



Page 1

PÉDIADOL

ANNUAL SCIENTIFIC
 MEETING BELGIAN PAIN
 SOCIETY

Page 6

ECHO DE L'ASSEMBLÉE
 GÉNÉRALE DU 9 MARS
 2021 : BILAN D'ACTIVITÉ
 2020

Page 8

COCORICO POUR LES GIFIDIENNES RÉDAC-
 TRICES ! DES ARTICLES POUR LA REVUE
 FRANÇAISE « DOULEUR ET ANALGÉSIE »

21 MAI 2021 : SYMPOSIUM « PALLIAGUIDE »

Page 9

AGENDA
 DES CONGRÈS

Chers membres,

Votre 11^e newsletter est parue et vous informe sur les actualités, les projets du GIFD, les congrès douleur. Nous vous invitons à découvrir les différents compte-rendu. Vous avez également la possibilité de participer aux travaux de l'association. En effet, nous sollicitons des infirmier(e)s pour un groupe de travail sur le Méopa. Toutes les informations sont indiquées dans ce document. Plusieurs congrès d'algologie seront prévus dès l'automne. Alors, n'hésitez plus et venez nous rejoindre lors de ces journées scientifiques et ces projets.

Toute l'équipe du GIFD vous souhaite un agréable été afin de vous retrouver et de vous ressourcer.

Prenez bien soin de vous

Nadine Chard'homme

PÉDIADOL : FEED BACK PAR ANNE-LAURE

Voici le lien qui vous permettra de consulter les résumés des présentations de la 27^e journée

➔ Lien : [ATDE - 27es Journées PEDIADOL : Journée Plénière - 14h-15h30 on Vimeo](#)

ANNUAL SCIENTIFIC MEETING BELGIAN PAIN SOCIETY: "CHRONIC PAIN: PRIMARY, SECONDARY AND TERTIARY PREVENTION" VIA WEBINAR 5TH DECEMBER 2020

Sandrine Naveau est infirmière algologue au CHC de Liège dans l'équipe algologique multidisciplinaire

PECS block new hype or new standard ? **Barbara Versyck (Turnhout)**

- ➔ Impact de ce bloc sur la douleur aiguë:
- ➔ Amélioration de l'analgésie systémique (plusieurs études réalisées)
- ➔ Effets sur: la consommation de morphinique, score douleur, intervalle douleur
- ➔ Meilleure couverture de la zone des aisselles (par rapport à un bloc para-vertébral)
- ➔ Bloc serratus: moins bon résultat que Pecs block sur la douleur



POST-OP d'une chirurgie mammaire (douleur):

- Douleur d'irritation-brûlure dans la zone supérieure et aisselle
- Douleur paroi thoracique
- Névralgie intercostale
- Douleur musculaire

Prévention:

- Bonne analgésie pour diminuer douleur aiguë post-op
- PEC multimodale: diminuer la douleur à différents niveaux sans surconsommation
- Soutien psycho-social pendant le post-op

Traitement:

- Médicamenteux et rééducation (physiothérapie)
- Pecs Block: utilisé pour les herpès thoracique, plaie traumatique (coup de couteau)

Pecs block et douleur chronique:

Résultat positif et prometteur mais à réévaluer (étude en cours)

Efficacy of screening tools for neuropathic pain in daily clinical practice Hans Timmerman (The Netherlands)

Efficacité des éléments de dépistage pour la douleur neuropathique en pratique clinique

- Difficulté de différencier les types de douleurs: souvent un mixte avec chevauchement

Comment faire la distinction?

- **Screening tools:** Paindetect, DN4
- Traduction des questionnaires en tenant compte de l'**adaptation cross culturel** (culture et langue prises en compte: sensibilité et expression différentes!)
- Il existe des directives pour bien traduire les questionnaires (guidelines) Wild et al. Value Health.2005
- Pour la Belgique: **DN4**
Français => interrogatoire du patient
Néerlandais => In te vullen door de patient (le patient coche lui-même)

Outils:

- PAINDETECT: sensibilité de 88% et spécificité de 55%
- DN4: sensibilité de 75% et spécificité de 76% => pour environ ¼ des patients, les résultats seront erronés (25% de faux diagnostic, 58% True +, 17% True -)

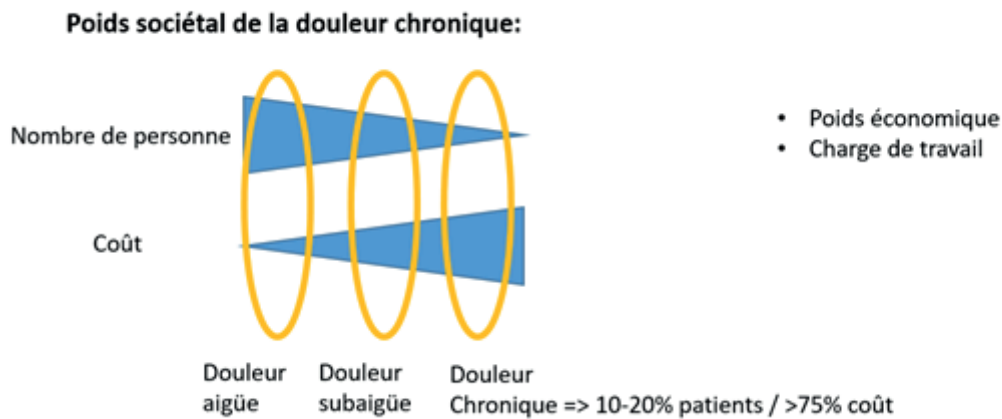
Pratique quotidienne:

- **Bed side examination** – Examiner le patient (de moins en moins fait)
- **Changement sensoriel?** (pinceau, pointe douce) Plus on réalise ce test, plus on affine sa sensibilité

Conclusions:

- Classification des douleurs: questionnaire ET examen clinique
- Rassembler tous les instruments de mesure: pas recommandé
- Tenir compte du contexte culturel

Prévention secondaire: place des professionnels de 1^{ère} ligne



Outils de prévention secondaire :

- **ÖMPSQ/ ÖREBRO**: dans une population hétérogène, capacité prédictive acceptable
- **Yellow flags** : trouble du sommeil, travail physique intense et/ou répétitif, BMI > 25, âge, tabac
- Lien avec les **croyances et émotions!**
- Questionnement : questions précises pour éviter l'interprétation

Meilleure question: « quels sont vos attentes de récupération dans 6 mois ou 1 an? »

Perception subjective => prédiction chronicisation. Le patient va tenir compte des tous ses aspects
Ensuite, évaluer ce qu'il y a sous l'iceberg: « pourquoi »?

- **Education** : Explain pain mais vision paternaliste? Si explication de la douleur, le patient ira mieux? Tenir compte du contexte et des obstacles
- **Outils pour aider le patient à reprendre des activités:**



- Messages positifs
 - Start back protocol (thérapeutes formés)

Principales causes de douleur chronique: lombalgie et douleur musculo-squelettique

Le guideline de 1987 (Quebec Task Force) n'est pas très différent de 2020: pourquoi pas d'évolution positive?

- **Réassurance du patient** avec examen négatif: effet court terme chez les anxieux?
- Terme souvent employé: « **PROTECTION** » induit la notion de danger? (éducation thérapeutique du patient: évaluer les problèmes et l'expression du patient)
- Toujours peut-être **trop de** chirurgie ou de traitement morphinique?
- Les examens (IRM..) vont peut-être amener la naissance **d'autres découvertes?**
- **Attitude bio-médicale** des soignants?
- Obstacle systémique: **manque de réseau local** (meilleure PEC et communication)

Pourquoi un lien avec la 1^{ère} ligne ?

- Risque de chronicisation : 1 patient sur 8 => un généraliste, sur une journée, va voir 1 ou 2 patients à risque
- Le généraliste connaît ses patients (« flair » pour repérer le risque)
- Eviter la PEC technique du problème (guideline peu suivi)

=> **Projet en cours** : formation des 1^{ères} lignes (kiné et médecin traitant) avec implication des organisations de patients

Prevention in back pain : importance of risk stratification and assessment of rehabilitation potential *Peter Van Wambeke (Leuven)*


Prévention douleur lombaire (LBP=Low Back Pain): chez le « bon » patient au « bon » moment avec le « bon » traitement

Guidelines:


Evaluer le profil de risque:

- **Risque de chronicisation => flags**

Perception/émotion 

Symptômes psychologique 

Perception du travail 

Obstacle contextuel (médico-légal..) 

Instruments: örebro (short version – force: prévision de l’absentéisme) => aide dans la prise de décision mais toujours réaliser l’anamnèse et se fier à son ressenti. Réévaluer le profil de risque dans le temps

Evaluer le potentiel de rééducation:

Aller chercher les avantages du patient

1. Conditions fonctionnelles actuel?
2. Besoins et attentes du patient? Demande de participation
3. Qualité et contenu d’une rééducation déjà réalisée?
4. Quelle possibilité de rééducation reste-t-il?

FIXER CADRE

Education et information, mobilité, stabilité de la colonne vertébrale, charge, ergonomie, respiration/relaxation, entraînement spécifique, facteurs environnementaux et personnels

=> Combinaison des différents éléments

MOYENS

Exercice physique (groupe ou seul: technique manuel, éducation, accompagnement psycho-social)

SI POTENTIEL DE REEDUCATION EPUISE AVEC RISQUE ACCRU: Cure => care

- Soutien et accompagnement d’acceptation sans perte de vue la fonctionnalité
- Exercices différents: pacing, optimiser

→ 4 profils de patient:

- Evitement
- « doers » « faiseur » (profil le plus adapté)
- Extrême cyclers
- Medium cyclers

Douleur lombaire

- **Pas toujours besoin** d'une prise en charge multidisciplinaire
- **Suivi kiné** individuel (dés fois, besoin d'un soutien plus large)
- « Acharnement » **à éviter**
- **Pas de focus sur l'acceptation d'office** car risque de manquer des opportunités
- Penser à la **prévention des rechutes** : réflexe d'inhibition précoce (médication, thérapie manuelle, motor control training)
- Tenir compte de la **médecine du travail**

Clinical, psychological and genetic risk factors for the development of chronic (neuropathic) pain Didier Bouhassira (France)

Facteurs de risque (clinique, psychologique, génétique) de développer une douleur neuropathique

- D'un point de vue mondial, les résultats sont relativement proche: risque entre 6 à 10%
- **Examen standard du patient**: pas facile à réaliser car résultats différents (impression clinique)
- **Douleur neuropathique**: impact sur la qualité de vie (non liée à la sévérité ou la durée), sur le sommeil (lien direct entre altération du sommeil et DN4), l'humeur, l'anxiété

Facteurs de risque:

DEMOGRAPHIQUE

Older age (pic entre 65-75 ans), female gender (prévalence de 8,4%. Prévalence chez les hommes: 5,6 %), ethnique

PATIENT

Tabac, HDL cholestérol, BMI, Circonférence de la taille, qualité de vie, habitat rural, travailleur manuel..

CLINIQUE

Post-op: description de la douleur en post-op direct (3h-6h post-op)=prédictif de douleur neuropathique dans les 3 à 6 mois

Douleur aiguë: DN4 élevé en post-op immédiat = prédictif

Zona: 10 à 12% garderont une douleur neuropathique

PSYCHOLOGIQUE

Dépression, anxiété, catastrophisme, sentiment d'injustice

FACTEURS COGNITIFS

La douleur chronique entraîne une altération des fonctions cognitives (mémoire, attention)

MAIS est-ce qu'une altération des fonctions cognitives est un facteur prédictif de douleur chronique?

Plusieurs études prouvent que oui:

Trail making test



- Mesure de l'attention visuelle
 - Flexibilité cognitive
- ⇒ Les résultats sont prédictifs pour l'apparition de douleur neuropathique (6 à 12 mois)

GENETIQUE (11-37%)

- Etudes de gènes candidats: identification mais quel rôle dans le développement de douleur neuropathique?
 - Etude plus globale sur l'ensemble du génome (catécholamine, complexe HLA, Interleukine...)
- ⇒ Difficulté d'estimer l'importance actuellement

- Gène SCN 9 A (code pour un sous-canal sodique) => réglage de l'excitabilité du neurone

La mutation de SCN 9 A entraîne des symptômes cliniques de douleur chronique (erythromelalgie, douleur paroxystique extrême, insensibilité congénitale de la douleur)

FACTEURS CEREBRAUX

L'imagerie cérébrale peut-elle identifier les facteurs de risque de développement de douleur neuropathique?
Etude: anomalie spécifique de la connectivité=élément prédictif (phase aigüe - douleur lombaire)
Intéressant car technique non invasive mais coût...

CONCLUSION

EVALUATION MULTIMODALE

(Projet européen: DOLORISK, IMI-PAINCARE)

ECHO DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 9 MARS 2021 : BILAN D'ACTIVITÉ 2020

Nadine Chard'homme est Infirmière spécialisée en algologie au Centre multidisciplinaire pour le traitement de la douleur chronique aux Cliniques Universitaires Saint-Luc. Elle est présidente du GIFD

Le Groupe des Infirmier(e)s Francophones Douleur existe depuis 2009.

Une première décennie est donc franchie !

Il est reconnu comme Professional Interest Group (PIG) de la Belgian Pain Society (BPS), un chapitre de l'International Association of Study of Pain. (IASP).

Il s'est constitué en asbl depuis le 24 février 2014, conventionnée avec l'acn depuis le 24 mars 2014.

Ce groupe est composé de 11 membres infirmiers avec une diversité tant géographique qu'en termes de spécificités professionnelles.

Depuis sa création, le GIFD a toujours privilégié le partage d'expériences se voulant être une plateforme d'échanges et de réflexions. (Site internet : www.gifd.be)

Sa volonté est de faire progresser et d'améliorer la prise en charge de la douleur, selon une approche biopsychosociale et interdisciplinaire, et ce pour tous les types de douleur.

Ses objectifs sont de

- Promouvoir et développer la gestion de la douleur dans l'Art Infirmier, les sciences infirmières et la qualité des soins
- Regrouper tout praticien de l'Art Infirmier intéressé par cette matière, notamment les infirmiers porteurs d'une qualification professionnelle particulière en évaluation et traitement de la douleur ou tout autre titre dans le domaine de l'algologie, reconnu en Belgique
- Représenter et défendre la profession et l'Art Infirmier en douleur tant du point de vue de l'intérêt professionnel des membres que dans l'intérêt des patients qui leur sont confiés

Concrètement, nous souhaitons

- Défendre la fonction d'infirmier algologue
- Soutenir les collègues participant aux projets nationaux en douleur
- Développer davantage la formation de base et continuée en algologie
- Être un interlocuteur pertinent, reconnu et concerté par les instances nationales
- Faire profiter les collègues et les patients de notre expertise en évaluation et traitement de la douleur

Réalisations en 2020

- Membre de l'Assemblée générale de l'UGIB (depuis avril 2015), de la BPS (depuis 2009) et du SIDIEF (depuis décembre 2016)
- Participation au groupe de travail BePPA (Belgian Paediatric Pain Association), qui est un SIG (Specific Interest Group) de la BPS
- Echanges d'expériences et d'informations
- Les projets des équipes algologiques multidisciplinaires adultes, pédiatriques et les équipes des Centres Multidisciplinaires d'Évaluation et Traitement des douleurs chroniques
- Formateurs dans le programme de 150 heures en algologie :
- Approche soignante multidisciplinaire (UF1= 50 heures)
- Expertise en évaluation et traitement de la douleur (UF2= 100 heures)
- Coordination des formations (Henallux (Namur), CPSI (BXL UCL), EPFC (BXL Erasme))

A cause de la pandémie du Covid,

- Nous organisons les réunions en visioconférence : Trois réunions du groupe, deux CA
- Nous avons reporté le Congrès du GIFD et des autres congrès douleur
- Des infirmiers douleur sont réquisitionnés dans les US Covid
- Les cours se donnent en distanciel dans la formation en algologie

Malgré la pandémie,

- Nous avons effectué la Première phase de l'enquête enseignement dans 12 Hautes Ecoles (Bachelier infirmier responsable en soins généraux et Brevet hospitalier) / Une seconde phase est prévue en 2021
- Plusieurs membres ont participé au Workshop du Conseil Fédéral pour la Qualité de l'Art Infirmier(CFQAI) dont le thème était la douleur postopératoire
- Nous avons créé une page Facebook, ce qui permet d'annoncer les congrès et les actualités de l'association.
- Nous avons participé activement aux réunions de la Chambre francophone de l'UGIB (réunion Zoom 1x par semaine) et discuté des dossiers lors des réunions du GIFD.
 - Une actualité professionnelle abondante depuis les 2 AR en mai sur la délégation et la réquisition, publiés par M. De Block (annulés par S.Wilmes). Pour la conférence de presse de l'UGIB, nous avons transmis les points à défendre pour le GIFD.
 - AR sur la délégation des actes infirmiers à des non-infirmiers publié au Moniteur le 06/11/2020, par F. Vandembroucke, qui a soulevé la colère du monde infirmier : participation à la réflexion sur les amendements.
 - Le fonds d'urgence blouse blanche
 - La préparation de la seconde vague Covid
 - La détresse émotionnelle des soignants durant la pandémie
 - Les enquêtes de l'UGIB
 - La visibilité des associations
 - La naissance du syndicat infirmier Union4U
 - La discussion sur l'idée d'un master pour l'infirmier responsable en soins généraux.
- Nous sommes intervenus à la BPS lors du congrès (décembre). Une page est consacrée au GIFD sur leur site.
- Nous poursuivons les démarches de reconnaissance de l'infirmier algologue en tant que pratique avancée(IPA) :
 - Nous défendons l'approche clinique infirmière et le rôle autonome infirmier
 - Nous communiquons les informations des associations professionnelles
 - Nous actualisons le profil de fonction (rédigé en 2011)
 - Nous avons participé au Forum des étudiants à Charleroi / un beau succès !
 - Nous actualisons le site du GIFD : <http://www.gifd.be>

COCORICO POUR LES GIFIDIENNES RÉDACTRICES ! DES ARTICLES POUR LA REVUE FRANÇAISE « DOULEUR ET ANALGÉSIE » EN PRÉPARATION

Plusieurs membres du GIFD sont en train de rédiger des articles qui paraîtront dans la revue Douleur et Analgésie à la fin de cette année. Nous réalisons ce travail en collaboration avec nos collègues de la Commission infirmière de la Société Française d'Etude et du Traitement des douleurs (SFEDT)

MEOPA : recommandation en cours de réflexion, groupe de travail du GIFD et invitation à rejoindre pour la réflexion

Sandrine Naveau est infirmière coordinatrice du centre douleur CHC

Vous avez sûrement entendu parler des recommandations concernant l'utilisation du protoxyde d'azote N2O (adulte/pédia). Recommandations qui nous interpellent...

« AVIS DU CONSEIL SUPERIEUR DE LA SANTE N° 9299

Recommandations concernant l'utilisation du mélange de protoxyde d'azote (N2O) à maximum 50 % et d'oxygène pour une sédation minimale réalisée dans et dehors des institutions de soins »

Avec le GIFD, nous avons décidé de créer un groupe de travail (GT ouvert à toutes institutions de soins – côté francophone) pour émettre nos avis de terrain concernant ces recommandations.

Si vous utilisez régulièrement le MEOPA/KALINOX : Etes-vous d'accord d'intégrer ce groupe de travail SVP ? Evidemment, pas de polémique. Une réflexion commune constructive.

Proposition de démarche au sein de ce GT :

1. Lecture des recommandations, de manière individuelle (pointer les éléments qui nous interpellent)
2. Réunion du GT, en visio ou en live, pour partager nos retours
3. Avancement en fonction des idées de chacun

N'hésitez donc pas à revenir vers nous, par mail : nadine.chardhomme@uclouvain.be, pour nous confirmer votre participation au GT svp (date limite 30 juillet)

Idées, commentaires...Bienvenues !

Si vous êtes partant(e), lisez les recommandations via ce lien : <https://www.health.belgium.be/fr/avis-9299-prot oxyde-dazote> et notez sur une feuille vos remarques, commentaires à partager en équipe. Nous reviendrons, prochainement, vers vous.

SYMPOSIUM « PALLIAGUIDE À L'ÉPREUVE DU TERRAIN » VISIONNEZ LES EXPOSÉS SUR YOUTUBE

Simon Elst est infirmier spécialisé en soins palliatifs dans l'équipe de 2ème ligne Sémiramis et chargé de mission à la Fédération Bruxelloise des Soins Palliatifs et continus. Il est membre du GIFD.

Palliaguide est un site web rassemblant des recommandations de bonne pratique en langue française, au sujet du contrôle des symptômes en soins palliatifs.

Le 21 mai dernier, la 2^{ème} édition du Symposium Palliaguide a été filmée et retransmise en distanciel depuis le cinéma Palace à Bruxelles. Vous pouvez voir ou revoir les exposés qui vous intéressent via la chaîne Youtube de la Fédération Bruxelloise de Soins Palliatifs.

La première partie aborde :

- l'identification du patient palliatif (échelle PICT)
- l'élaboration du projet de soins (ACP ou planification anticipée des soins)

La seconde partie s'intéresse à quelques problématiques en particulier :

- réflexions autour des soins palliatifs pendant la crise du Covid-19 (confrontation à la mort, soins palliatifs et urgence, isolement des patients...)
- aspects pratiques de la sédation palliative, lorsque l'on ne parvient plus à soulager la douleur ou les autres symptômes du patient
- l'insuffisance cardiaque (nouveau chapitre de Palliaguide)

Revoir les exposés du symposium : www.tinyurl.com/palliaguide

Accéder à Palliaguide : www.palliaguide.be

Une initiative de la Fédération Bruxelloise de Soins Palliatifs [FBSP], en partenariat avec la Fédération Wallonne de Soins Palliatifs [FWSP] et de la Société Scientifique de Médecine Générale [SSMG], grâce au soutien de la Commission communautaire française [Cocof].

31

Agenda des congrès

- ➔ 25/09/2021 > Colloque international du 25 septembre à Louvain La Neuve : Le programme sera affiché prochainement sur le site de FOCUS Fibromyalgie Belgique et le GIFD
- ➔ 23/09/2021 > hôpital Pompidou sur « douleur et dyscommunication » : virtuel ou présentiel selon évolution de la situation sanitaire (SFETD)

La Commission Professionnelle Infirmière vous propose une journée de formation sur le thème "Douleur et dyscommunication"

Date : 23 septembre 2021

Lieu : Grand auditorium de l'Hôpital Européen G. Pompidou, 20 Rue Leblanc 75015 PARIS

Pré-requis : être professionnel de santé

Objectifs :

1. Détecter précocement les problèmes somatiques et en particulier les phénomènes douloureux chez les patients dyscommunicants afin de mieux évaluer leur douleur
2. Connaître et comprendre les modes de communication pour une prise en charge optimale du patient présentant des difficultés de communication
3. Améliorer la communication au sein d'une équipe afin de travailler efficacement ensemble et auprès du patient dyscommunicant

Déroulé pédagogique :

pour chaque intervention 20' de présentation + 10' d'échanges avec la salle

Date limite d'inscription : 15 septembre 2021

vous êtes membre de la SFETD : profitez d'un tarif préférentiel !

Toutes les informations : www.sfetd-douleur.org/journees-infirmieres/