénèse : Étude de la naissance et du développement des états pathologiques (CNRTL, 2012).

27 : Somatique : Qui concerne le corps, qui est organique, qui provient de causes physiques (CNRTL, 2012).

28 : Phosphorylation : La phosphorylation consiste en l'ajout, d'un groupement phosphate à une molécule organique (ici NMDAR), ce qui augmente l'énergie potentielle de cette dernière et la passe dans un état actif (CNRTL, 2012).

29 : Sérotonine : Neurotransmetteur du système nerveux central intervenant dans de nombreuses fonctions physiologiques comme par exemple le sommeil, l'humeur, la dépression (Hamon, 2022).

30 : Sympatho-surrénalienne : Le système sympatho-surrénalien est une connexion physiologique entre le système nerveux sympathique et la médullosurrénale, une glande endocrine située au-dessus des reins (Psychomédia, 2018).

31 : Noradrénaline : neurotransmetteur du système nerveux sympathique et hormone libérée dans le sang au niveau des glandes médullosurrénales. En cas de stress ou d'effort physique, elle favorise ainsi l'excitation, la vigilance, l'apprentissage. La libération de noradrénaline entraîne une activation des fonctions de l'organisme (Hanoune, 2022).

32 : Système nerveux parasympathique : Le système nerveux parasympathique est responsable des fonctions involontaires de l'organisme, destiné à tempérer les fonctions neurologiques inconscientes du corps. L'action du système nerveux parasympathique s'oppose à celle du système sympathique en s'occupant de ralentir les fonctions de l'organisme dans un objectif d'économiser de l'énergie (Galinier-Warrain, 2021).

33 : Habilitante : Rendre (quelqu'un) apte à (faire quelque chose) (CNRTL, 2012).

34 : Fibromyalgie : Affection chronique caractérisée par des douleurs diffuses persistantes. Le plus souvent, ces douleurs sont associées à d'autres signes évocateurs comme une fatigue intense, des troubles du sommeil, etc. (Ameli, 2021).

35 : Randomisation : Procédé selon lequel l'attribution d'un traitement à une personne se prêtant à la recherche est réalisée de façon aléatoire, en vue de réduire les biais dans la réalisation de la recherche en ayant des groupes homogènes (Marcault, 2010).

36 : Echelles numériques : Echelle d'auto-évaluation, comprend 11 chiffres alignés horizontalement, compris entre 0 et 10. Elle est présentée au patient, qui entoure le chiffre correspondant à l'intensité évaluée de la douleur par exemple (Antalvite, 2021).

37 : Capacité fonctionnelle : La capacité fonctionnelle reflète l'aptitude à accomplir les activités de la vie quotidienne qui nécessitent le métabolisme aérobie (Arena et coll., 2007).

II : Introduction

Ce mémoire rend compte du stage réalisé à la Clinique Mutualiste de La Sagesse (Rennes) qui s'est déroulé au sein du pôle de prise en charge de la douleur chronique.

Les syndromes douloureux chroniques touchent une grande partie de la population générale (environ 1 adulte sur 5), ce qui équivaut à 10 millions de personnes en France (Breivik et coll., 2006). Ses impacts au niveau fonctionnel, psychologique, émotionnel et social sur les patients et sur la société en général sont considérables (O'Brien et Breivik, 2011).

Pour les syndromes réfractaires aux traitements de première intention (opioïdes, antidépresseurs, antiépileptiques) une des prises en charge proposée est le traitement sous Kétamine (substance analgésique) en intraveineuse durant une semaine au sein de la clinique (Niesters et coll., 2014). Cependant, la littérature fait état de problèmes (séquelles) et d'un manque d'efficacité de l'utilisation généralisée et à long terme des Analgésiques dans la prise en charge de la douleur chronique (Craner et coll., 2016). De plus, ces traitements ne sont pas toujours adéquats au patient (Tan et coll., 2006). En effet, 70% des patients ne bénéficient pas d'une prise en charge appropriée à leur syndrome (SFETD, 2017). C'est pourquoi, en France, le patient moyen souffrant de douleur chronique est confronté à cette affection depuis 5.7 ans (Boureau, 2004) et environ un cinquième (21 %) depuis 20 ans ou plus (Breivik et coll., 2006). Malheureusement, les solutions à ces problèmes sont insaisissables, les traitements curatifs de la douleur chronique n'existant pas encore. Cela entraîne donc des rencontres cliniques difficiles pour les patients et les prestataires de soins (O'Brien et Breivik, 2011), et une importante détresse individuelle des patients (Kress et coll., 2015).

Pourtant, en parallèle de l'approche médicamenteuse, il existe, dans la prise en charge des syndromes douloureux chroniques, les approches bio-psycho-sociales. L'utilisation et les bénéfices de ces dernières pour le patient ont été démontrés, néanmoins, elles restent sous-utilisées (Breivik et coll., 2006). En effet, peu de patients souffrant de douleurs chroniques sont orientés vers ces approches non-médicamenteuses (Cottrell et coll., 2010). En Europe, seuls environ 20 % d'entre eux bénéficient d'une thérapie physique (compris dans les approches bio-psycho-sociales) dans le cadre de leurs traitements (European Pain Federation, 2016). Ces observations sont valables au sein de la clinique, car, lors des cures, aucune prise en charge autre que médicamenteuse n'est proposée.

Un rapport de la société française d'évaluation et de traitement de la douleur publié en 2017 souligne la fragilité et les difficultés du système actuel de prise en charge de la douleur chronique. En réponse à cela, une liste de mesures à appliquer est présentée dont l'importance de « développer la reconnaissance des approches non-médicamenteuses de la douleur et de l'Education thérapeutique du patient », dans ce sens, les médecins Algologues ont validé ma proposition de développer l'offre de soin pour ces patients au sein de la clinique.

L'activité physique devrait être recommandée à tous les patients souffrant de douleurs chroniques (Ambrose et Golightly, 2015). Mais, la douleur chronique est considérée comme un symptôme, plutôt que comme une maladie à part entière (Pain Alliance Europe, 2017). Elle ne dispose donc pas d'un code de classification internationale des maladies (CIM-10) et aucune documentation officielle (Kress et coll., 2015). Les recommandations de pratique d'activité physique existantes se calquent donc sur des conseils applicables à l'ensemble de la population générale considérée comme étant en bonne santé (ACSM 10, 2018). Ces dernières ne sont donc pas adéquates pour les patients qui ne peuvent pas, en règle générale, pratiquer comme ils le voudraient du fait de leur maladie. De plus, les patients souhaitent bénéficier de soins personnalisés et être impliqués dans l'évaluation et la prise en charge de leurs traitements (Kress et coll., 2015).

Outre le rôle d'amélioration du fonctionnement physique, les Enseignants en Activité Physique Adaptée sont idéalement placés pour fournir des conseils, des explications et une éducation, ainsi que pour encourager et favoriser un retour à une activité normale (Moffett et McLean, 2005). Ils sont également qualifiés pour identifier et prendre en charge les problèmes psycho-sociaux. Leur rôle est donc majeur dans les approches bio-psycho-sociales (Kress et coll., 2015). L'objectif de ce mémoire est alors de présenter une prise en charge en activités physiques adaptées, et en éducation thérapeutique du patient, chez les patients hospitalisés en cure de kétamine pour des douleurs chroniques.

III : Revue de littérature

A : La douleur chronique et ses conséquences

La douleur peut être définie comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée ou ressemblant à celle associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle (Raja et coll., 2020). Le caractère chronique d'une douleur est déterminé à partir d'une durée de plus de trois mois (Treede et coll., 2019) et a des répercussions délétères chez le patient (HAS, 2019).

En effet, une douleur persistante a des causes et conséquences qui entretiennent et majorent la douleur. Dans un premier temps, elles peuvent être fonctionnelles et structurales (Sanders et coll., 2005). Dans les états douloureux chroniques, les stimulations Nociceptives prolongées provoquent l'activation et la régulation à la hausse des Récepteur N-méthyl-D-aspartate (NMDAR) au niveau des Synapses de la Corne dorsale . Cela entraîne un trafic accru et amplifié des signaux douloureux vers le cerveau. Ce phénomène se nomme la sensibilisation centrale (Niesters et coll., 2014). Les patients souffrant de douleurs chroniques présentent alors souvent un défaut dans leur capacité à engager les mécanismes d'Inhibition descendante des signaux nerveux de la douleur (Ossipov et coll., 2010). De plus, des changements Plastiques se produisent dans la moelle épinière avec une activation des cellules immunitaires qui entraînent la libération de Cytokine pro-inflammatoires (Woolf, 2011). Les sensations de douleur et les conséquences de l'état inflammatoire (fatigue et faiblesse physique par exemple) concourent à une baisse de la participation à la vie active du sujet, ce qui a pour conséquence une réduction significative des capacités fonctionnelles et de la condition physique (Sanders et coll., 2005). Dans un second temps, les causes et conséquences peuvent-être aussi psychologiques et émotionnelles. La dépression et l'anxiété sont courantes chez les patients souffrant de douleur chronique (O'Brien et Breivik, 2012). En effet, 90 % d'entre eux signalent des symptômes dépressifs au cours de leur vie (Giesecke et coll., 2005). Les troubles du sommeil et la fatigue sont aussi des symptômes récurrents, les sensations de douleurs altérant l'endormissement, la qualité et quantité de sommeil. Le sommeil non-réparateur est le quatrième retour exprimé le plus fréquent après la douleur, la fatigue et la qualité de vie liée à la santé (Mease et coll., 2009). Les perturbations du sommeil favorisent le Stress endogène et ses conséquences physiologiques et psychologiques avec une altération des systèmes immunitaires (réponse inflammatoire), Opiacé endogène (gestion de la douleur) et des Affects (Finan et coll., 2013).

Cela a donc des effets délétères sur les niveaux de douleur et l'humeur (Ablin et coll., 2013). La fatigue entraîne aussi des raideurs physiques et des déficits de l'attention (Kleinman et coll., 2014).

Et enfin, les causes et conséquences peuvent-être sociales avec des répercussions professionnelles ou scolaires, familiales et un retrait social. 65 % des personnes souffrant de douleurs sévères estiment que leurs activités générales sont entravées par leurs douleurs (National Health and Wellness Survey, 2010). De plus, 36% des personnes sont d'accord pour dire que leur douleur chronique a un impact négatif sur leur famille et leurs amis (Pain Alliance Europe, 2015). Le travail et les relations sont donc compromis (Kress et coll., 2015).

Ces conséquences favorisent à leur tour encore le Déconditionnement physique ainsi que les modifications cognitives et émotionnelles liées à la douleur. C'est le cercle vicieux (HAS, 2019).

B : La prise en charge médicale

La douleur persistante est l'un des motifs les plus courants de recours aux soins médicaux et au vu des nombreuses conséquences, la Symptomatologie est souvent complexe (Hillinger et coll., 2017).

Historiquement, les personnes souffrant de douleur chronique sont traitées par une seule discipline de soins de santé (médicamenteuse) dans des contextes où la collaboration interprofessionnelle fait défaut (Breivik et coll., 2006). Le traitement de la douleur chronique repose sur une approche par essais et erreurs.

Les médecins de la douleur ont commencé à utiliser la kétamine à des doses Subanesthésiques, pour traiter les syndromes de douleur chronique résistants aux traitements de première intention (Niesters et coll., 2014). Cette substance produit une forte analgésie dans les états de douleur, par l'inhibition du NMDAR (Domino et Warner, 2010). La kétamine est donc capable de stopper la sensibilisation centrale (Petrenko et coll., 2003). Elle permet aussi d'activer les voies inhibitrices descendantes provenant du cerveau et d'inhiber les neurones nociceptifs de la corne dorsale. Il y a donc une restauration de l'état des neurones nociceptifs et, par conséquent, un rétablissement de l'équilibre physiologique entre l'inhibition et la facilitation de la douleur (Niesters et coll., 2014). D'autres effets de la kétamine peuvent contribuer à son comportement analgésique tel que les effets anti-inflammatoires (Hirota et Lambert, 2011). Les effets annexes sont une amélioration des symptômes dépressifs (Berman et coll., 2000).

Néanmoins, l'efficacité des traitements pharmacologiques varie considérablement d'un état douloureux chronique à l'autre, souvent en fonction de l'Étiologie ou de l'Idiopathie. Ils sont généralement insatisfaisants pour la douleur chronique (Ambrose et Golightly, 2015). Bien que le soulagement de la douleur soit présent pendant une certaine période suivant le traitement par la kétamine, peu ou pas d'améliorations ont été observées sur le long terme (Sigtermans et coll., 2009). Quel que soit le traitement, seuls 30 à 40 % des patients présentent un soulagement de la douleur adéquat ou bon. Le reste de la population ne montre aucun effet ou répond mal (Dworkin et coll., 2010). Effectivement, des effets secondaires indésirables sont fréquents. Tout d'abord un effet Inotrope négatif direct et un effet stimulant indirect sur le système cardiovasculaire. La stimulation cardiovasculaire se caractérise par une Tachycardie, une hypertension artérielle et pulmonaire et une augmentation du débit cardiaque et de la consommation d'oxygène du myocarde (Sigtermans et coll., 2009). Les autres effets notables sont au niveau du système nerveux central (SNC) avec des conséquences Psychotropes ou Psychédéliques telles que des hallucinations, des troubles de la mémoire et des crises de panique (Bowdle et coll., 1998). Des vertiges, et de la somnolence sont aussi présents (Niesters et coll., 2012).

La nature multidimensionnelle et bio-psycho-sociale de la douleur chronique entraîne donc que toutes les formes d'intervention pertinentes sont nécessaires pour la traiter (UCL school of pharmacy, 2012).

C : Les interventions multimodales

Les conséquences de la douleur chronique impactent les domaines fonctionnels, comportementaux, émotionnels, cognitifs et sociaux. Les stratégies qui intègrent tous ces domaines peuvent fournir une approche Holistique de la gestion des symptômes et des conséquences tout en responsabilisant les patients (Hillinger et coll., 2017). Ces prises en charge complète de la douleur chronique se sont avérées être une alternative cliniquement efficace et rentable au traitement mono disciplinaire (Dysvik et coll., 2010). Un régime d'analgésie multimodale doit être spécifique à la procédure, adaptée à chaque patient et inclure des traitements pharmacologiques et non pharmacologiques (Kaye et coll., 2020). Il est recommandé par l'International Association for the Study of Pain (IASP) comme optimal pour les syndromes douloureux chroniques et, en particulier, pour la prise en charge des patients atteints d'une douleur chronique réfractaire ou en situation complexe.

Cependant, ses interventions sont souvent mises en œuvre plus tard dans le traitement (Kress et coll., 2015). Il est alors important de mettre en place une approche multidisciplinaire précoce, dès le début de la maladie et des traitements (Kress et Casale, 2013). En effet, les patients bénéficieraient d'une utilisation plus rapide des approches bio-psycho-sociales de la douleur (Hill et coll., 2011). Toutefois, les preuves de l'effet de ses approches sur la Pathogenèse de la douleur chronique font défaut, les preuves actuelles étant largement axées sur la symptomatologie. Comme il n'existe pas de traitement curatif pour de nombreuses douleurs chroniques, les traitements s'attaquent aux symptômes tels que la douleur, la réduction de la capacité fonctionnelle, le manque de sommeil, la fatigue, l'immobilité articulaire, le dysfonctionnement cognitif, la dépression et l'anxiété (Ambrose et Golightly, 2015).

Les objectifs thérapeutiques pour un patient atteint d'un syndrome douloureux chronique sont donc essentiellement ré-adaptatifs. Néanmoins, il manque de directives pratiques fondées sur des données probantes pour la prise en charge des différents types de douleurs chroniques (Kress et coll., 2015). Les recherches soutiennent l'efficacité des approches bio-psycho-sociales de la gestion de la douleur. Malgré cela, ces traitements restent sous-utilisés (Craner et coll., 2016). L'intégration du modèle Bio-psycho-social de la douleur dans le plan de soin implique que les thérapies Somatiques et psychologiques devraient être administrées simultanément (Kress et coll., 2015). Un traitement interdisciplinaire biologique, physique, psychologique et social très structuré doit alors être mis en place (Craner et coll., 2016). Les différents groupes d'acteurs correspondants impliqués dans le traitement de la douleur chronique sont connus, mais les interdépendances entre eux ne sont pas claires (Kress et coll., 2015). Outre les traitements pharmacologiques de la douleur, il existe un certain nombre de modalités non-pharmacologiques, qui sont des compléments utiles et des traitements autonomes de la douleur, et qui ont des avantages synergiques, lorsqu'ils sont utilisés en plus des médicaments pour traiter la douleur (Kaye et coll., 2020).

D : Les activités de développement et d'entretien de soi (ADES)

Les ADES sont un ensemble de pratiques comprises dans les approches bio-psycho-sociales de la douleur qui englobe des techniques variées, d'approches corporelles et sensibles visant une libération psychosomatique et une réhabilitation fonctionnelle (Célestin-Lhopiteau et Wanquet-Thibault, 2018).

Les stratégies corps-esprit favorisent les changements structurels et fonctionnels du cerveau. Elles contribuent donc à améliorer les symptômes pour les patients souffrant de douleurs chroniques, en particulier présentant une sensibilisation centrale (Davidson et McEwen, 2012). Ces différentes techniques proposent des mises en situations permettant de mieux ressentir son corps, mieux l'appréhender. C'est-à-dire prendre conscience des états de tension et de relâchement, être conscient de son état de forme physique et psychique et être acteur de sa restructuration ou reconstruction interne. Les exercices proposés contiennent des mouvements précis, lents, doux, progressifs et qui entraînent une habitude de concentration et de centration sur soi et de ses ressentis (Célestin-Lhopiteau et Wanquet-Thibault, 2018). Les ADES comprennent les thérapies basées sur le mouvement (yoga, pilâtes) et la relaxation (Cramer et coll., 2016), et également sur la cohérence cardiaque et la méditation de pleine conscience (Kaye et coll., 2020).

Malheureusement, il n'existe pas d'étude mentionnant la pratique des ADES pendant les cures de kétamine. Les effets de la pratique physique énoncés ci-dessous concernant essentiellement des cadres de prise en charge de la douleur chronique dans sa globalité. Des études de recherche contrôlées sur les effets des approches bio-psycho-sociales, sur les conditions de la douleur et de la psychologie du patient, et sur ces effets à plus long terme, apparaissent nécessaires (Kaye et coll., 2020).

D1 : Thérapies physiques

Le yoga

Le yoga est une pratique physique ayant des effets positifs et peut être pratiqué en toute sécurité. En effet, dans le cadre de la prise en charge de la douleur, la pratique du yoga au sein d'un programme multi-modalité permet de réduire l'intensité de la douleur (Cramer et coll., 2013) et donc l'incapacité associée (Cramer et coll., 2016). La capacité physique, l'équilibre, les symptômes physiologiques, le sommeil et la qualité de vie du patient sont également améliorés (Langhorst et coll., 2012). Par ailleurs, la pratique du yoga apporterait des avantages synergiques lorsqu'elle serait utilisée en parallèle des médicaments pour traiter la douleur (Kaye et coll., 2020). Il existe des preuves de l'efficacité à court terme du yoga pour la douleur chronique (Cramer et coll., 2013), mais le dosage optimal et le type de yoga nécessaire pour produire des résultats cliniques significatifs ne sont toujours pas clairs et établis (Saper et coll., 2014).

Le pilâtes

Les thérapies par le mouvement sont effectuées à une intensité faible et sont bien tolérées chez les patients douloureux (Dobson et coll., 2014). Au-delà de la douleur et de la fonction physique, le pilâtes améliore la mobilité et la flexibilité des articulations (Geneen et coll., 2017). La pratique a aussi un impact positif sur l'affect émotionnel, la dépression et l'anxiété (Gavi et coll., 2014). De plus, une amélioration de la fonction nerveuse et du dysfonctionnement sensoriel a également été retrouvée à la suite d'un programme (Dobson et coll., 2014). Malheureusement, ces résultats ne sont pas bien établis et manquent de conseils sur les stratégies d'adaptation (Kress et coll., 2015).

Mécanismes physiologiques

Les différents effets sur le patient de la pratique des ADES peuvent-être expliqués par les mécanismes suivants. Tout d'abord pour la réduction de la douleur, les études ont déterminé que l'exercice est associé à une activation des voies de modulation de la douleur dans le SNC (inhibition descendante) et une diminution de la Phosphorylation du NMDAR impliqué dans la sensibilisation centrale (Lima et coll., 2017). De plus, l'exercice permet la stimulation du système Erreur ! Source du renvoi introuvable. endogène, ce qui favorise la libération des opiacés endogènes tels que la met-enképhaline et la β -endorphine à action analgésique (Kaye et coll., 2020). Ces derniers, associés à la libération accrue de Sérotonine durant l'activité physique, contribuent également au sentiment de bien-être ressenti par les patients à la suite d'un effort physique et l'amélioration du sommeil (Dobson et coll., 2014). Ce qui impacte positivement les symptômes dépressifs et anxieux (Kelley et coll., 2010). Dans un second temps, l'exercice permet d'atténuer l'état inflammatoire par la hausse de l'activité Sympatho-surrénalienne. Cette dernière augmente la libération de Noradrénaline qui va réduire la libération de cytokines pro-inflammatoires par les cellules du SNC (O'Donnell et coll., 2012). Par ailleurs, la contraction des muscles durant l'activité permet aussi la sécrétion de cytokines (myokines) ayant des propriétés anti-inflammatoires (Brandt et Pedersen, 2010). Nous pouvons donc voir que les effets de l'exercice agissent aux mêmes points que ceux d'un traitement par kétamine.

D2 : Thérapies psychosomatiques

Relaxation

La pratique de la relaxation permet de donner des techniques de gestion des symptômes de la douleur chronique. Les essais cliniques démontrent leur efficacité sur l'intensité de la douleur, la fonction physique et le sommeil (Langhorst et coll., 2013).

Cohérence cardiaque

Cette technique permet d'aider le patient à surveiller lui-même sa réponse à la douleur. La pratique régulière d'un protocole de cohérence cardiaque a été démontrée comme permettant une diminution des comportements d'évitement de la peur, des symptômes d'anxiété, de dépression et une diminution de l'intensité de la douleur (Weeks et coll., 2015).

Méditation de pleine conscience

Les interventions basées sur la méditation de pleine conscience ont montré leur efficacité pour réduire l'intensité de la douleur (Reiner et coll., 2013), tant aiguë que chronique (Dunford et Thompson, 2010). La méditation de pleine conscience peut aussi être utile pour aborder les composantes psychologiques de la douleur qui posent problème aux patients (Zeidan et Vago, 2016). En effet, cela permet d'améliorer, le sommeil, la dépression ainsi que la qualité de vie (Hilton et coll., 2016). Néanmoins, d'autres études bien conçues, rigoureuses et à grande échelle, sont nécessaires pour fournir des estimations décisives de l'efficacité de la méditation de pleine conscience dans le traitement de la douleur (Kaye et coll., 2020).

Mécanismes physiologiques

La relaxation et les protocoles de cohérence cardiaque permettent aux patients une prise de conscience de leurs réponses physiques et cognitives à la douleur (Baral et coll., 2021). En accentuant volontairement la détente musculaire et le contrôle de la respiration, les patients relâchent leur système musculaire et stimulent leur Système nerveux parasympathique, qui à cause du syndrome douloureux et du traitement par la kétamine est inhibé (Jepson, 2008). Ils interrompent donc le cercle vicieux douleur-tension-stress et entraînent une détente du corps (SFETD, 2018). Ces techniques permettent aussi au patient d'avoir un état d'esprit plus positif et une meilleure santé mentale, ce qui a un impact positif sur les symptômes et la perception de la douleur et donc améliore les niveaux de douleur (Sielski et coll., 2016).

De plus, cela donne aux patients un sentiment de contrôle sur leur corps qu'ils avaient perdu. Leur confiance en eux et leur autonomie face aux déclencheurs qui conduisent à la douleur sont favorisées (Jepson, 2008). En apprenant à s'autoréguler, les personnes souffrant de douleurs chroniques peuvent atteindre un meilleur équilibre entre le mode sympathique (activation) et le mode parasympathique (détente) (Lee, 2020).

Par rapport à la méditation de pleine conscience, deux mécanismes ont été proposés pour expliquer pourquoi une atténuation de l'intensité de la douleur était perçue (Hillinger et coll., 2017). La première hypothèse est que la pleine conscience augmente l'acceptation de son état et de soi, ce qui entraîne un changement de comportement qui se traduit par une amélioration de la qualité de vie et une réduction de la douleur. La seconde hypothèse est que la pleine conscience permet de prendre du recul avec les composantes cognitives et émotionnelles de la douleur ce qui influence directement la perception de la douleur à la baisse, ce qui a pour effet de modifier l'autorégulation et d'améliorer la qualité de vie (Reiner et coll., 2013).

E : Education thérapeutique du patient

Les traitements non-pharmacologiques exigent des patients une participation active pendant une période prolongée, souvent toute une vie. Une telle adhésion peut exiger des changements de comportement importants et peut être difficile à réaliser. Cependant, ces activités sont souvent les plus habilitantes et produisent les plus grandes améliorations des symptômes de la douleur et de la qualité de vie globale (Mannerkorpi et Henriksson, 2007).

De nombreux patients disent qu'ils apprécieraient davantage d'informations et de conseils durant leur prise en charge (Kress et coll., 2015). En particulier, il y a un manque de recommandations sur les stratégies d'adaptation à la douleur. Les patients devraient se voir offrir la possibilité de participer aux décisions concernant leur traitement (Nunes et coll., 2009). La prise de décision partagée avec les patients (Parsons et coll., 2011) est très efficace, car elle leur donne un sentiment de contrôle sur leur vie (Nolte et Mckee, 2008).

L'ETP peut être proposé dans toutes les étapes de prise en charge des patients. L'objectif principal n'est pas de soulager la douleur, mais d'apprendre aux patients à gérer leur douleur (Kress et coll., 2015). Il existe de bonnes preuves de l'efficacité de l'ETP dans l'amélioration de l'expérience et de l'adaptation de la douleur, de l'humeur, de la vision négative de la douleur et des niveaux d'activité du patient (Torrance et coll., 2010).

De plus, la prise de conscience de l'impact de leurs propres croyances et attitudes sur la douleur va permettre une réduction de la peur du mouvement et du catastrophisme (Nijs et coll., 2013). Il y a donc une augmentation de l'auto-efficacité fonctionnelle, une amélioration des niveaux de douleur, du handicap et de la dépression du patient à la suite d'un programme d'ETP (Alhowimel et coll., 2021). Le soulagement de la douleur s'accompagne aussi d'une amélioration de la qualité de vie, du stress émotionnel et des résultats comportementaux (Pergolizzi et coll., 2013).

Mais en raison de la méthodologie incohérente entre les études, il est difficile de faire des comparaisons directes et d'obtenir des résultats directs (Alhowimel et coll., 2021).

En résumé, nous pouvons voir que de nombreuses techniques paramédicales de prise en charge du syndrome douloureux chronique existent et que ces dernières présentent des effets similaires aux traitements médicamenteux. Néanmoins, ces techniques étant sous-utilisées et sous-développées, les bénéfices restent peu documentés et étudiés. Dans le cadre des cures de kétamine, peu ou pas d'études existent sur une action combinée de prise en charge médicale et paramédicale et sur les effets ressentis par le patient.

C'est pourquoi, nous pouvons donc nous demander si l'ajout d'ADES et d'ETP pendant les cures de kétamine des patients souffrants de douleur chronique à un effet sur les dimensions bio-psycho-sociales de la douleur.

L'hypothèse est qu'un programme d'ADES et d'ETP permet à court terme ainsi qu'à moyen terme une diminution de l'intensité de la douleur, et une amélioration de la Capacité fonctionnelle, du retentissement social et de la détresse psychologique.

L'objectif de ce travail est d'étudier l'effet sur les scores aux items du questionnaire concis de la douleur (QCD) de la pratique des ADES et de l'ETP pendant les cures de kétamine des patients souffrants de douleurs chroniques.

V : Méthodologie

A : Population et constitution des groupes

Les patients qui ont participé à cette étude ont été recrutés au sein de la clinique, pendant leur hospitalisation sous cure de kétamine dans le cadre de douleurs chroniques. Le critère d'inclusion est d'avoir signé la feuille de consentement de participation à l'étude. Le critère d'exclusion est un certificat de contre-indication à la pratique d'activité physique. La capacité d'accueil de la clinique est de 10 patients maximum par semaine. Les patients sont présents du lundi au vendredi, en hospitalisation complète sur la semaine. 40 patients ont été recrutés. 14 présentent une Fibromyalgie, 9 un syndrome douloureux diffus et 17 un syndrome douloureux localisé. 32 de ses patients sont des femmes et 8 des hommes et la moyenne d'âge est de 46.3 ans +/- 10.2 ans.

Afin d'évaluer l'effet d'un programme d'activités de développement et d'entretien de soi ainsi que d'éducation thérapeutique du patient sur les dimensions bio-psycho-sociales de la douleur, deux groupes ont été construits. La modalité de l'étude est simple avec un échantillon de 40 patients Randomisation aléatoirement en deux groupes. Le groupe expérimental (GE, n=28) qui réalisera le programme durant la semaine de cure et le groupe contrôle (GC, n=12) qui ne réalisera pas de programme.

B : Evaluation

Afin d'évaluer les effets du programme, les patients ont rempli le Questionnaire Concis de la Douleur (QCD, annexe 1) qui est la version française du Brief Pain Inventory (BPI). Ce questionnaire n'est pas validé en français pour le moment et donc un score global ne peut être utilisé. Néanmoins, selon l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES, 1999), le QCD étant composé exclusivement d'Échelles numériques, il est autorisé de coter et considérer chaque item comme indépendant. En effet, l'utilisation d'échelles numériques est validée dans le cadre de la prise en charge de la douleur chronique (HAS, 2007). Les différentes échelles de ce questionnaire permettent de notifier l'impact de la douleur sur le patient et ses dimensions fonctionnelles, sociales, psychologiques.

Afin de pouvoir notifier des éventuels bénéfices du programme après une semaine, les patients des deux groupes, GE et GC, ont complété le questionnaire le lundi matin à leur arrivée (J0) à la clinique, et le vendredi après-midi avant leur départ (J5). Ils ont repassé par la suite le même questionnaire à 1 mois post cure (J35).

La passation du test à 1 mois a pour but de rechercher si après l'arrêt de la prise en charge des patients, les possibles effets obtenus persistent ou non.

C : Programmation du cycle d'activités

Les patients du GE ont réalisé une séance d'ADES par jour et 3 séances d'ETP durant les 5 jours de prise en charge. En effet, la constance de l'activité physique tout au long de la semaine est importante pour les patients atteints de douleurs chroniques (Ambrose et Golightly, 2015).

Les séances ont duré entre 30 min et une heure et se sont déroulés au choix du patient en individuel ou collectif. En effet, aucun type d'exercice (de groupe ou individuel) n'est plus bénéfique que d'autre (Kaye et coll., 2020). Néanmoins, les séances abordant les techniques d'autogestion de la douleur telles que les activités de relaxation psychophysiologique, ont été enseignées en groupe. Celles-ci ont permis de lutter contre l'isolement social qui accompagne souvent les patients atteints de douleurs chroniques (Craner et coll., 2016).

L'évolution de l'intensité des séances au cours du programme d'ADES s'est faite en fonction de la progression des patients et selon leur choix. En effet, les patients souffrant de douleurs chroniques réussissent et progressent mieux lorsqu'ils peuvent choisir eux-mêmes une intensité d'exercice que celle suggérée par les directives standard (Jones et coll., 2006). Toutefois, de manière assez uniforme, les exercices d'intensité faible à modérée, définis comme 50 à 60 % de la fréquence cardiaque maximale, ont tendance à améliorer les symptômes de la douleur chronique (Ambrose et Golightly, 2015). Cette fourchette d'intensité d'exercice a été utilisée pour les patients, tout en tenant compte de la valeur modifiée des données cardiaques du fait du traitement par kétamine (cf effets indésirables).

Les patients ont pu choisir chaque jour, pour leur séance, quelle ADES pratiquer, à savoir, soit du yoga, du pilâtes, de la cohérence cardiaque, de la relaxation et de la méditation (annexe 2). En effet, l'état physique et psychologique des patients pendant la cure est très fluctuant du fait des variations des symptômes de la maladie, mais aussi des réponses aux traitements (Ambrose et Golightly, 2015). Un programme fixe d'AP n'était donc pas pertinent. Par ailleurs, laisser le choix de l'activité (à même niveau d'intensité) de la séance au patient a été démontré comme bénéfique pour l'amélioration des symptômes de la douleur chronique (Kaleth et coll., 2013).

Par rapport à l'ETP, il sera réalisé en informel au cours de la séance d'ADES et en formel le mardi, mercredi et jeudi après-midi (annexe 3). L'objectif général choisi est de permettre au patient ayant des douleurs chroniques de mieux gérer sa douleur afin de diminuer le retentissement sur sa vie quotidienne.

Afin de s'assurer que tous les patients réalisent le même programme et que les données des questionnaires soient comparables, les différentes séances (5 en tout) seront tout de même préparées et devront toutes être réalisées durant la semaine. Les patients auront donc le choix du jour de la séance.

D : Variables

Les variables indépendantes de cette étude sont les deux groupes de patients qui sont caractérisés par la pratique ou non d'une activité physique et la participation à des séances d'ETP pendant la phase de cure (GE ou GC). Les variables dépendantes sont les scores relevés des échelles indépendantes numériques présentes au sein du questionnaire concis de la douleur.

E : Statistiques

Pour l'ensemble des tests réalisés, nous utiliserons le logiciel Jamovi 1.6 (The Jamovi project, Sydney, Australia). Dans un premier temps, la normalité de toutes les données sera vérifiée avec le test de Shapiro-Wilk. Si l'hypothèse nulle (H0) n'a pas été rejetée, la vérification de l'homogénéité des données sera contrôlée avec le test de Levene. Le degré de significativité retenu pour tous les tests est $p < 0.05$.

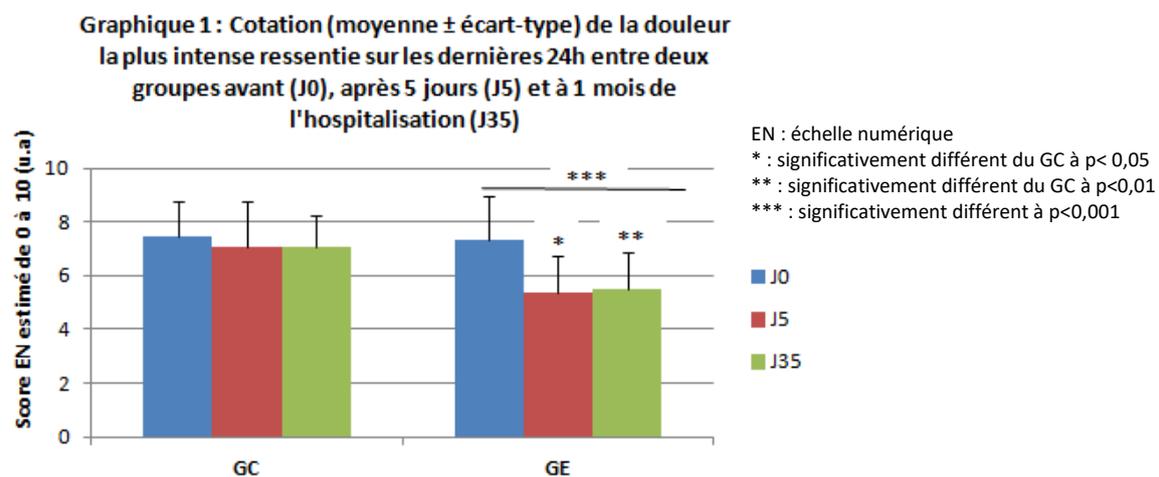
Les variables dépendantes relevées des échelles indépendantes numériques présentes au sein du questionnaire concis de la douleur sont non paramétriques. Afin d'évaluer les effets d'un programme d'ADES et d'ETP sur les dimensions bio-psycho-sociales de la douleur du patient, nous réalisons donc une ANOVA à mesures répétées. De ce fait, les données récoltées proviennent de deux échantillons (GE et GC) avec des mesures répétées (réponses au questionnaire à J0 ; J5 ; J35). Si l'effet d'interaction entre les facteurs est significatif, alors nous réaliserons un test post hoc de Bonferroni afin de connaître lequel.

VI : Résultats

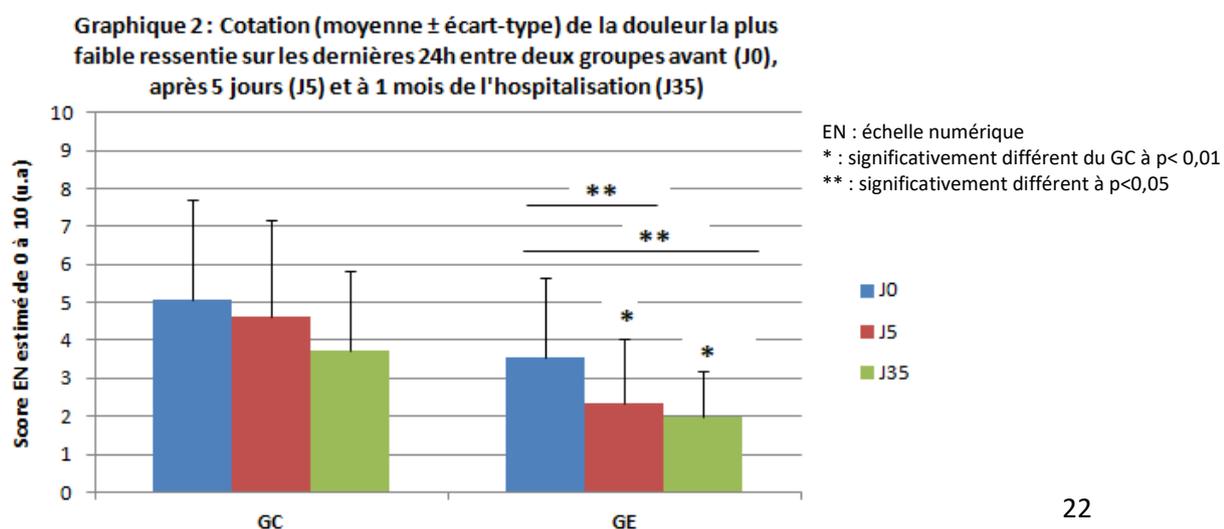
La distribution des variables n'étant pas normale, une ANOVA à mesures répétées de Friedman (groupe*temps) a été utilisée, afin d'évaluer les effets des programmes sur les dimensions bio-psycho-sociales de la douleur du patient.

Les effets d'un programme d'ADES et de l'ETP sur l'intensité de la douleur perçue à court et moyen terme sont présentés dans les graphiques 1 et 2.

Concernant la plus intense douleur perçue, les patients du GE évaluent significativement ($p < 0,05$ et $p < 0,01$, respectivement) la douleur comme étant plus faible à J5 (-23,9%) et à J35 (22,4%) comparé aux patients du GC. De plus, la douleur perçue est significativement diminuée ($p < 0,001$) pour les patients du GE à J5 (-26,7%) et à J35 (-25,2%).

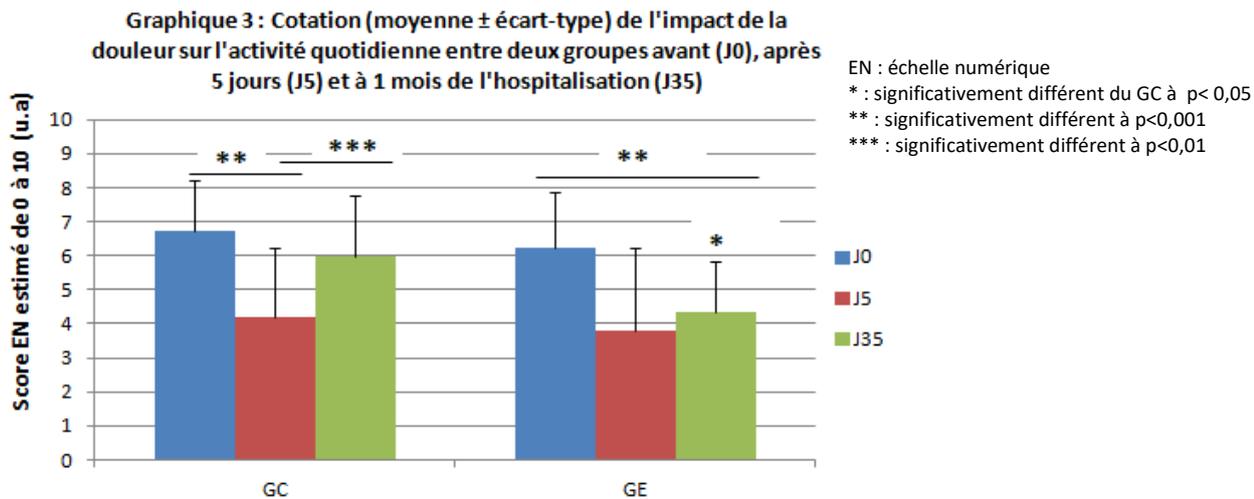


Concernant la plus faible douleur perçue, les patients du GE évaluent significativement ($p < 0,01$) la douleur comme étant plus faible à J5 (-49,9%) et à J35 (-47,3%) comparé aux patients du GC. De plus, la douleur perçue est significativement diminuée ($p < 0,05$) pour les patients du GE à J5 (-35%) et à J35 (-45%).

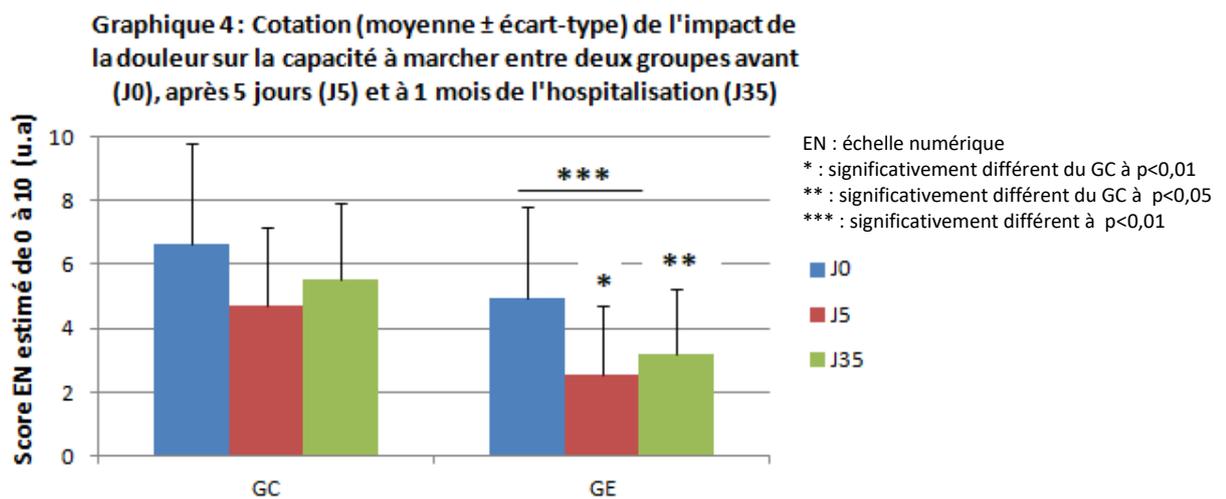


Les effets d'un programme d'ADES et d'ETP sur la Capacité fonctionnelle perçue à court et moyen terme sont présentés dans les graphiques 3 et 4.

Concernant l'activité quotidienne, les patients du GE évaluent significativement ($p < 0,05$) l'impact de la douleur plus faible à J35 (-27,9%) comparé aux patients du GC. De plus, l'impact de la douleur sur l'activité quotidienne est significativement diminué ($p < 0,001$) à J5 pour le GE (-39,4%) et pour le GC (-37,8%). Enfin, les patients du GC cotent significativement ($p < 0,01$) l'impact de la douleur sur l'activité quotidienne à J35 (+30%) par rapport à J5.

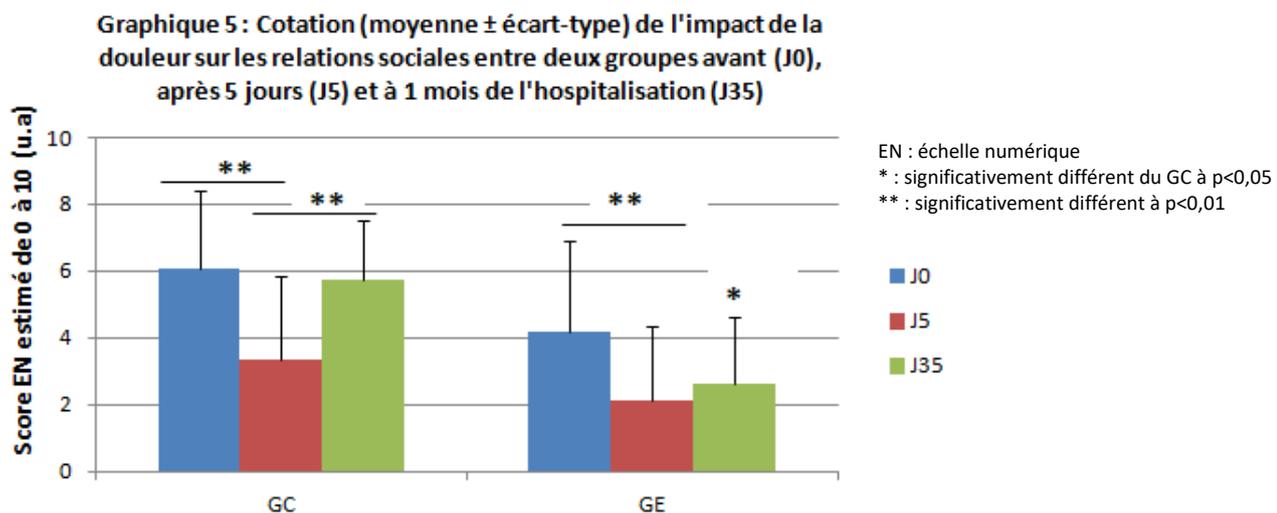


Concernant la capacité à marcher, les patients du GE évaluent significativement ($p < 0,01$ et $p < 0,05$, respectivement) l'impact de la douleur plus faible à J5 (-46,5%) et à J35 (-42,7%) comparé aux patients du GC. De plus, l'impact de la douleur sur la capacité à marcher est significativement ($p < 0,01$) diminué pour les patients du GE à J5 (-48,5%).



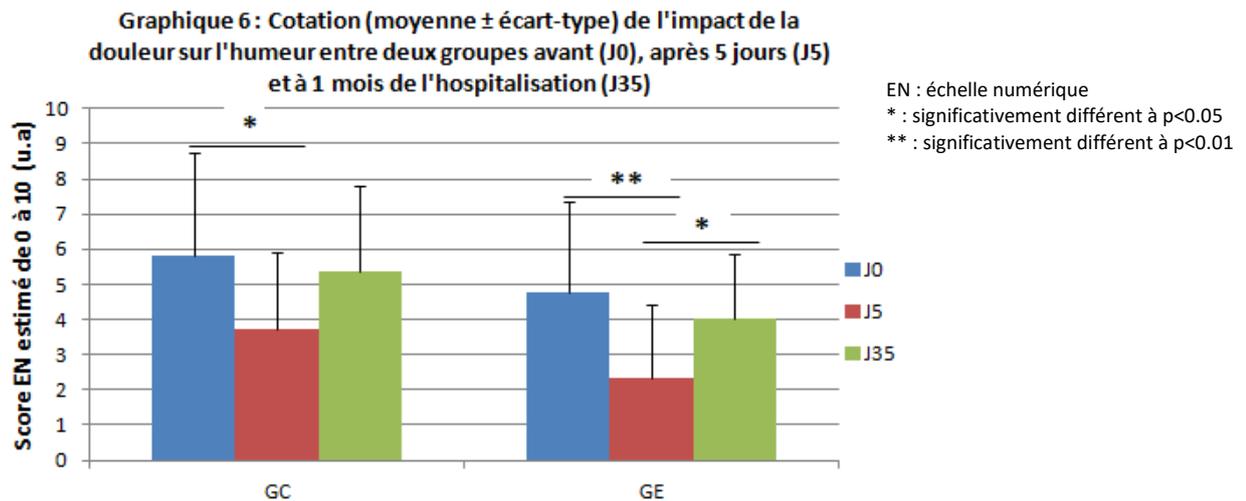
Les effets d'un programme d'ADES et d'ETP sur le retentissement social perçu du patient à court et moyen terme sont présentés dans le graphique 5.

Concernant les relations avec les autres, les patients du GE cotent significativement ($p < 0,05$) l'impact de la douleur plus faible à J35 (-53,8%) comparé aux patients du GC. De plus l'impact de la douleur sur les relations sociales est significativement diminué ($p < 0,01$) pour les 2 groupes à J5 (-49,6% pour le GE et -44,7% pour le GC). Enfin, les patients du GC cotent significativement ($p < 0,01$) l'impact de la douleur sur les relations avec les autres plus élevé à J35 (+39,3%) comparé à J5.

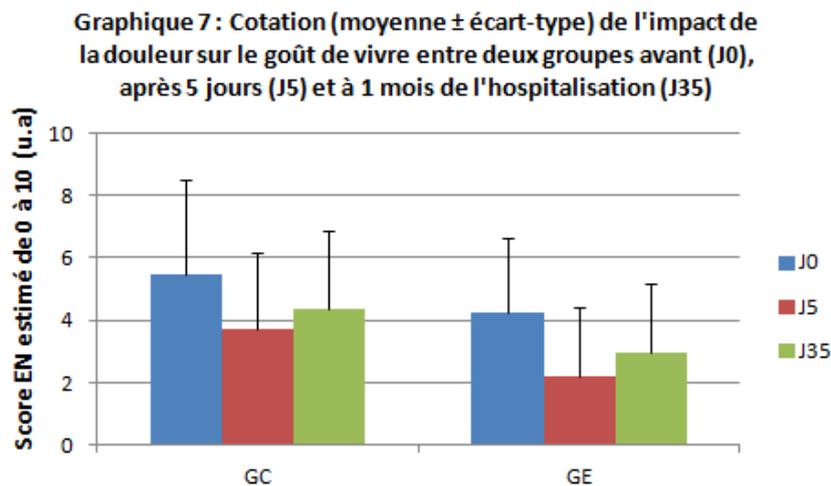


Les effets d'un programme d'ADES et d'ETP sur l'état psychologique perçu du patient à court et moyen terme sont présentés dans les graphiques 6 et 7.

Concernant l'humeur, les patients des 2 groupes cotent significativement ($p < 0,01$ et $p < 0,05$, respectivement) à J5 l'impact de la douleur plus faible pour le GE (-51,1%) et pour le GC (-35,9%). De plus, les patients du GE cotent significativement ($p < 0,05$) l'impact de la douleur sur l'humeur plus élevé à J35 par rapport à J5 (+42%).



Concernant le goût de vivre, les résultats ne sont pas significatifs pour aucun des groupes. Il n'y a donc pas d'effet d'un programme d'ADES et d'ETP sur le goût de vivre du patient.



VII : Discussion

A : Intensité de la douleur perçue

D'après les résultats, les patients ayant pratiqué des ADES et de l'ETP pendant la cure ressentent des douleurs significativement plus faibles à la fin de l'hospitalisation ainsi qu'à 1 mois par rapport aux patients n'ayant pas pratiqué. Un programme d'ADES et d'ETP lors des cures de kétamine pour les patients atteints de douleurs chroniques permet donc d'influencer positivement les ressentis des seuils hauts et bas de la douleur, à court et moyen terme. Ces résultats rejoignent l'étude de Gonzalez-Gonzalez et coll. (2015) qui démontre qu'un programme multimodal de prise en charge est efficace pour réduire de façon significative la douleur chez les patients ayant des douleurs chroniques. En effet, la pratique des ADES et de l'ETP permet d'initier le patient à de nouvelles habitudes de pratiques physiques qui, réalisées régulièrement, entraînent une activation des mécanismes physiologiques de modulation de la douleur tel que le SNC ou bien le système opioïde endogène par exemple (Lima et coll., 2017). De plus, les résultats étant non-significatifs au sein du GC à la fin de l'hospitalisation ainsi qu'à 1 mois, cela permet également de démontrer qu'un traitement seul par kétamine a peu d'effets à court et moyen terme sur les niveaux de douleurs ressentis. Cela est confirmé par l'étude de Nüesch et coll. (2013) qui présente un manque d'efficacité des traitements exclusivement médicamenteux, dans la prise en charge de la douleur chronique. La meilleure combinaison possible étant les prises en charge pharmacologique et non-pharmacologique en simultanée.

B : Capacité fonctionnelle perçue

Concernant l'impact de la douleur sur l'activité quotidienne, nos résultats indiquent une diminution significative des scores à court terme pour les deux groupes. Nous pouvons expliquer cela par l'effet des traitements qui sont le seul point commun des patients durant l'hospitalisation. Ces derniers, diminuant l'intensité de la douleur ressentie, permettent une augmentation des niveaux d'activités (Pergolizzi et coll., 2013). Les patients se sentant mieux, ils sont plus enclins à être actifs dans leur quotidien. L'ajout d'un programme d'ADES et d'ETP n'accentue pas les effets à court terme. Néanmoins, les patients ayant pratiqué des ADES et de l'ETP pendant la cure cotent significativement, l'impact de la douleur sur l'activité quotidienne plus faible à 1 mois de l'hospitalisation par rapport aux patients n'ayant pas pratiqué. Les résultats sont même significativement supérieurs à 1 mois pour le GC comparé à ceux en fin de cure.

Un programme d'ADES et d'ETP lors des cures de kétamine pour les patients atteints de douleurs chroniques permet donc à moyen terme d'influencer positivement l'activité quotidienne. Ces résultats rejoignent l'étude de Craner et coll. (2016) qui démontre qu'un programme de prise en charge de la douleur chronique permet d'améliorer les niveaux d'activité des patients. En effet, la pratique des ADES et de l'ETP pendant la cure permet au patient d'apprendre à s'autoréguler en fonction de ses douleurs et donc de les gérer, en autonomie sans traitements par la suite pour rester actif au quotidien (Lee, 2020).

Concernant la capacité à marcher, les patients ayant pratiqué des ADES et de l'ETP pendant la cure cotent l'impact de la douleur plus faible à la fin de l'hospitalisation ainsi qu'à 1 mois par rapport aux patients n'ayant pas pratiqué. Un programme d'ADES et d'ETP lors des cures de kétamine pour les patients atteints de douleurs chroniques permet donc d'influencer positivement la capacité à marcher à court et moyen terme. Ces résultats sont cohérents avec l'étude de Giannotti et coll. (2014) qui présente une amélioration des résultats comportementaux à la suite d'une prise en charge interdisciplinaire pour les patients atteints de douleurs chroniques. En effet, la pratique des ADES et de l'ETP pendant la cure, permet une prise de conscience de l'impact des croyances et des attitudes sur la douleur, entraînant une réduction de la peur du mouvement (Nijs et coll., 2013). Associé à un soulagement de la douleur, les résultats comportementaux des patients sont améliorés (Pergolizzi et coll., 2013). De plus, les résultats étant non-significatifs au sein du GC à la fin de l'hospitalisation ainsi qu'à 1 mois, cela permet également de démontrer qu'un traitement seul par kétamine a peu d'effets à court et moyen terme sur la capacité à marcher. Ces remarques rejoignent l'étude de Sigtermans et coll. (2009) qui observent qu'un traitement par kétamine seule ne permet pas l'amélioration des fonctions physiques. Cette dernière agissant sur les récepteurs nerveux à la douleur et non les limitations fonctionnelles de l'organisme (Niesters et coll., 2014).

La capacité fonctionnelle perçue du patient est alors améliorée avec une prise en charge APA pendant l'hospitalisation.

C : Retentissement social perçu

Concernant l'impact de la douleur sur les relations avec les autres, nos résultats indiquent une diminution significative des scores à court terme pour les deux groupes. Nous pouvons expliquer cela par l'effet des traitements qui en diminuant les sensations de douleurs perçues, permettent d'être plus ouvert aux autres (Gonzalez-Gonzales et coll., 2015). Cependant, les patients ayant pratiqué des ADES et de l'ETP pendant la cure, évaluent l'impact de la douleur sur les relations sociales plus faible à 1 mois de l'hospitalisation, par rapport aux patients n'ayant pas pratiqué. Les résultats sont même significativement supérieurs à 1 mois pour le GC comparé à ceux en fin de cure. Un programme d'ADES et d'ETP lors des cures de kétamine pour les patients atteints de douleurs chroniques permet donc à moyen terme d'influencer positivement la vie sociale. Ces résultats concordent avec ceux de l'étude de Stevens et coll. (2020) qui démontre une interaction entre le lien social, l'augmentation de l'activité physique pratiquée et la réduction de la douleur chez les patients atteints de douleurs chroniques. En effet, la pratique des ADES et de l'ETP en collectif pendant la cure a favorisé l'adhésion des patients au programme (Ambrose et Golightly, 2015). Les activités sociales permettent de rompre l'isolement dont sont souvent touchés les patients atteints de douleurs chroniques (Craner et coll., 2016). Les patients ont eu plaisir à venir en séance, associé à une diminution des sensations de douleurs perçue. Cela a donc favorisé la poursuite d'activité à moyen terme (Pergolizzi et coll., 2013).

D : Etat psychologique perçu

D'après les résultats, les deux groupes de patients ont coté plus bas l'impact de la douleur sur l'humeur après la cure. Nous pouvons expliquer cela par l'effet des traitements qui sont le seul point en commun des patients durant l'hospitalisation. En effet, la kétamine a de puissants effets antidépresseurs qui peuvent justifier l'amélioration de l'humeur des patients (Berman et coll., 2000). De plus, la diminution de l'intensité de la douleur perçue induite par les traitements permet aussi d'impacter positivement l'humeur (Ambrose et Golightly, 2015). Néanmoins, le GE présente une diminution de l'impact de la douleur sur l'humeur à court terme plus significative que le GC. Cela montre qu'une prise en charge en ADES et en ETP chez les patients atteints de douleurs chroniques lors des cures de kétamine, permet d'influencer positivement l'humeur.

Ces résultats rejoignent l'étude de Kelley et coll. (2010) qui présente une amélioration de la fonction cognitive et de l'affect émotionnel chez les patients atteints de douleurs chroniques, avec la pratique d'une activité physique. En effet, la pratique des ADES pendant la cure permet la libération de sérotonine qui concoure au sentiment de bien-être ressenti par les patients à la suite d'un effort physique (Dobson et coll., 2014). Ce qui impacte positivement les symptômes dépressifs et anxieux (Kelley et coll., 2010).

Toutefois, les résultats du GE démontrent significativement à 1 mois de l'hospitalisation que l'impact de la douleur sur l'humeur est plus élevé comparé à celui de fin de cure, contrairement au GC. Les effets de la cure ne se sont pas maintenus pour les patients du groupe expérimental. Ces données obtenues sont en contradiction avec celles de l'étude de Sanudo et coll. (2012) qui présente une amélioration à court terme de l'humeur, qui se prolonge sur le long terme, chez les patients ayant bénéficié d'un programme de rééducation de la douleur. Dans cette étude, 41 patients étaient recrutés et le programme de prise en charge durait 6 mois. A la différence, au sein de notre étude, la prise en charge durait 5 jours. La faible durée de prise en charge peut donc expliquer la non-concordance des résultats.

Concernant le goût de vivre, nous pouvons voir d'après les résultats que les données des deux groupes ne sont pas significatives. Un programme d'ADES et d'ETP durant une cure de kétamine ne permet pas d'influencer positivement le goût de vivre d'un patient atteint de douleur chroniques. Ces résultats sont en contradiction avec l'étude de Gauffin et coll. (2013) qui démontre que les stratégies actives de gestion de la douleur influencent positivement le goût de vivre. Dans cette étude, 158 patients étaient recrutés et remplissaient un questionnaire créé pour l'étude avec différents items dont les stratégies actives de gestion de la douleur et le goût de vivre. A la différence, au sein de notre étude, seulement 40 patients étaient recrutés. Le faible effectif de patients peut expliquer la non-concordance des résultats.

E : Limites de l'étude

La première limite de cette étude est le faible échantillon de patients (n=40). Les données recueillies ne peuvent pas être représentatives de la population générale. En effet, idéalement, une étude devrait avoir des centaines de personnes assignées à chaque groupe (Geneen et coll., 2017). De plus, la diversité des pathologies chroniques douloureuses des patients de cette étude ne permet pas de faire une généralité des résultats obtenus. Par ailleurs, les deux groupes n'étant pas homogènes, la fiabilité des données n'est pas assurée.

Ensuite, la modalité de passation du questionnaire par auto-remplissage entraîne des biais quant à la fiabilité des réponses données. Par ailleurs, pour les données à 1 mois de l'hospitalisation, les résultats varient en fonction des activités réalisées par les patients les jours précédents.

Enfin, il existe une forte individualité de réaction face au traitement par kétamine (Ambrose et Golightly, 2015). Certains patients ont perçu les effets directement pendant la cure tandis que d'autres non. Les effets secondaires ressentis ont aussi entraîné la nécessité d'adapter les séances proposées, modifiant l'uniformité de la prise en charge initiale. Dans ce sens, les réponses aux questionnaires ont été impactées.

VIII : Conclusion

Cette étude soutient les données de la littérature concernant les effets d'une prise en charge en ADES et ETP pour les patients atteints de maladies chroniques douloureuses sur les dimensions bio-psycho-sociales de la douleur. Elle permet aussi de démontrer que les effets d'un programme d'ADES et d'ETP peuvent être retrouvés lors d'une prise en charge pendant les cures de kétamine.

Afin de compléter ces résultats, il serait intéressant d'analyser les effets sur le plus long terme d'un programme d'ADES et d'ETP pendant les cures de kétamine. Cela permettrait de voir si l'amélioration des paramètres bio-psycho-sociaux de la douleur démontrée lors de cette étude se maintient au-delà d'1 mois post cure. Il serait également intéressant d'évaluer si la prise en charge a entraîné une modification des habitudes et modes de vie des patients à la suite du programme d'ADES et d'ETP.

IV : Projet professionnel

A : Apport du stage dans la mise en place de mon projet professionnel

Mon projet de mémoire de Master en Activité Physique Adaptée (APA) s'inscrit au sein des recommandations de l'HAS pour la prise en charge des patients ayant un syndrome douloureux chronique. En effet, mettre en place une nouvelle approche pluridisciplinaire au sein d'un service de prise en charge de la douleur est l'un des axes à suivre. Le but est d'appréhender « les diverses composantes du syndrome douloureux chronique et de proposer une combinaison des techniques pharmacologiques, physiques, psychologiques et chirurgicales » (HAS, 2009).

Le développement de l'offre de soins de la clinique avec mon programme APA, s'intègre au sein d'une politique nationale d'amélioration de la prise en charge de la douleur chronique. Pour cela, l'HAS insiste sur l'importance d'évaluer les projets mis en place et de participer à la recherche de nouveaux protocoles de prise en charge des patients atteints de douleurs chroniques (HAS, 2019). De part mes compétences attestées de la fiche RCNP d'un diplôme Master d'Enseignant en Activités Physiques Adaptées, de tels projets de recherche au sein des structures de soin peuvent être mis en place.

Les prises en charge des activités physiques adaptées n'existaient pas au sein de la clinique avant mon stage. J'ai donc, en parallèle de la mise en place de mon étude, créé mon poste et mes interventions au sein de cette structure.

Pour cela, j'ai identifié les besoins et bénéfices de l'APA selon les patients accueillis. Le premier public ciblé fût au sein du service d'algologie dans le cadre de mon mémoire. Les autres publics et programmes correspondants sont en construction et sont détaillés plus en aval, dans les objectifs à court terme.

Pour commencer, j'ai effectué une analyse critique des connaissances et protocoles, déjà existants dans le domaine de la prise en charge de la douleur chronique, ainsi que ceux en place au sein de la clinique. Les résultats sont qu'il n'existe pas, selon ma connaissance, d'études publiées sur les effets d'une prise en charge en APA durant les cures de kétamine. Les connaissances se focalisent sur les prises en charge appartenant à la prévention secondaire ou tertiaire, et à distance des phases de traitement aiguës.

Aucune prise en charge autre que médicamenteuse n'était proposée aux patients par la clinique durant leur semaine d'hospitalisation. Or, la pratique physique régulière pour les patients atteints de douleurs chroniques est bénéfique (Ambrose et Golightly, 2015). Par ailleurs, les études recommandent de plus en plus, la mise en place des approches multidisciplinaires de traitement de la douleur (Hill et coll., 2011).

Des réunions avec les médecins, cadres et professionnels du service ont été réalisées afin de recueillir les envies et volontés de chacun. Le premier point retenu est l'envie d'améliorer la prise en charge des patients durant leurs cures. Le second point est l'intérêt de recherche de nouvelles techniques de gestion de la douleur étant donné que les traitements ne sont pas efficaces à 100% (Dworkin et coll., 2010).

Cela m'a permis par la suite, de pouvoir problématiser les enjeux du programme d'APA et des dispositifs à mettre en place. Nous avons aussi échangé sur mon métier, rôle et compétences. C'est pourquoi, un diaporama de présentation de l'APA et son résumé papier (annexe 4) a été créé et transmis aux équipes soignantes. J'ai aussi invité le personnel à participer à une séance d'APA afin de montrer en pratique les exemples de séances présentées lors des réunions.

Une fois ces étapes accomplies, j'ai construit et proposé une nouvelle procédure de prise en charge des patients. Cette dernière essaye à la fois de résoudre les problèmes que j'ai décelés lors de mon analyse des connaissances et protocoles déjà existants, et, ceux du service évoqué lors des réunions. Elle permet aussi de suivre la politique nationale pour la recherche de protocoles de prise en charge de la douleur chronique, qui nécessite des approches stratégiques nouvelles (HAS 2019). En effet, avec cette étude, des connaissances et compétences spécialisés, et novatrices dans le domaine de la douleur chronique, sont mobilisées.

Avec la validation par la clinique du projet de prise en charge (annexe 5), j'ai pu, conduire mon programme d'APA dans sa totalité pour les patients accueillis en cure. J'ai organisé en collaboration avec les équipes soignantes, le pilotage du projet et son organisation afin d'être coordonnées. Ainsi, j'ai porté la mise en place du programme en animant les séances APA et en supervisant la gestion de sa bonne conduite. De plus, j'ai réalisé des évaluations et l'analyse de ces dernières, pour diffuser au sein de la structure, l'interprétation des résultats obtenus.

Le caractère pluridisciplinaire de la prise en charge de la douleur chronique a entraîné la nécessité de concevoir au sein du service, un réseau de professionnels autour des patients pour optimiser les interventions.

En effet, il était primordial d'avoir une bonne communication entre les professionnels de santé, à des fins de transfert de connaissances, mais aussi de mobilisation des compétences en collaboration. Les patients étaient ainsi redirigés entre les kinésithérapeutes, la sophrologue, l'EAPA, la psychologue en fonction des besoins au jour le jour. L'ajout d'une catégorie APA sur le logiciel de suivi de soins de la clinique a autorisé le dépôt de comptes-rendus sur les patients pris en charge. Les autres professionnels étaient ainsi informés des données recueillies en séances ainsi que des avancées des patients.

Ce projet de mémoire a permis de répondre à une faille dans la littérature scientifique au sujet des prises en charge APA pendant les cures de kétamine pour les patients atteints de douleurs chroniques. De plus, cela répond aux volontés du service d'améliorer les prises en charge et proposer de nouvelles techniques, pour la gestion de la douleur. Cette étude a aussi permis de construire un protocole d'évaluation de l'effet d'une prise en charge APA qui n'existait pas dans le service auparavant.

Finalement, les résultats de mon étude ont été synthétisés afin d'être utilisés au sein de la clinique pour promouvoir, l'importance de la pratique physique aux patients, mais aussi aux professionnels de santé. Les données ont également permis de justifier et de crédibiliser la présence d'EAPA dans les services de soins. En conséquence, j'ai été embauché au sein de la clinique.

Mon projet de master a été validé et va se prolonger, pour devenir une offre systématique au sein du service de prise en charge de la douleur chronique, l'activité physique étant une technique, au même titre que les traitements médicamenteux, de gestion de la douleur (Kaye et coll., 2020). Cependant, suite à l'analyse du projet et l'évaluation que j'en ai fait, les APA proposées vont être diversifiées. Cela permettra de répondre le plus possible aux attentes des patients et ainsi d'améliorer la démarche qualité des prises en charge proposées. Ils auront donc la possibilité en plus des séances de yoga, pilâtes, relaxation, méditation de pratiquer tous les jours des circuits trainings, de la marche et de la gymnastique douce. Le type de pratique restera au choix du patient, tout comme les intensités et la durée des séances.

B : Objectifs à court terme

Pour permettre le développement et la mise en place de l'APA au sein de la clinique, une autre EAPA a été embauchée en création de poste. Le travail en binôme nous permet de répartir nos temps de travail afin de prendre davantage de responsabilités dans les services. Nous pouvons ainsi contribuer à l'interdisciplinarité des prises en charge et, par la création de nouveaux programmes, réviser les soins de supports proposés dans les services. Les projets prévus sont les suivants.

Nous avons commencé les démarches pour bénéficier d'une salle attitrée dans la clinique. Nous pourrions ainsi recevoir les patients pour des entretiens, des bilans, mais aussi pour animer nos séances de prise en charge et laisser les patients, pour ceux ayant été autorisés préalablement, venir en autonomie dans la journée. Cette salle permettra aussi la mise en place de séances de groupe qui favorisera le lien social des patients, souvent diminué de par leurs pathologies.

Nous avons aussi pour projet de créer plusieurs programmes d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) officiels avec l'Agence Régionale de Santé (ARS). Cela concernerait les services de prise en charge de la douleur chronique, de l'obésité, ainsi qu'avec la maternité pour les grossesses à risque et à pathologies. Ces programmes permettraient de compléter plus spécifiquement les prises en charge des patients, en les rendant acteur et autonome dans leur maladie et leur quotidien. Dans ce sens, j'ai pour projet de passer la formation avancée en Education Thérapeutique du Patient. Ainsi, je pourrais coordonner différents programmes, comprenant une coordination pluridisciplinaire des professionnels autour des patients, au sein de la clinique. Les médecins responsables des différents services concernés, la diététicienne, la psychologue, les infirmiers et les EAPA seront impliqués dans les programmes. La thématique principale des 3 projets pour les séances avec l'EAPA serait « la place et l'importance de l'activité physique dans le quotidien des patients ». Les sessions comprendraient des entretiens individuels ainsi que des séances collectives pour aborder les différents points retenus dans les programmes.

Les échanges avec les cadres de santé et la direction de la clinique ont été initiés pour développer l'offre de soin sous le biais de l'hôpital de jour (HDJ). Les patients des services de prise en charge de la douleur chronique et de l'obésité ainsi que les patientes de la maternité auront alors la possibilité de venir à la clinique, en dehors des hospitalisations sous le système de convocations.

Cela permettra d'initier le patient à la pratique physique avant une hospitalisation ou bien de continuer la pratique à la suite d'une hospitalisation. En effet, une pratique physique régulière et continue sur le long terme, est très importante pour les patients des 3 services retenus. Ce système permettra donc de favoriser le maintien de l'activité du patient même lors du retour à domicile. La pratique physique en plein air, en extérieur de la clinique, pourra aussi être développée.

La Réhabilitation Améliorée Avant et Après Chirurgie (RAAC) est en développement au sein de la clinique. Dans le cadre de ce parcours, nous avons fait la demande de rencontrer les patients des services de chirurgie en rendez-vous en dehors des périodes d'hospitalisation. Ces rendez-vous nous permettraient d'assurer un suivi des personnes, et de les accompagner dans leurs parcours de soin. Mon étude de master 1 et les résultats obtenus prouvent l'importance pour le patient d'avoir un mode de vie actif avant une opération ainsi qu'après. Pour cela, nous avons choisi de faire passer, par l'intermédiaire des médecins, le questionnaire de Marshall (Marshall et coll., 2005 ; annexe 6) aux patients durant la phase préopératoire afin de diagnostiquer, les patients suffisamment et insuffisamment actifs dans leur quotidien. En conséquence, cette classification nous permettra de remettre aux patients un livret d'APA : le livret « Je me met à l'activité physique » et le livret « Je maintient mon activité physique ». Ces deux livrets, créés par ma collègue et moi, regrouperont les conseils de pratique physique durant toute la phase péri-opératoire et seront personnalisés en fonction du type de chirurgie. De plus, les patients diagnostiqués par les médecins comme insuffisamment actif, nécessitant un accompagnement rapproché seront orientés vers une prise en charge en APA préopératoire. Durant la phase d'hospitalisation, les patients seront vus en APA selon leurs besoins, avec une surveillance rapprochée pour ceux du groupe diagnostiqué comme insuffisamment actif. Enfin, lors du retour à domicile, les patients auront à remplir un questionnaire de suivi de pratique physique. En fonction des retours, nous transmettrons des conseils personnalisés par mail aux patients. Des rendez-vous de contrôle pourront aussi être programmés pour les patients nécessitant un suivi régulier.

L'amélioration de l'expérience du patient, via l'application de la clinique « MYHGO », est aussi en projet. En lien avec le projet RAAC, nous avons commencé à créer, avec le soutien du service informatique, une interface interactive sur l'application.

Les patients, sur leur profil personnalisé, auront à disposition des guides et des vidéos présentant des exercices possibles pour les réaliser à domicile avant, ainsi qu'après leur opération. Ils pourront aussi retrouver en format numérique le livret d'activité physique qui leur correspond. Les évolutions de l'application se feront avec la mise en ligne du questionnaire de suivi de pratique physique. Les patients pourront ainsi le compléter directement via leur téléphone et leurs réponses nous seront directement transmises. De plus, les vidéos et conseils mis à disposition seront diversifiés en proposant plus d'activités physiques différentes.

Enfin, suivant les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (HAS, 2008) associées à la nouvelle approche pluridisciplinaire des prises en charge des patients, dans les différents services de la clinique, des réunions interdisciplinaires vont être mises en place régulièrement. Ces dernières permettront de favoriser le lien et la communication, ainsi que les échanges de connaissances entre les professionnels. Elles seront le lieu de mise au point des différents projets en cours et de travail collectif. Elles permettront aussi la prise de décision partagée sur les thérapies proposées aux patients en fonction de leur bilan complet (biologique, somatique, psychopathologique, socio-environnemental).

C : Objectifs à moyen terme

Une fois que la grande partie de développement de l'offre de soin de la clinique sera réalisé et fonctionnel, j'ai pour projet d'orienter une partie de ma vie professionnelle vers l'enseignement et la transmission. En effet, l'instruction de savoirs est quelque chose qui m'a toujours intéressé. Néanmoins, je préfère attendre quelque temps avant de m'y consacrer. Il me semble important dans un premier temps de prendre de l'expérience à la clinique et de m'épanouir dans ce travail. Cette période me permet aussi de travailler au sein d'autres établissements de soin afin de diversifier le type de patients pris en charge. De plus, étant jeune diplômée, ces expériences me permettent de m'améliorer dans mon travail et dans mes connaissances afin de prendre confiance en moi. Cela me permet aussi d'accumuler un bagage professionnel qui accroît mon aisance et ma légitimité face à des interlocuteurs.

J'ai pour objectif de devenir formatrice en Education Thérapeutique du Patient (ETP). Je pourrais ainsi proposer des sessions de formation aux élèves des établissements de formation en sport et santé de la région rennais, STAPS, faculté de médecine, etc., ainsi que pour les professionnels de santé. Cette envie m'est venue à la suite de la formation ETP que j'ai moi-même passée cette année.

J'ai pris conscience des retombées positives que le passage de ce diplôme avait eues sur moi, comme de l'importance que cela avait pour les patients qui sont pris en charge en ETP. Grâce à cette formation, ma vision du métier d'EAPA, et du domaine du soin en général a changé. En effet, je n'envisage plus de la même manière mes prises en charge et mon rapport aux patients. Je considère que les compétences techniques, relationnelles, pédagogiques et organisationnelles associées à l'ETP devraient être apportées à tous. En effet, selon mes expériences, peu de professionnels de la santé et du sport en sont dotés. C'est pourquoi, être formatrice ETP permettrait que je participe, à mon échelle, à l'ouverture et la formation à ce domaine des futurs acteurs de la santé et du sport.

J'aimerais aussi devenir intervenante dans les facultés, écoles, entreprises sur les thématiques de l'activité physique adaptée et du sport-santé. En effet, j'ai pour volonté et envie que les prochaines générations soient davantage informées sur les enjeux et dimensions de l'activité physique dans la santé de la population. De plus, selon moi, le métier d'Enseignant en Activités Physiques Adaptées est encore trop peu connu. Ces interventions participeraient, à mon échelle, au développement et la reconnaissance de notre profession.

De plus, j'envisage de passer un diplôme universitaire (DU) au sein de la filière STAPS. Cela me permettra de me spécialiser davantage dans un domaine de prise en charge de l'EAPA. Je pourrais ainsi intervenir spécifiquement sur cette thématique dans différents établissements.

D : Objectifs à long terme

Finalement, ayant toujours été attiré par les tâches de gestion, d'organisation, de coordination et de management en parallèle du domaine de la santé, j'aimerais, au fil de ma carrière, évoluer vers un poste de cadre à fonction administrative.

Pour un exercice de cadre de santé paramédical dans le domaine du privé, les critères de recrutement se basent sur un niveau Master 2 ainsi qu'un temps d'exercice à temps plein dans sa profession, supérieur à 4 ou 5 ans. Il suffit donc de répondre à une offre d'emploi au sein d'une structure et de passer par les étapes de recrutement classique sur dossier. Malheureusement, pour un exercice dans le domaine du public, le poste de cadre de santé est réglementé par un diplôme. L'accès aux instituts de formations aux cadres de santé (IFCS) n'est pour le moment pas encore possible pour les Enseignants en Activités Physiques Adaptées (EAPA). Le concours est réservé qu'à 13 professions exclusives du domaine du médical, les EAPA n'en faisant pas partie (article 4 de l'arrêté du 18 août 1995 modifié).

Mon projet d'évolution se fera alors, jusqu'à un élargissement des critères de sélection au concours de cadre de santé, au sein d'un établissement privé de soin.

Pour un exercice de cadre dans le domaine entrepreneurial, j'envisage de monter ma propre structure en collaboration avec différents corps de métiers. La volonté serait de créer un studio proposant des cours, stages, prises en charge à visé de bien-être. Pour cela, toute personne ayant la volonté de travailler, de participer à ce lieu vivant est la bienvenue. Par exemple, des Enseignants en Activités Physiques Adaptées, kinésithérapeutes, psychothérapeutes, professeur de yoga, pilâtes, relaxation, etc. seraient présents.

Ma position au sein de cette entreprise serait dans la direction, mais la gestion du lieu se ferait en équipe avec les créateurs du projet. Toutefois, l'emploi du temps variable du lieu me permettrait de rester dans mon corps de métier lors de mes prises en charge en assurant ponctuellement des séances d'EAPA. Ce projet me permettrait aussi d'assurer une transition progressive entre le métier d'EAPA de terrain et celui de cadre administratif du lieu.

Bibliographie

Ablin, J. N., Clauw, D. J., Lyden, A. K., Ambrose, K., Williams, D. A., Gracely, R. H., & Glass, J. M. (2013). Effects of sleep restriction and exercise deprivation on somatic symptoms and mood in healthy adults. *Clinical and experimental rheumatology*, 31(79), 53-59. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24373363/>

Alhowimel, A. S., Alotaibi, M. A., Alenazi, A. M., Alqahtani, B. A., Alshehri, M. A., Alamam, D., & Alodaibi, F. A. (2021). Psychosocial Predictors of Pain and Disability Outcomes in People with Chronic Low Back Pain Treated Conservatively by Guideline-Based Intervention : A Systematic Review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, Volume 14, 3549-3559. <https://doi.org/10.2147/jmdh.s343494>

Ambrose, K. R., & Golightly, Y. M. (2015). Physical exercise as non-pharmacological treatment of chronic pain : Why and when. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 29(1), 120-130. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2015.04.022>

American College of Sports Medicine, Riebe, D., Ehrman, J. K., Liguori, G., & Magal, M. (2018). *ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription*. Wolters Kluwer.

Baral, S. P., Raghuvanshi, G., & Paliwal, A. (2021). Comparative Study of the Efficacy of Biofeedback-Assisted Jacobson's Progressive Muscle Relaxation (JPMR) for Managing Mild/Moderate Depression. *Open Journal of Depression*, 10(04), 181-191. <https://doi.org/10.4236/ojd.2021.104012>

Benveniste, E. N. B. (2014). *Encyclopedia of the Neurological Sciences* (R. B. D. Daroff & M. J. A. Aminoff, Éds. ; 2^e éd., Vol. 4). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-385157-4.00175-5>

Boureau, F. (2004). *Douleurs aiguës, Douleurs chroniques, Soins palliatifs*. Med-Line Editions.

Bowdle, A., Radant, A., Cowley, D., Kharasch, E., Strassman, R., & Roy-Byrne, P. (1998). Psychedelic Effects of Ketamine in Healthy Volunteers. *Anesthesiology*, 88(1), 82-88. <https://doi.org/10.1097/00000542-199801000-00015>

Brandt, C., & Pedersen, B. K. (2010). The Role of Exercise-Induced Myokines in Muscle Homeostasis and the Defense against Chronic Diseases. *Journal of Biomedicine and Biotechnology*, 2010, 1-6. <https://doi.org/10.1155/2010/520258>

Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe : Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10(4), 287. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009>

Célestin-Lhopiteau, I., & Wanquet-Thibault, P. (2018). *Guide des pratiques psychocorporelles* (2^e éd.). Elsevier Masson. <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/ifsiiinfirmier/place-des-pratiques-psychocorporelles-et-definitions>

Cottrell, E., Roddy, E., & Foster, N. E. (2010). The attitudes, beliefs and behaviours of GPs regarding exercise for chronic knee pain : a systematic review. *BMC Family Practice*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2296-11-4>

Cramer, H., Lauche, R., Haller, H., & Dobos, G. (2013). A Systematic Review and Meta-analysis of Yoga for Low Back Pain. *The Clinical Journal of Pain*, 29(5), 450-460. <https://doi.org/10.1097/ajp.0b013e31825e1492>

Craner, J. R., Skipper, R. R., Gilliam, W. P., Morrison, E. J., & Sperry, J. A. (2016). Patients' perceptions of a chronic pain rehabilitation program : changing the conversation. *Current Medical Research and Opinion*, 32(5), 879-883. <https://doi.org/10.1185/03007995.2016.1149053>

Dobson, J. L., McMillan, J., & Li, L. (2014). Benefits of exercise intervention in reducing neuropathic pain. *Frontiers in Cellular Neuroscience*, 8. <https://doi.org/10.3389/fncel.2014.00102>

Domino, E. F., & Warner, D. S. (2010). Taming the Ketamine Tiger. *Anesthesiology*, 113(3), 678-684. <https://doi.org/10.1097/aln.0b013e3181ed09a2>

Dunford, E., & Thompson, M. (2010). Relaxation and Mindfulness in Pain : A Review. *Reviews in Pain*, 4(1), 18-22. <https://doi.org/10.1177/204946371000400105>

Dworkin, R. H., O'Connor, A. B., Audette, J., Baron, R., Gourlay, G. K., Haanpää, M. L., Kent, J. L., Krane, E. J., LeBel, A. A., Levy, R. M., Mackey, S. C., Mayer, J., Miaskowski, C., Raja, S. N., Rice, A. S., Schmader, K. E., Stacey, B., Stanos, S., Treede, R. D., . . . Wells, C. D. (2010). Recommendations for the Pharmacological Management of Neuropathic Pain : An Overview and Literature Update. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(3), S3-S14. <https://doi.org/10.4065/mcp.2009.0649>

Dysvik, E., Kvaløy, J. T., Stokkeland, R., & Natvig, G. K. (2010). The effectiveness of a multidisciplinary pain management programme managing chronic pain on pain perceptions, health-related quality of life and stages of change—A non-randomized controlled study. *International Journal of Nursing Studies*, 47(7), 826-835. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.12.001>

Finan, P. H., Goodin, B. R., & Smith, M. T. (2013). The Association of Sleep and Pain : An Update and a Path Forward. *The Journal of Pain*, 14(12), 1539-1552. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2013.08.007>

Gauffin, J., Hankama, T., Hannonen, P., Kautiainen, H., Pohjolainen, T., & Haanpää, M. (2013). Do fibromyalgia patients use active pain management strategies ? A cohort study. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 45(5), 477-480. <https://doi.org/10.2340/16501977-1133>

Gavi, M. B. R. O., Vassalo, D. V., Amaral, F. T., Macedo, D. C. F., Gava, P. L., Dantas, E. M., & Valim, V. (2014). Strengthening Exercises Improve Symptoms and Quality of Life but Do Not Change Autonomic Modulation in Fibromyalgia : A Randomized Clinical Trial. *PLoS ONE*, 9(3), e90767. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0090767>

Geneen, L. J., Moore, R. A., Clarke, C., Martin, D., Colvin, L. A., & Smith, B. H. (2017). Physical activity and exercise for chronic pain in adults : an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(2). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd011279.pub3>

Giannotti, E., Koutsikos, K., Pigatto, M., Rampudda, M. E., Doria, A., & Masiero, S. (2014). Medium-/Long-Term Effects of a Specific Exercise Protocol Combined with Patient Education on Spine Mobility, Chronic Fatigue, Pain, Aerobic Fitness and Level of Disability in Fibromyalgia. *BioMed Research International*, 2014, 1-9. <https://doi.org/10.1155/2014/474029>

Giesecke, T., Gracely, R. H., Williams, D. A., Geisser, M. E., Petzke, F. W., & Clauw, D. J. (2005). The relationship between depression, clinical pain, and experimental pain in a chronic pain cohort. *Arthritis & Rheumatism*, 52(5), 1577-1584. <https://doi.org/10.1002/art.21008>

Gonzalez Gonzalez, J., del Teso Rubio, M. D. M., Waliño Paniagua, C. N., Criado-Alvarez, J. J., & Sanchez Holgado, J. (2015). Tratamiento sintomático y del dolor en fibromialgia mediante abordaje multidisciplinar desde Atención Primaria. *Reumatología Clínica*, 11(1), 22-26. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2014.03.005>

Hill, J. C., Whitehurst, D. G., Lewis, M., Bryan, S., Dunn, K. M., Foster, N. E., Konstantinou, K., Main, C. J., Mason, E., Somerville, S., Sowden, G., Vohora, K., & Hay, E. M. (2011). Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back) : a randomised controlled trial. *The Lancet*, 378(9802), 1560-1571. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)60937-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(11)60937-9)

Hillinger, M. G., Wolever, R. Q., McKernan, L. C., & Elam, R. (2017). Integrative Medicine for the Treatment of Persistent Pain. *Primary Care : Clinics in Office Practice*, 44(2), 247-264. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2017.02.008>

Hilton, L., Hempel, S., Ewing, B. A., Apaydin, E., Xenakis, L., Newberry, S., Colaiaco, B., Maher, A. R., Shanman, R. M., Sorbero, M. E., & Maglione, M. A. (2016). Mindfulness Meditation for Chronic Pain : Systematic Review and Meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 51(2), 199-213. <https://doi.org/10.1007/s12160-016-9844-2>

Hirota, K., & Lambert, D. (2011). Ketamine : new uses for an old drug ? *British Journal of Anaesthesia*, 107(2), 123-126. <https://doi.org/10.1093/bja/aer221>

Jepson, N. A. (2008). Applications of biofeedback for patients with chronic pain. *Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management*, 12(2), 111-114. <https://doi.org/10.1053/j.trap.2008.01.006>

Jones, K. D., Adams, D., Winters-Stone, K., & Burckhardt, C. S. (2006). A comprehensive review of 46 exercise treatment studies in fibromyalgia (1988–2005). *Health and Quality of Life Outcomes*, 4(1). <https://doi.org/10.1186/1477-7525-4-67>

Kaleth, A. S., Saha, C. K., Jensen, M. P., Slaven, J. E., & Ang, D. C. (2013). Effect of Moderate to Vigorous Physical Activity on Long-Term Clinical Outcomes and Pain Severity in Fibromyalgia. *Arthritis Care & Research*, 65(8), 1211-1218. <https://doi.org/10.1002/acr.21980>

Kaye, A. D., Granier, A. L., Garcia, A. J., Carlson, S. F., Fuller, M. C., Haroldson, A. R., White, S. W., Krueger, O. L., Novitch, M. B., & Cornett, E. M. (2020). Non-Opioid Perioperative Pain Strategies for the Clinician : A Narrative Review. *Pain and Therapy*, 9(1), 25-39. <https://doi.org/10.1007/s40122-019-00146-3>

Kelley, G. A., Kelley, K. S., Hootman, J. M., & Jones, D. L. (2010). Exercise and global well-being in community-dwelling adults with fibromyalgia : a systematic review with meta-analysis. *BMC Public Health*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-198>

Kleinman, L., Mannix, S., Arnold, L. M., Burbridge, C., Howard, K., McQuarrie, K., Pitman, V., Resnick, M., Roth, T., & Symonds, T. (2014). Assessment of sleep in patients with fibromyalgia : qualitative development of the fibromyalgia sleep diary. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-014-0111-6>

Kress, H. G., & Casale, R. (2013). No (Rehabilitation) Gain Without Pain (Management). *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 92(1), 90-92. <https://doi.org/10.1097/phm.0b013e31827df885>

Kress, H. G., Aldington, D., Alon, E., Coaccioli, S., Collett, B., Coluzzi, F., Huygen, F., Jaksch, W., Kalso, E., Kocot-Kępska, M., Mangas, A. C., Ferri, C. M., Mavrocordatos, P., Morlion, B., Müller-Schwefe, G., Nicolaou, A., Hernández, C. P., & Sichère, P. (2015). A holistic approach to chronic pain management that involves all stakeholders : change is needed. *Current Medical Research and Opinion*, 31(9), 1743-1754. <https://doi.org/10.1185/03007995.2015.1072088>

Langhorst, J., Klose, P., Dobos, G. J., Bernardy, K., & Häuser, W. (2012). Efficacy and safety of meditative movement therapies in fibromyalgia syndrome : a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Rheumatology International*, 33(1), 193-207. <https://doi.org/10.1007/s00296-012-2360-1>

Le Bars, D., Dickenson, A. H., & Besson, J. M. (1979). Diffuse noxious inhibitory controls (DNIC). II. Lack of effect on non-convergent neurones, supraspinal involvement and theoretical implications. *Pain*, 6(3), 305-327. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(79\)90050-2](https://doi.org/10.1016/0304-3959(79)90050-2)

Lima, L. V., Abner, T. S. S., & Sluka, K. A. (2017). Does exercise increase or decrease pain ? Central mechanisms underlying these two phenomena. *The Journal of Physiology*, 595(13), 4141-4150. <https://doi.org/10.1113/jp273355>

Loprinzi, P. D. (2015). Frequency of moderate-to-vigorous physical activity (MVPA) is a greater predictor of systemic inflammation than total weekly volume of MVPA : Implications for physical activity promotion. *Physiology & Behavior*, 141, 46-50. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2015.01.002>

Mannerkorpi, K., & Henriksson, C. (2007). Non-pharmacological treatment of chronic widespread musculoskeletal pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 21(3), 513-534. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2007.04.001>

Marshall, A. L. (2005). Reliability and validity of a brief physical activity assessment for use by family doctors * Commentary. *British Journal of Sports Medicine*, 39(5), 294-297. <https://doi.org/10.1136/bjism.2004.013771>

MEASE, P., ARNOLD, L. M., CHOY, E. H., CLAUW, D. J., CROFFORD, L. J., GLASS, J. M., MARTIN, S. A., MOREA, J., SIMON, L., STRAND, C. V., & WILLIAMS, D. A. (2009). Fibromyalgia Syndrome Module at OMERACT 9 : Domain Construct. *The Journal of Rheumatology*, 36(10), 2318-2329. <https://doi.org/10.3899/jrheum.090367>

Moffett, J., & McLean, S. (2005). The role of physiotherapy in the management of non-specific back pain and neck pain. *Rheumatology*, 45(4), 371-378. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/kei242>

Niesters, M., Martini, C., & Dahan, A. (2014). Ketamine for chronic pain : risks and benefits. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 77(2), 357-367. <https://doi.org/10.1111/bcp.12094>

Nijs, J., Roussel, N., Paul Van Wilgen, C., Köke, A., & Smeets, R. (2013). Thinking beyond muscles and joints : Therapists' and patients' attitudes and beliefs regarding chronic musculoskeletal

pain are key to applying effective treatment. *Manual Therapy*, 18(2), 96-102.
<https://doi.org/10.1016/j.math.2012.11.001>

Nolte, E., & McKee, M. (2008). *Caring For People With Chronic Conditions : A Health System Perspective*. McGraw-Hill Education.
https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/96468/E91878.pdf

Nüesch, E., Häuser, W., Bernardy, K., Barth, J., & Jüni, P. (2012). Comparative efficacy of pharmacological and non-pharmacological interventions in fibromyalgia syndrome : network meta-analysis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 72(6), 955-962.
<https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2011-201249>

Nunes V, Neilson J, O'Flynn N, Calvert N, Kuntze S, Smithson H, Benson J, Blair J, Bowser A, Clyne W, Crome P, Haddad P, Hemingway S, Horne R, Johnson S, Kelly S, Packham B, Patel M, Steel J (2009). Clinical Guidelines and Evidence Review for Medicines Adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners.

O'Brien, T., & Breivik, H. (2012). The impact of chronic pain—European patients' perspective over 12 months. *Scandinavian Journal of Pain*, 3(1), 23-29.
<https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2011.11.004>

O'Donnell, J., Zeppenfeld, D., McConnell, E., Pena, S., & Nedergaard, M. (2012). Norepinephrine : A Neuromodulator That Boosts the Function of Multiple Cell Types to Optimize CNS Performance. *Neurochemical Research*, 37(11), 2496-2512. <https://doi.org/10.1007/s11064-012-0818-x>

Ossipov, M. H., Dussor, G. O., & Porreca, F. (2010). Central modulation of pain. *Journal of Clinical Investigation*, 120(11), 3779-3787. <https://doi.org/10.1172/jci43766>

Parsons, S., Harding, G., Breen, A., Foster, N., Pincus, T., Vogel, S., & Underwood, M. (2011). Will shared decision making between patients with chronic musculoskeletal pain and physiotherapists, osteopaths and chiropractors improve patient care ? *Family Practice*, 29(2), 203-212. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmr083>

Pergolizzi, J., Ahlbeck, K., Aldington, D., Alon, E., Coluzzi, F., Dahan, A., Huygen, F., Kocot-Kępska, M., Mangas, A. C., Mavrocordatos, P., Morlion, B., Müller-Schwefe, G., Nicolaou, A., Pérez Hernández, C., Sichère, P., Schäfer, M., & Varrassi, G. (2013). The development of chronic pain : physiological CHANGE necessitates a multidisciplinary approach to treatment. *Current Medical Research and Opinion*, 29(9), 1127-1135. <https://doi.org/10.1185/03007995.2013.810615>

Petrenko, A. B., Yamakura, T., Baba, H., & Shimoji, K. (2003). The Role of N-Methyl-d-Aspartate (NMDA) Receptors in Pain : A Review. *Anesthesia & Analgesia*, 1108-1116. <https://doi.org/10.1213/01.ane.0000081061.12235.55>

Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain : concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976-1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>

Reiner, K., Tibi, L., & Lipsitz, J. D. (2013). Do Mindfulness-Based Interventions Reduce Pain Intensity ? A Critical Review of the Literature. *Pain Medicine*, 14(2), 230-242. <https://doi.org/10.1111/pme.12006>

Sanders, S. H., Harden, R. N., & Vicente, P. J. (2005). Evidence-Based Clinical Practice Guidelines for Interdisciplinary Rehabilitation of Chronic Nonmalignant Pain Syndrome Patients. *Pain Practice*, 5(4), 303-315. <https://doi.org/10.1111/j.1533-2500.2005.00033.x>

Sañudo, B., Carrasco, L., de Hoyo, M., & McVeigh, J. G. (2012). Effects of Exercise Training and Detraining in Patients with Fibromyalgia Syndrome. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 91(7), 561-573. <https://doi.org/10.1097/phm.0b013e31824faa03>

Saper, R. B., Sherman, K. J., Delitto, A., Herman, P. M., Stevans, J., Paris, R., Keosaian, J. E., Cerrada, C. J., Lemaster, C. M., Faulkner, C., Breuer, M., & Weinberg, J. (2014). Yoga vs. physical therapy vs. education for chronic low back pain in predominantly minority populations : study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-67>

Sielski, R., Rief, W., & Glombiewski, J. A. (2016). Efficacy of Biofeedback in Chronic back Pain : a Meta-Analysis. *International Journal of Behavioral Medicine*, 24(1), 25-41. <https://doi.org/10.1007/s12529-016-9572-9>

Sigtermans, M. J., van Hilten, J. J., Bauer, M. C., Arbous, S. M., Marinus, J., Sarton, E. Y., & Dahan, A. (2009). Ketamine produces effective and long-term pain relief in patients with Complex Regional Pain Syndrome Type 1. *Pain*, 145(3), 304-311. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2009.06.023>

Sigtermans, M., Dahan, A., Mooren, R., Bauer, M., Kest, B., Sarton, E., & Olofsen, E. (2009). S(+)-ketamine Effect on Experimental Pain and Cardiac Output. *Anesthesiology*, 111(4), 892-903. <https://doi.org/10.1097/aln.0b013e3181b437b1>

Stevens, M., Cruwys, T., & Murray, K. (2020). Social support facilitates physical activity by reducing pain. *British Journal of Health Psychology*, 25(3), 576-595. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12424>

Tan, G., Jensen, M. P., Thornby, J. I., & Anderson, K. O. (2006). Are patient ratings of chronic pain services related to treatment outcome ? *The Journal of Rehabilitation Research and Development*, 43(4), 451. <https://doi.org/10.1682/jrrd.2004.10.0128>

Tang, N. K. Y., & Sanborn, A. N. (2014). Better Quality Sleep Promotes Daytime Physical Activity in Patients with Chronic Pain ? A Multilevel Analysis of the Within-Person Relationship. *PLoS ONE*, 9(3), e92158. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0092158>

Torrance, N., Smith, B. H., Elliott, A. M., Campbell, S. E., Chambers, W. A., Hannaford, P. C., & Johnston, M. (2010). Potential Pain Management Programmes in primary care. A UK-wide questionnaire and Delphi survey of experts. *Family Practice*, 28(1), 41-48. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmq081>

Treede, R. D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N. B., First, M. B., Giamberardino, M. A., Kaasa, S., Korwisi, B., Kosek, E., Lavand'homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S., . . . Wang, S. J. (2019). Chronic pain as a symptom or a disease : the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*, *160*(1), 19-27.
<https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>

Weeks, D. L., Whitney, A. A., Tindall, A. G., & Carter, G. T. (2015). Pilot Randomized Trial Comparing Intersession Scheduling of Biofeedback Results to Individuals with Chronic Pain. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, *94*(10S), 869-878.
<https://doi.org/10.1097/phm.0000000000000285>

Woolf, C. J. (2011). Central sensitization : Implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain*, *152*(3), S2-S15. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.09.030>

Zeidan, F., & Vago, D. R. (2016). Mindfulness meditation-based pain relief : a mechanistic account. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1373*(1), 114-127.
<https://doi.org/10.1111/nyas.13153>

Webographie

Ameli. (2021, 2 janvier). *Comprendre la fibromyalgie*. ameli.fr | Assuré. Consulté le 24 mai 2022, à l'adresse <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/fibromyalgie/comprendre-fibromyalgie>

ANAES. (1999, janvier). *Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_540915/fr/evaluation-et-suivi-de-la-douleur-chronique-chez-l-adulte-en-medecine-ambulatoire

AquaPortail. (2021, 7 novembre). *phosphorylation*. Consulté le 9 février 2022, à l'adresse <https://www.aquaportail.com/definition-8344-phosphorylation.html>

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (2012). *Définition de ANALGÉSIQUE*. CNRTL. Consulté le 7 février 2022, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/analg%C3%A9sique>

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (2012a). *Définition de ÉTIOLOGIE*. CNRTL. Consulté le 8 février 2022, à l'adresse <https://cnrtl.fr/definition/%C3%A9tiologie>

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (2012b). *Définition de PSYCHÉDÉLIQUE*. CNRTL. Consulté le 8 février 2022, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/lexicographie/psych%C3%A9d%C3%A9lique>

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (2012c). *Définition de PLASTICITÉ*. CNRTL. Consulté le 8 février 2022, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/academie9/plasticit%C3%A9>

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (2012d). *Définition de ENDOGÈNE*. CNRTL. Consulté le 9 février 2022, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/endog%C3%A8ne>

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (2012e). *Définition de IDIOPATHIE*. CNRTL. Consulté le 8 février 2022, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/idiopathie>

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (2012f). *Définition de HABILITANT*. CNRTL. Consulté le 9 février 2022, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/habilitant>

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (2012g). *Définition de PSYCHOTROPES*. CNRTL. Consulté le 8 février 2022, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/psychotropes>

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (2012h). *Définition de SOMATIQUE*. CNRTL. Consulté le 8 février 2022, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/somatique>

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (2012i). *Définition de STRESS*. CNRTL. Consulté le 9 février 2022, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/stress>

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (2012j). *HOLISTIQUE : Définition de HOLISTIQUE*. CNRTL. Consulté le 21 avril 2022, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/holistique>

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (2012k). *SYNAPSE : Définition de SYNAPSE*. CNRTL. Consulté le 21 avril 2022, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/synapse>

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (2012l). *PATHOGÉNÈSE : Définition de PATHOGÉNÈSE*. CNRTL. Consulté le 21 avril 2022, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/pathog%C3%A9n%C3%A8se>

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (2012m). *TACHYCARDIE : Définition de TACHYCARDIE*. CNRTL. Consulté le 21 avril 2022, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/tachycardie>

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (2012n). *Définition de SYMPTOMATOLOGIE*. CNRTL. Consulté le 8 février 2022, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/symptomatologie>

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (2012o). *PHOSPHORYLATION : Définition de PHOSPHORYLATION*. CNRTL. Consulté le 23 mai 2022, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/phosphorylation>

Courrière, P. (s. d.). *INOTROPE*. Encyclopædia Universalis. <https://www.universalis.fr/encyclopedie/inotrope/>

Davidson, R. J., & McEwen, B. S. (2012). Social influences on neuroplasticity : stress and interventions to promote well-being. *Nature Neuroscience*, 15(5), 689-695. <https://doi.org/10.1038/nn.3093>

EFIC, PFIZER, & EFNA. (2015, 21 mai). *Pain Proposal – Improving the current and future management of chronic pain*. Pain Alliance Europe. Consulté le 29 janvier 2022, à l'adresse <https://pae-eu.eu/about-us/chronic-pain/pain-proposal-improving-the-current-and-future-management-of-chronic-pain/>

European Pain Federation. (2016, juin). *Pain Proposal Initiative : Improving the Current and Future Management of Chronic Pain*. Consulté le 14 janvier 2022, à l'adresse <https://europeanpainfederation.eu/advocacy/past-projects/>

Galinier-Warrain, A. (2021, 6 avril). *Le système nerveux parasympathique : qu'est-ce que c'est ?* Passeportsante. Consulté le 9 février 2022, à l'adresse <https://www.passeportsante.net/fr/parties-corps/Fiche.aspx?doc=systeme-nerveux-parasympathique>

Gruffat, X. (2021, 10 janvier). *Kétamine (et eskétamine) | Creapharma*. Creapharma.Ch. Consulté le 8 février 2022, à l'adresse <https://www.creapharma.ch/ketamine.htm>

Hamon, M. (s. d.). *SÉROTONINE*. Encyclopædia Universalis. Consulté le 23 mai 2022, à l'adresse <https://www.universalis.fr/encyclopedie/serotonine/>

Hanoune, J. (s. d.). *ADRÉNALINE*. Encyclopædia Universalis. Consulté le 23 mai 2022, à l'adresse <https://www.universalis.fr/encyclopedie/adrenaline/>

HAS. (2007, 6 juin). *Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire*. Haute Autorité de Santé. Consulté le 22 novembre 2021, à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/c_540915/fr/evaluation-et-suivi-de-la-douleur-chronique-chez-l-adulte-en-medecine-ambulatoire

HAS. (2008, 3 décembre). *Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient*. Haute Autorité de Santé. Consulté le 23 mai 2022, à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/c_732257/fr/douleur-chronique-reconnaitre-le-syndrome-douloureux-chronique-l-evaluer-et-orienter-le-patient

HAS. (2013, 25 février). *Education thérapeutique du patient (ETP)*. Haute Autorité de Santé. Consulté le 7 février 2022, à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp

HAS. (2019, septembre). *Parcours de soins d'un patient douloureux chronique – Note de cadrage*. Haute Autorité de Santé. Consulté le 19 novembre 2021, à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/p_3218057/fr/parcours-de-soins-d-un-patient-douloureux-chronique-note-de-cadrage

HAS. (2009, avril). *Douleur chronique : les aspects organisationnels*. Haute Autorité de Santé. Consulté le 23 mars 2022, à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/c_813396/fr/douleur-chronique-les-aspects-organisationnels

International Association for the Study of Pain. (2022, 17 janvier). *Clinical Practice Guidelines*. International Association for the Study of Pain (IASP). Consulté le 22 janvier 2022, à l'adresse <https://www.iasp-pain.org/resources/fact-sheets/clinical-practice-guidelines/>

L'Antalvite. (2021, 13 décembre). *L'ÉCHELLE NUMÉRIQUE (EN)*. Consulté le 25 mai 2022, à l'adresse <https://www.antalvite.fr/lechelle-numerique-en/>

Lee, D. (2020, 27 mai). *Biofeedback and Pain*. Susan Samuelli Integrative Health Institute. Consulté le 29 janvier 2022, à l'adresse <https://ssihi.uci.edu/tip/biofeedback-and-pain/>

Maiese, K. (2022, 25 janvier). *Moelle épinière*. Manuels MSD pour le grand public. Consulté le 7 février 2022, à l'adresse <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/troubles-du-cerveau,-de-la-moelle-%C3%A9pini%C3%A8re-et-des-nerfs/biologie-du-syst%C3%A8me-nerveux/moelle-%C3%A9pini%C3%A8re>

Marcault, E. (2010, 10 février). *La randomisation et ses outils*. Recherche clinique paris centre. Consulté le 24 mai 2022, à l'adresse https://www.recherchecliniquepariscentre.fr/wp-content/uploads/2012/01/CoursDU_Randomisation_20120210_EMT.pdf

NHWS. (2010). *National Health and Wellness Survey*. KANTAR. Consulté le 29 janvier 2022, à l'adresse <https://www.kantar.com/Expertise/Health/DA---Real-World-Data-PROs-Claims-and-Health-Records/National-Health-and-Wellness-Survey-NHWS>

Pain alliance Europe. (2017, juin). *Survey on Chronic Pain : Diagnostics, Treatment and Impact of Pain*. Consulté le 14 janvier 2022, à l'adresse <https://pae-eu.eu/surveys/>

Pickering, G. (2020, 4 novembre). *Le récepteur NMDA, une cible pivot pour alléger la douleur chronique réfractaire ?* Académie Nationale de Pharmacie. Consulté le 7 février 2022, à l'adresse https://www.acadpharm.org/divers/page.php?rb1=30&id_doc=5561

Plançon, J. P. (2014). *Déconditionnement physique*. AFNP. Consulté le 8 février 2022, à l'adresse <https://www.neuropathies-peripheriques.org/deconditionnement/>

Psychomédia. (1996, 1 janvier). *Définition : Sérotonine*. Consulté le 9 février 2022, à l'adresse <http://www.psychomedia.qc.ca/lexique/definition/serotonine>

Psychomédia. (2012, 24 novembre). *Définition : Affect*. Consulté le 8 février 2022, à l'adresse <http://www.psychomedia.qc.ca/lexique/definition/affect>

Psychomédia. (2013, 14 octobre). *Définition : Noradrénaline*. Consulté le 23 mai 2022, à l'adresse <http://www.psychomedia.qc.ca/lexique/definition/noradrenaline>

Psychomédia. (2018, 9 février). *Définition : Axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (axe HHS)*. Consulté le 23 mai 2022, à l'adresse <http://www.psychomedia.qc.ca/lexique/definition/axe-hypothalamo-hypophyso-surrenalien>

Psychomédia. (2021, 24 février). *Définition : Opiode endogène*. Consulté le 9 février 2022, à l'adresse <http://www.psychomedia.qc.ca/lexique/definition/opioide-endogene>

Société française d'étude et de traitement de la douleur & Centre national de ressources douleur. (2018). *La douleur en questions*. Société Française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD). Consulté le 29 janvier 2022, à l'adresse https://documentation.ch-mazurelle.fr/index.php?lvl=notice_display&id=86378

Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur. (2017). *État des lieux et propositions pour un système de santé éthique et citoyen*. SFETD - Site web de la Société Française d'Etude et du Traitement de la Douleur. Consulté le 14 janvier 2022, à l'adresse <https://www.sfetd-douleur.org/les-livres-blancs/>

Thomsen, C. (2022). *Définition de « Nociception »*. Dictionnaire médical. Consulté le 7 février 2022, à l'adresse <https://www.dictionnaire-medical.fr/definitions/332-nociception/>

UCL School of Pharmacy. (2012, 11 janvier). *A million NHS users are suffering preventable or inadequately treated pain*. UCL News. Consulté le 22 novembre 2021, à l'adresse <https://www.ucl.ac.uk/news/2012/jan/million-nhs-users-are-suffering-preventable-or-inadequately-treated-pain>

Vulgaris Médical. (2022). *Algologie*. Consulté le 7 février 2022, à l'adresse <https://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie-medicale/algologie>

Humeur :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ne gêne pas Gêne complètement

Capacité à marcher :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ne gêne pas Gêne complètement

Travail habituel (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques) :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ne gêne pas Gêne complètement

Relation avec les autres :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ne gêne pas Gêne complètement

Sommeil :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ne gêne pas Gêne complètement

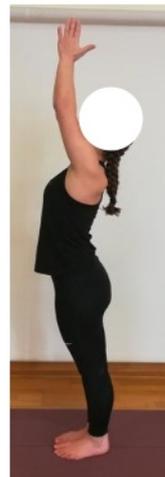
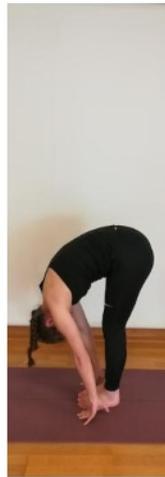
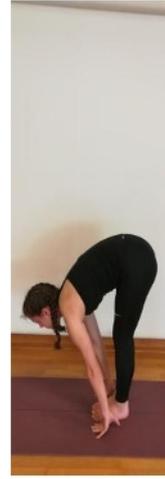
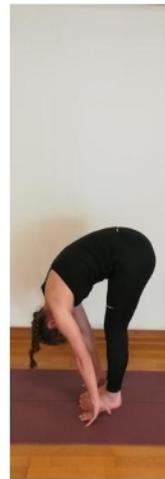
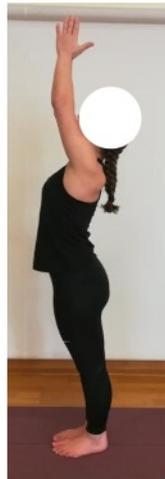
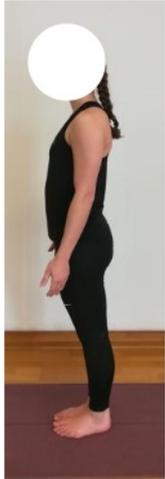
Goût de vivre :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ne gêne pas Gêne complètement

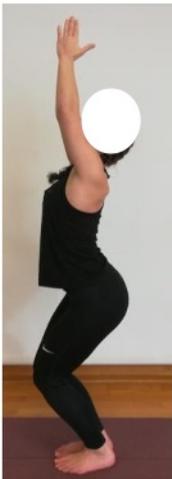
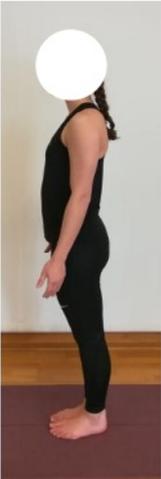
2 : Séances d'ADES

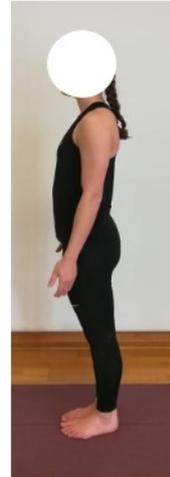
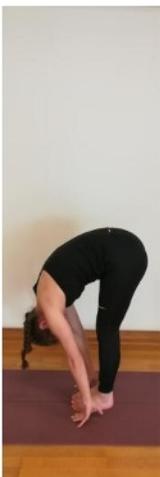
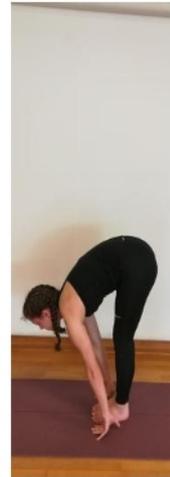
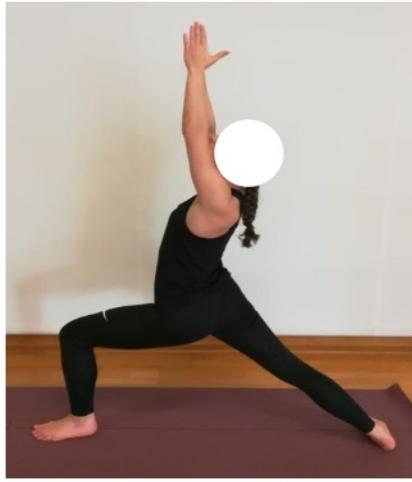
A : Séance d'Ashtanga Vinyasa Yoga

Suryanamaskara A (Salutation au soleil A)



Suryanamaskara B (Salutation au soleil B)



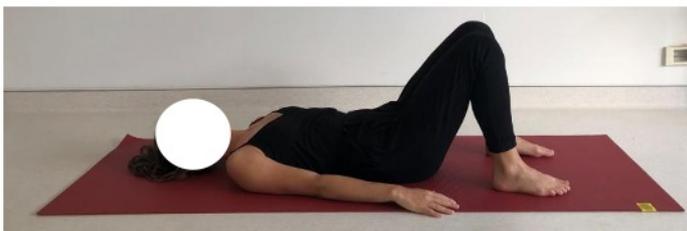
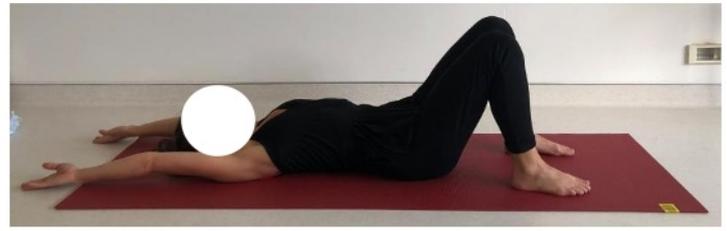


B: Séance de pilâtes

The hundred simplified



The shoulder bridge simplified



C: Séance de cohérence cardiaque

Travail de respiration ventrale :

Incitation à respirer sans réfléchir avec une main posée sur le thorax et une main sur le ventre. Observation du mouvement des mains. Consigne de respirer en ne faisant bouger que la main posée sur le ventre. Ensuite, incitation à venir inspirer et expirer le plus profondément possible, puis d'expirer plus longtemps que l'inspiration.

Explication des mécanismes et intérêt de la respiration ventrale et de la cohérence cardiaque.

Présentation et utilisation de l'application Respirelax+ qui permet aux patients d'avoir une aide et d'un guide visuel à la cohérence cardiaque.

D : Séance de relaxation Jacobson

Texte Yancy Dufour

Balayage corporel : vous êtes bien allongés sur le dos, les bras le long du corps, les paumes de main vers le plafond, la tête bien dans l'axe du corps... les jambes légèrement écartées, les pieds qui tombent vers l'extérieur... Prenez trois bonnes respirations ventrales : à l'inspiration votre ventre se gonfle et à l'expiration il se dégonfle... Vous pouvez fermer les yeux si ce n'est pas encore fait et si vous le souhaitez... Vous êtes bien, détendu...

1 : En commençant par le pied droit, recroquevillez les orteils et contractez l'ensemble du pied, maintenez la contraction (l'animateur compte jusque 5 par exemple), repérez la sensation de contraction, relâchez, mémorisez la détente. Recommencez jusqu'à ce que vos pieds soient chauds et bien détendus.

2 : Contractez les muscles du mollet de la jambe droite, puis relâchez. Recommencez jusqu'à ce que votre jambe vous paraisse lourde et détendue.

3 : Continuez en remontant jusqu'à la cuisse droite. Les grands muscles de la cuisse sont parfois tendus. Une relaxation complète de la cuisse vous demandera peut-être un peu plus de temps.

4 : Contractez toute la jambe droite et relâchez.

5 : Passez à la jambe gauche et répétez les étapes 1 à 4.

6 : Vos deux jambes sont-elles complètement détendues ? Si ce n'est pas le cas : contractez les 2 jambes ensemble et tenez le plus longtemps possible avant de relâcher. Si nécessaire, recommencez jusqu'à avoir l'impression que vos jambes sont si lourdes que vous ne pouvez plus les bouger.

7 : Contractez le plus possible les muscles des fesses puis relâchez. Faites de même avec les abdominaux. Vous devez avoir l'impression de vous enfoncer dans le matelas ou le tapis.

8 : Inspirez profondément et régulièrement trois fois, afin de faire travailler les muscles du thorax et d'augmenter le niveau d'oxygène dans le sang, puis expirez lentement : chassez l'air avec un soupir et imaginez que ce soupir emporte toute votre tension mentale.

9 : En commençant par votre bras droit, crispez fortement le poing puis relâchez. Répétez jusqu'à ce que votre main vous semble chaude et relâchée. Continuez en remontant (comme pour la jambe) jusqu'à l'avant-bras, puis jusqu'au bras. Puis tout le bras droit. Faites de même avec le bras gauche, puis, si nécessaire, contractez les deux ensemble en suivant les indications de l'étape 6.

10 : Une grande partie de la tension corporelle s'accumule dans les muscles des épaules et du cou. Leur relaxation demande donc davantage de temps et de concentration. Montez les épaules vers le plafond, tenez cette position le plus longtemps possible, puis relâchez. Haussez les épaules vers les oreilles (toujours en restant allongé), maintenez cette position, puis relâchez. Répétez ces mouvements autant de fois que nécessaire, jusqu'à ce que vos épaules soient lourdes et détendues.

11 : Balancez la tête de droite à gauche pour détendre les muscles du cou (c'est le poids de la tête qui effectue presque tout le travail).

12 : Enfin, concentrez-vous sur le visage. Froncez les sourcils, pincez les lèvres, faites la moue, découvrez les dents, souriez (autrement dit, faites des grimaces), tenez chaque « grimace » quelques secondes, puis relâchez.

13 : Contraction de tout le corps, jambes, bras, tête et relâchement.

14 : Effectuez quelques respirations profondes en imaginant que chaque expiration emporte toutes les tensions qui restent. Répétez-vous « je me sens de plus en plus détendu ». Sentez votre corps s'enfoncer dans le sol.

15 : A ce stade, vous aurez probablement sommeil. Reposez-vous quelques minutes. Puis donnez-vous le temps de vous réveiller, étirez-vous comme un chat et secouez vos membres avant de vous lever et de reprendre votre activité.

E : Séance de méditation sur la respiration

Texte Yancy Dufour

Vous allez choisir un endroit tranquille pour méditer en position assise. Vous pouvez, à votre convenance, vous asseoir sur une chaise ou sur votre tapis, contre un mur si vous le souhaitez.

Vous vous asseyez donc dans une position confortable. Vous pouvez vous asseoir dans la posture traditionnelle, jambes croisées, ou dans n'importe quelle autre position confortable. La chose la plus importante est de garder le dos droit afin d'éviter l'engourdissement et la somnolence.

Vous pouvez garder les yeux mi-clos ou tout simplement les fermer.

Travail mental : maintenant vous dirigez votre attention vers votre respiration. Respirez naturellement, de préférence par le nez, sans tenter de contrôler votre respiration, et essayez d'être conscients de la sensation du souffle qui entre et qui sort par les narines. Cette sensation constitue votre objet de méditation, celui sur lequel vous devez essayer de vous concentrer à l'exclusion de toute autre chose.

Vous pouvez observer le trajet de l'air, le long des muqueuses nasales, puis qui descend dans la trachée, les poumons, peut-être le ventre qui se gonfle puis qui se dégonfle et l'air qui repart. Vous pouvez entendre le son de l'air quand il ressort de votre nez.

Captez les sensations liées à cette respiration. La température, l'air qui entre certainement frais et ressort plus chaud. Les mouvements de votre corps à chaque inspiration et expiration, au niveau de la tête, du cou, des épaules, du thorax, du ventre. Observez chaque partie du corps qui est concernée par cette respiration. Quelle que soit la sensation observée, recevez là, accueillez là, en mode contemplatif ici et maintenant, en pleine conscience.

Au début, votre esprit sera peut-être agité et il se peut même que votre méditation semble avoir pour effet de le rendre encore plus agité, mais en réalité c'est seulement parce que vous devenez plus conscients de l'état d'agitation dans lequel se trouve votre esprit. Vous serez fortement tentés de suivre les différentes pensées qui surgissent, ces pensées parasites, perturbatrices, mais pour y résister il vous suffit juste de rester concentrés en un seul point, sur la sensation du souffle. Cette sensation du souffle constitue votre information cible sur laquelle vous vous concentrez.

Si vous découvrez que votre esprit vagabonde et suit vos pensées, c'est tout à fait normal, ramenez alors immédiatement votre attention sur le souffle. Il faut répéter ce processus autant de fois qu'il est nécessaire, jusqu'à ce que l'esprit se stabilise sur la respiration. Concentration / Déconcentration / Reconcentration.

Vous êtes dans votre respiration et rien que votre respiration. Vous contemplez chaque respiration les unes après les autres. Une respiration, puis une autre. A chaque respiration vous oubliez la respiration précédente, et ne pensez pas à la suivante, vous êtes juste dans l'instant présent, la respiration en cours, ici et maintenant. Totalement conscients. Vous accueillez, recevez toutes les sensations liées à votre respiration.

Fin de méditation : alors que cette pratique est sur le point de se terminer, vous pourrez une fois que les cloches auront sonné, doucement quitter votre posture immobile... mais avant cela, observez le temps que vous avez consacré à cet entraînement à la pleine conscience, le temps que vous venez de passer avec vous-même, le temps que vous avez consacré à prendre soin de vous, la bienveillance que vous avez eu envers vous-même et félicitez-vous de cela. Pensez à entretenir cette bienveillance quotidiennement.

(Les cloches sonnent). Très bien. Maintenant, quand vous le souhaitez, vous pourrez en douceur reprendre contact avec votre environnement en remuant légèrement les doigts de la main, en vous étirant, contractant... puis tout doucement ouvrir les yeux...

Présentation et utilisation application Petit Bambou qui permet aux patients d'avoir une aide et d'un guide auditif à la méditation.

3 : séances d'ETP

Atelier 1 : Activité physique et douleur

- Echanges sur les croyances des patients face à l'activité physique et la douleur
- Apports de connaissances sur les effets d'une pratique physique dans la gestion de la douleur
- Repérage des stratégies à adopter en fonction des symptômes perçus

Atelier 2 : Activité physique et quotidien

- Echanges sur les activités physiques du quotidien
- Repérage des postures adoptées durant ces différentes activités
- Apports de connaissances sur les postures de protection à adopter lors de la réalisation de ces activités
- Mise en pratique de ces postures

Atelier 3 : Gérer ma douleur à la sortie

- Bilan des informations retenues de la semaine
- Organisation des adaptations du quotidien à mettre en place
- Construction d'un programme personnalisé de pratique physique pour le retour à domicile

4 : Résumé présentation APA



APAS : Activité Physique Adaptée et Santé

L'Enseignant en APA mobilise des connaissances scientifiques pluridisciplinaires pour évaluer les ressources et les besoins spécifiques des individus, et pour concevoir des dispositifs et des projets d'intervention.

L'EAPA intervient auprès de personnes dont les aptitudes physiques, psychologiques ou conditions sociales réduisent leur niveau d'activité et leur participation sociale. Il s'agit notamment de personnes en situation de handicap, de personnes atteintes de maladies chroniques, de personnes en difficulté d'insertion sociale et des personnes avançant en âge.

L'EAPA met en œuvre ses compétences d'enseignement des activités physiques adaptées afin de mobiliser les déterminants bio-psycho-sociaux de la personne pour l'accompagner dans son projet d'activité physique.

L'EAPA propose des situations motrices d'enseignement qui utilisent des activités physiques, sportives ou artistiques dans des conditions techniques, matérielles, réglementaires et motivationnelles adaptées à la situation et à la sécurité du pratiquant, dans un objectif de rééducation, de réadaptation, d'éducation, de prévention et/ou d'insertion sociale

L'intervention en APA s'effectue en pleine autonomie en articulation avec celle des autres professionnels de la santé, de l'éducation ou du développement social. L'EAPA travaille en équipe pluridisciplinaire et exerce sous prescription ou autorisation médicale

Cœur de métier :

Optimiser les capacités des personnes à besoins spécifiques dans les domaines bio-psycho-sociaux par la médiation d'activités physiques, sportives ou artistiques.

Concevoir des programmes personnalisés d'intervention pour des personnes à besoins spécifiques:

- à partir de leurs demandes personnelles et de l'évaluation de leurs attentes, besoins et capacités, et en cohérence avec le projet institutionnel
- en valorisant leur identité individuelle et sociale
- en s'appuyant sur le sens de l'activité physique et le plaisir qu'elle engendre

Afin qu'elles puissent participer le plus possible, de façon autonome, à une vie de qualité en société.

Maëliiss Colleter, Enseignante en APA (EAPA)
Secteur Bénodet, Binic, Cancale, USCPO
Poste 7133

Source : SFP APA

5 : Validation projet de mémoire



PROJET DE PRISE EN CHARGE

Titre de Pétude :

La prise en charge en Activités Physiques Adaptées et en Education Thérapeutique du Patient chez les patients hospitalisés en cure de kétamine pour des douleurs chroniques

BUT DE L'ÉTUDE:

Rechercher si l'ajout d'Activités D'entretien et De développement de Soi ainsi que d'Education Thérapeutique du Patient pendant les cures de kétamine des patients souffrants de douleur chronique à un effet sur les dimensions bio-psycho-sociales de la douleur.

DEROULEMENT DE L'ÉTUDE :

Prise en charge des patients tous les jours du lundi au vendredi pour des séances d'Activités Physiques Adaptées et d'Education Thérapeutique du Patient.

Passation du Questionnaire Concis de la Douleur le lundi matin à l'arrivée des patients, le vendredi à la sortie et à 1 mois post cure.

FRAIS MEDICAUX :

La collaboration à ce protocole de recherche n'entraînera pas de participation financière de la part des patients.

CONFIDENTIALITE :

Toute information recueillie pendant cette étude sera traitée de façon confidentielle. Seuls les responsables de l'étude pourront avoir accès à ces données. A l'exception de ces personnes, qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, l'anonymat sera préservé.

Les données enregistrées à l'occasion de cette étude feront l'objet d'un traitement informatisé. S'agissant de données nominatives, les patients bénéficieront à tout moment, du droit d'accès et de rectification des données les concernant et, en ce qui concerne les informations de nature médicale, ce droit est exercé par l'intermédiaire de la Clinique Mutualiste La Sagesse conformément à la loi 78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés, modifiée par la loi n°94-548 du 1er juillet 1994, relative au traitement des données nominatives ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé.

Conformément à l'article L 1122-1 du Code de la Santé Publique (loi de Mars 2002 relative aux droits des malades) les résultats globaux de l'étude pourront être communiqués si les patients le souhaitent.

Si les patients ont des questions pendant leur participation à cette étude, ils pourront nous contacter par mail sur kines.lasagesse@hospigrandouest.fr.

Les patients sont libres d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Cela n'influencera pas la qualité des soins qui leurs seront prodigués. Ils peuvent également décider en cours d'étude d'arrêter leur participation sans avoir à se justifier.

Sous la supervision des Dr Céline BUSNEL et Dr Clémentine LEPICARD,

Dr Céline BUSNEL

10002679909-35 1 05815 1

CLINIQUE MUTUALISTE LA SAGESSE
4 Place Saint Guénolé - CS 44345
35043 RENNES CEDEX

Dr Clémentine LEPICARD

10100502658 - 35/7618

CLINIQUE MUTUALISTE LA SAGESSE
4 Place Saint Guénolé - CS 44345
35043 RENNES CEDEX

CLINIQUE MUTUALISTE
"LA SAGESSE"
4 Place Saint Guénolé - CS 44345
35043 RENNES CEDEX
02 99 85 75 75
Prest. 35020139 - Siret 775 591 076 00234

6 : Questionnaire de Marshall

(A) Combien de fois par semaine faites-vous 20 minutes d'activité physique intense au point de transpirer ou de haleter (être essoufflée) ?

(Par exemple : jogging, port de charge lourde, aérobic ou cyclisme à allure rapide)

- plus de 3 fois par semaine (score : 4)
- 1 à 2 fois par semaine (score : 2)
- jamais (score : 0)

(B) Combien de fois par semaine faites-vous 30 minutes d'activité physique modérée, ou de la marche, qui augmente votre fréquence cardiaque ou qui vous font respirer plus fort que normalement ?

(Par exemple : tondre la pelouse, porter des charges légères, faire du vélo à allure modérée ou jouer au tennis en double).

- plus de 5 fois par semaine (score : 4)
- 3 à 4 fois par semaine (score : 2)
- 1 à 2 fois par semaine (score : 1)
- jamais (score : 0)

Total score A + score B =

- Score ≥ 4 = « Suffisamment » actif (encourager le patient à continuer)
- Score 0—3 = « Insuffisamment » actif (encourager le patient à en faire plus).

Les pathologies douloureuses chroniques ont un fort retentissement au niveau fonctionnel, psychologique, émotionnel et social sur les patients. Une des prises en charge proposée est le traitement sous Kétamine. Cependant, la littérature fait état d'un manque d'efficacité de ce médicament dans la prise en charge de la douleur chronique. Il est donc important de développer la reconnaissance des approches non-médicamenteuses de la douleur. L'objectif de ce mémoire est de rechercher si l'ajout d'activités physiques adaptées (APA) et d'éducation thérapeutique du patient (ETP), pendant les cures de kétamine des patients souffrants de douleur chronique, a un effet sur les dimensions bio-psycho-sociales de la douleur. Les résultats obtenus montrent, à court et moyen terme, qu'un patient ayant pratiqué des séances d'APA et d'ETP pendant la cure, améliore ses ressentis sur l'intensité de la douleur et l'impact de cette dernière sur la capacité fonctionnelle, les relations sociales et l'état psychologique. Cette étude soutient les données de la littérature concernant l'impact d'un programme d'APA et d'ETP sur l'intensité et les dimensions bio-psycho-sociales de la douleur. Elle permet également de démontrer qu'un programme d'APA et d'ETP est bénéfique lors d'une prise en charge pendant les cures de kétamine.

Douleurs chroniques / Activité physique / Kétamine / Education thérapeutique du patient

Chronic pain pathologies have a strong functional, psychological, emotional and social impact on patients. One of the proposed treatments is ketamine. However, the literature reports a lack of effectiveness of this drug in the management of chronic pain. It is therefore important to develop the recognition of non-drug approaches to pain. The objective of this thesis is to investigate whether the addition of adapted physical activities (APA) and therapeutic patient education (TPE), during ketamine treatments for patients suffering from chronic pain, has an effect on the bio-psycho-social dimensions of pain. The results obtained show, in the short and medium term, that a patient who has practiced APA and TPE sessions during the cure, improves his feelings on the intensity of pain and the impact of the latter on functional capacity, social relations and psychological state. This study supports the data in the literature concerning the impact of an APA and TPE program on the intensity and bio-psycho-social dimensions of pain. It also demonstrates that an APA and TPE program is beneficial when managed during ketamine therapy.

Chronic pain / Physical activity / Ketamine / Therapeutic patient education