

**Représentations sociales de l'activité physique dans la maladie de Parkinson chez les patients atteints de la maladie et chez les kinésithérapeutes les prenant en soin**

Abboudi<sup>1</sup> C., Holm<sup>2</sup> J., Boudrahem<sup>2</sup> S, Choplin<sup>1,3</sup> A., Maignant<sup>1,4</sup> G.



**UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR**  
1 Laboratoire Rétines, Université Cotes d'Azur  
2 ISTR, Université Claude Bernard  
3 IFMKN, UCA  
4 CNRS, UMR 1252 SESSTIM - AMU

**Contexte**

La maladie de Parkinson est l'une des affections neurodégénératives les plus fréquentes. Elle est causée par une atteinte des neurones dopaminergiques et se manifeste par des symptômes à la fois moteurs et cognitifs. La pratique d'activité physique (AP) est aujourd'hui considérée comme l'un des éléments clés dans la prise en soins de personnes atteintes (1). Des études montrent les bénéfices de cette pratique à la fois sur le plan moteur (2) et psychique (3,4), pourtant elle est peu rependue chez les personnes parkinsoniennes (2).



En psychosociologie, la théorie des représentations sociales (TRS), s'intéresse à la manière dont les personnes et les groupes conçoivent collectivement des objets réels, imaginaires ou des pratiques sociales. Une représentation est structurée dans et autour d'un noyau qui contient des jugements, des croyances, des informations sur un objet. Elles sont liées aux pratiques car elles guident l'action (5); en l'absence d'étude sur l'image de l'AP par les malades, quelles sont les représentations sociales (RS)(6) de l' AP chez les personnes parkinsoniennes (PP) et chez les masseurs-kinésithérapeutes (MK)



**Objectifs:**

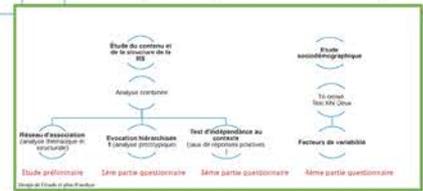
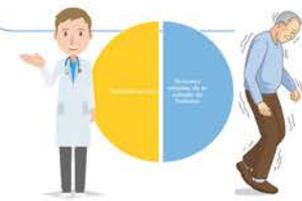
- Identifier les contenus des RS des deux populations
- Comparer les RS des groupes
- Etudier les facteurs de variabilité des RS

**Méthodes :**

Cette étude, s'articule en deux étapes: la première, qualitative exploratoire par entretiens directs par réseau d'association (n=2). Suivie d'une enquête transversale par questionnaire auto administré diffusé numériquement (n=82).

**Analyses :**

Les données font l'objet d'une analyse mixte de chacune des étapes:  
• qualitatives de contenus des productions discursives (catégorisation et thématisation).  
• statistiques descriptives et inférentielles (Chi2 et AFC).



**Résultats :**

- 4 entretiens directs par réseau d'association : 2 MK, 1 homme et 1 femme
- 82 questionnaires retenus: 45,1% de kinésithérapeutes, 54,9% de personnes parkinsoniennes, dont 58,5% de femmes.
- Il y a 62% de femmes MK et 56% de PP femmes.
- L'âge moyen des MK est de 32 ans ,celui des PP est de 61 ans .
- L'expérience moyenne des MK dans le traitement des PP est de 6 ans et 51% exercent en libéral.
- L'ancienneté de diagnostic des PP est de 8 ans en moyenne.

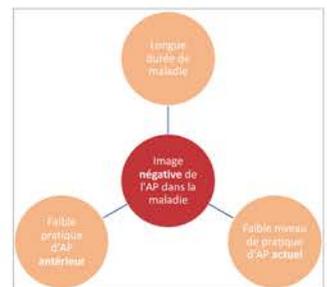
**Contenu et structure des RS**

- RS globalement positive
- Similaires sauf pour les MK qui évoquent les freins à l'AP (e.g. motivation et accessibilité)
- Contient: présence ou manque de savoirs experts, (e.g. pathogénèse ou méconnaissance), des attitudes vis-à-vis de l'AP (e.g. importante, primordiale, etc.), des pratique associée à la mise en œuvre de l'AP (moyens), les effets positifs (bienfait) de la pratique et les freins.



**Facteurs de variabilité:**

- Image négative de l'AP associée à un faible niveau de pratique
- Le niveau de pratique d'AP des MK peut influencer les modalités de prise en soin des PP
- Ancienneté du diagnostic
- Niveau d'étude du PP



**Discussion :**

- Vécu du patient évoqué par les 2 populations (7)
- Nombreux types d'effets positifs notamment sociaux (8)
- Illustration du lien entre pratique et RS (9)
- Limites:
  - Pas d'exploration des liens entre traitement médicamenteux et RS ou pratique
  - Difficile de dissocier RS de l'AP et RS de la maladie de Parkinson
  - Biais de sélection, de réalisation ( période Covid), d'analyse (pas de triangulation de chercheur pour les catégorisation)

**Perspectives:**

- 3 Leviers d'action possibles:
  - Education thérapeutique des PP
  - Formation MK
  - Encourager l'AP également chez les soignant

**Remerciements:**

Nous remercions chaleureusement les participants de l'étude pour leur temps et l'intérêt porté à ce travail, Johanne Holm pour son investissement et sa rigueur, Samir Boudrahem, Arnaud Choplin et Gilles Maignant pour leurs relectures attentive.

Contact: abboudi.cecile@gmail.com



**References**

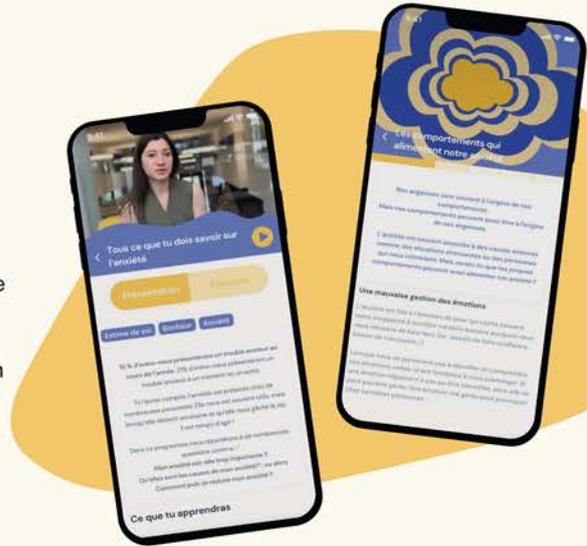
1. Liu X, Zhang H, et al. A meta-analysis of the effectiveness of non-pharmacological interventions in Parkinson's disease. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 2017;42(5):549-558.  
2. Maignant G, et al. Impact of physical activity on quality of life in Parkinson's disease: a systematic review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 2018;43(5):549-558.  
3. Maignant G, et al. Impact of physical activity on quality of life in Parkinson's disease: a systematic review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 2018;43(5):549-558.  
4. Maignant G, et al. Impact of physical activity on quality of life in Parkinson's disease: a systematic review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 2018;43(5):549-558.  
5. Maignant G, et al. Impact of physical activity on quality of life in Parkinson's disease: a systematic review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 2018;43(5):549-558.  
6. Maignant G, et al. Impact of physical activity on quality of life in Parkinson's disease: a systematic review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 2018;43(5):549-558.  
7. Maignant G, et al. Impact of physical activity on quality of life in Parkinson's disease: a systematic review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 2018;43(5):549-558.  
8. Maignant G, et al. Impact of physical activity on quality of life in Parkinson's disease: a systematic review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 2018;43(5):549-558.  
9. Maignant G, et al. Impact of physical activity on quality of life in Parkinson's disease: a systematic review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 2018;43(5):549-558.

## PROGRAMME DIGITAL DE SENSIBILISATION À L'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE : ÉVALUATION DE L'IMPACT MÉDICO-ÉCONOMIQUE

Ophélie Glachet & Marc Godard | Contact : ophelie@moha-app.com  
Mots clés : Anxiété ; Prévention santé ; Psychoéducation ; Santé mentale

### Introduction

La psychoéducation est une technique efficace pour prévenir l'émergence d'un Trouble Anxieux Généralisé (TAG). Mais son accessibilité est rendue complexe par un certain nombre d'obstacles comme le manque de professionnels qualifiés, le coût et le remboursement des interventions ou les délais d'attente (Comer & Barlow, 2014; Gunter & Whittal, 2010). Digitaliser ces techniques pourrait aider à surmonter ces obstacles, en permettant un accès simplifié aux interventions de sensibilisation et de prévention fiables et validées scientifiquement, en tout lieu et à tout moment (Stolz et al., 2018).



### Le programme

Le programme "Tout ce que tu dois savoir sur l'anxiété" est une solution digitale basée sur la psychoéducation.

Ses objectifs sont les suivants :

- ✓ Définir l'anxiété et ses différences avec la peur et le stress ;
- ✓ Reconnaître les causes possibles de l'anxiété ;
- ✓ Faire la différence entre une anxiété normale et une anxiété excessive ;
- ✓ Mesurer son anxiété ;
- ✓ Apprendre comment réduire son stress et son anxiété.

### Résultats attendus

Les résultats attendus sont une diminution de la gravité des symptômes anxieux, une amélioration de la qualité de vie et des retombées économiques positives.

### Méthode

La présente étude exploratoire a pour objectif d'évaluer l'efficacité du programme "Tout ce que tu dois savoir sur l'anxiété" sur trois indicateurs :

- ✓ Le niveau d'anxiété (GAD-7 ; Spitzer et al., 2006) ;
- ✓ La qualité de vie (SF-12; Gandek et al., 1998) ;
- ✓ L'impact économique (ex : absentéisme, consultations médicales...).

Ces indicateurs seront mesurés avant et après l'utilisation du programme. L'utilisation du programme dure 30 jours. L'expérience utilisateur sera mesurée sur un groupe aléatoire restreint (n=20).

#### Références

- Comer, J. S., & Barlow, D. H. (2014). The occasional case against broad dissemination and implementation: retaining a role for specialty care in the delivery of psychological treatments. *American Psychologist*, 69(1), 1.
- Gandek, B., Ware, J. E., Aaronson, N. K., Apolone, G., Bjorner, J. B., Brazier, J. E., ... & Sullivan, M. (1998). Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. *Journal of clinical epidemiology*, 51(11), 1171-1178.
- Gunter, R. W., & Whittal, M. L. (2010). Dissemination of cognitive-behavioral treatments for anxiety disorders: Overcoming barriers and improving patient access. *Clinical psychology review*, 30(2), 194-202.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092-1097.

# EFFICACITÉ DES INMS SUR UNE POPULATION HÉTÉROGÈNE ? UTILISATION DES MODÈLES LINÉAIRES À EFFETS MIXTES

Marc Godard, Sophie Vancompernelle, Lucie Levitre & Ophélie Glachet | Moha, Lille, France  
Mots clés : Efficacité ; Population hétérogène ; Sévérité des troubles ; Effet placebo ; Modèles linéaires mixtes

## Introduction

De nombreuses études pointent la difficulté de mettre en évidence l'efficacité modérée d'une intervention, car l'**effet placebo est fonction de la sévérité de certaines pathologies**, telle que dans la dépression (Kirsch et al., 2008). Ces études mettent en évidence une **réduction importante de la sensibilité à l'effet placebo pour les troubles les plus sévères** (Litten et al., 2013 ; denBrink et al., 2018).

**Problématique** : cela signifie que l'intégration, dans une étude interventionnelle, de patients à symptomatologie légère augmente le risque de conclure à une inefficacité de celles-ci.

**Solutions actuelles** : de nombreuses solutions peuvent être envisagées telles que le fait d'**inclure uniquement des patients à symptomatologies sévères** ou de **détecter les patients les plus sensibles à l'effet placebo et de les exclure** (Chavarría et al. 2017). Ces solutions sont critiquables d'un point de vue méthodologique et clinique.

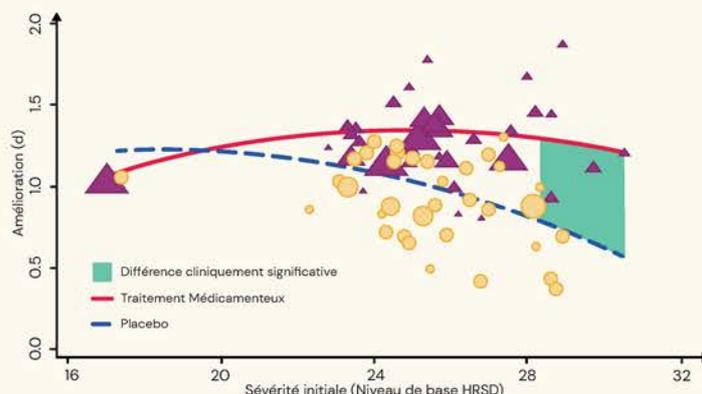


Fig.1 tirée de Kirsch et al. (2008). Amélioration normalisée moyenne en fonction de la gravité initiale et du groupe de traitement. L'effet du traitement est représenté par des triangles autour de la droite de régression rouge et l'effet du placebo sous forme de cercles autour de la droite de régression bleue en pointillée. La zone verte indique le point où les comparaisons entre le médicament et le placebo atteignent un critère cliniquement significatif ( $d = 0,50$ ).

Quid des interventions non médicamenteuses ? Quid de la difficulté des recrutements ?  
Quid de la réalité terrain : de la variabilité interindividuelle et des patients à symptomatologie légère ?

**Objectif** : Proposer une méthodologie statistique permettant une meilleure interprétation des résultats d'une INM sur une population à symptomatologie légère à modérée, voire hétérogène.

## Méthodologie Statistique : Modèle Linéaire à Effets Mixtes

Quand nous analysons les données d'une intervention, les participants sont souvent traités comme une variable aléatoire. La variabilité interindividuelle est modélisée par la moyenne des effets aléatoires des patients. Les **modèles mixtes** permettent de modéliser le **niveau de base de chaque individu** ainsi que les **variations dans leur sensibilité aux manipulations expérimentales** (Baayen et al., 2008, "random intercepts" et "random slopes").

**Recommandation** : utilisation des modèles mixtes afin d'évaluer l'efficacité des INMs en modélisant le niveau de base des individus (i.e., random intercepts) et leur sensibilité à l'intervention (i.e., random slopes) dès que cela est possible.

### Références

- Baayen, R. H., Davidson, D. J., & Bates, D. M. (2008). Mixed-effects modeling with crossed random effects for subjects and items. *Journal of Memory and Language*, 59(4), 390–412.
- Kirsch, I., Deacon, B. J., Huedo-Medina, T. B., Scoboria, A., Moore, T. J., & Johnson, B. T. (2008). Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS medicine*, 5(2), e45.
- Gu, J., Miller, C. B., Henry, A. L., Espie, C. A., Davis, M. L., Stott, R., ... & Carl, J. R. (2020). Efficacy of digital cognitive behavioural therapy for symptoms of generalised anxiety disorder : a study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 21(1), 1-11

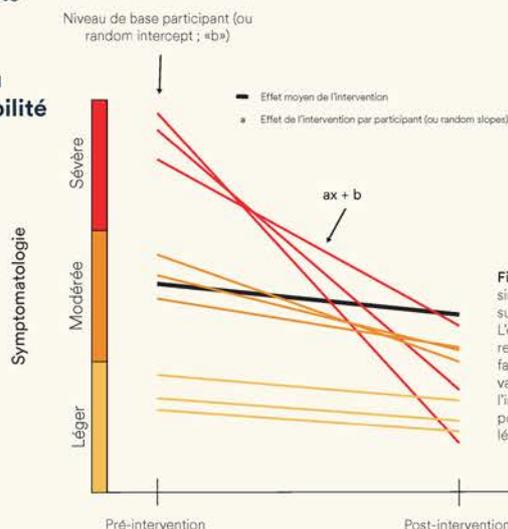
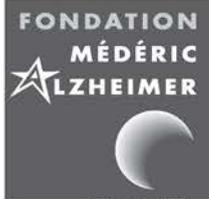


Fig.2. Le graphique représente la simulation de l'effet d'une intervention sur la symptomatologie d'une maladie. L'effet moyen de l'intervention est représenté en noir. Cet effet est très faible, voire inexistant, à cause de la variabilité interindividuelle ; l'effet de l'intervention étant fortement réduit pour les individus à symptomatologie légère et modérée.





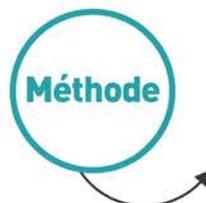
Reconnue d'utilité publique

# Gymnastique inspirée du Tai Chi et relation aidant-aidé : un essai contrôlé et randomisé en EHPAD

Jean-Bernard Mabire<sup>1</sup>, Jean-Christophe Mino<sup>2</sup>, Stéphanie Vauthier<sup>3</sup>, Christine Tabuenca<sup>1</sup>  
1. Fondation Médéric Alzheimer, Paris, France ; 2. Institut Siel Bleu, Paris, France ; 3. Association Siel Bleu, Lille, France

## Objectifs

Évaluer les effets de la pratique commune d'un programme de gymnastique douce inspirée du Tai Chi en EHPAD sur la qualité de la relation aidant-aidé, le moral des résidents et des aidants, la qualité de vie des résidents et le sentiment de compétence des aidants.



Condition	Site n°2 ✓	Site n°3 ✗	Site n°9 ✓
Condition aidant-aidé			
Condition séparée	Site n°4 ✓	Site n°5 ✗	Site n°8 ✗
Condition contrôle	Site n°1 ✗	Site n°6 ✓	Site n°7 ✗



## Intervention

- 12 semaines
- 2 séances par semaine
- Séance d'une heure
- Séance type :  
Échauffement articulaire  
« Détente et souplesse »  
« Contact et suivre »

## Évaluation pré-post intervention

- Questionnaire de relation aidant-aidé (aidants et résidents)
- Anxiété et dépression (aidants et résidents)  
➤ échelle HAD [1]
- Qualité de vie (résidents)  
➤ échelle QoL-AD NH [2]
- Sentiment de compétence (aidants)  
➤ questionnaire QSC HAD [3]

## Résultats

- **11 aidants**  
Âge : 65,90 ans (ET : 14,65)  
MMSE moyen : 28,54/30 [1,63]  
9 femmes et 2 hommes

Évaluation post intervention	Condition aidant-aidé (n=4)	Condition séparée (n=3)	Condition contrôle (n=3)	Test statistique
Relation aidant-aidé	18 (4,54)	20 (2)	Données non disponibles	t (5) = -0,6999 / p = 0,51
Anxiété	6,75 (2,62)	11,66 (5,50)	Données non disponibles	t (5) = -1,5953 / p = 0,17
Dépression	4 (3,16)	2,66 (2,08)	Données non disponibles	t (5) = 0,6278 / p = 0,55
Sentiment de compétence	14,75 (2,98)	19,33 (4,50)	Données non disponibles	t (5) = -1,6343 / p = 0,16
Nombre de séances réalisées	13 (6,68)	6 (4,24)	-	t (6) = 1,7685 / p = 0,12

- **11 résidents**  
Âge : 87,5 ans [5,38]  
MMSE moyen : 17,16/30 [3,48]  
10 femmes et 1 homme

Évaluation post intervention	Condition aidant-aidé (n=3)	Condition séparée (n=4)	Condition contrôle (n=3)	Test statistique
Relation aidant-aidé	21,66 (3,78)	19,75 (3,77)	Données non disponibles	t (5) = 0,5361 / p = 0,53
Anxiété	8,33 (2,08)	5,25 (3,77)	Données non disponibles	t (5) = 1,2589 / p = 0,26
Dépression	6,33 (4,16)	5,75 (3,5)	Données non disponibles	t (5) = 0,2021 / p = 0,84
Qualité de vie	36,66 (1,52)	41 (5,35)	Données non disponibles	t (5) = -1,3324 / p = 0,24
Nombre de séances réalisées	18,75 (1,25)	16,25 (4,99)	-	t (3,6329) = 0,9713 / p = 0,39

## CONCLUSION

- Difficultés de recrutement ➤ Petit échantillon ➤ Faible puissance statistique
- Pas de différence entre la condition aidant-aidé et la condition séparée
- Meilleure participation à l'intervention pour les aidants de la condition aidant-aidé
- Bonne participation à l'intervention de tous les résidents
- Un besoin d'impliquer les aidants familiaux dans les INM pour renforcer la relation aidant-aidé

« J'ai retrouvé, dans ce face à face, dans ces mouvements faits l'un en face de l'autre, une relation qui d'une certaine manière peut se dire relation amoureuse. »  
Témoignage de l'époux d'une résidente ayant participé à l'étude

Retrouvez la présentation des ateliers



Références :  
[1] Lépine, J. P., Godchau, M., Brun, P., & Lempérière, T. (1985). [Evaluation of anxiety and depression among patients hospitalized on an internal medicine service]. *Annales Médico-Psychologiques*, 143(2), 175-189.  
[2] Cousi, C., Iger, Y., & Quintard, B. (2021). French cross-cultural adaptation and validation of the Quality of Life-Alzheimer's Disease scale in Nursing Homes (QoL-AD NH). *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(1), 219.  
[3] Vernooij-Dassen, M., Kurz, X., Scuvée-Moreau, J., & Dresse, A. (2003). La mesure du sentiment de compétence chez les aidants de patients déments. *Revue Épidémiologique Santé Publique*, 51.



Étude mise en place de septembre 2022 à février 2023 en partenariat avec l'Association Siel Bleu et le soutien de Malakoff Humanis à la résidence Aléji Edilys (Lille), à l'EHPAD Afeji Les Tileuls (Maubeuge), aux Terrasses de la Scarpe (Couchelletes) et à Korian Samara (Marpent).

fon-dation-medic-alzheimer.org  
@FondationMedAlz  
Fondation Médéric Alzheimer - FMA  
@fondationmedalz

Contact :  
Jean-Bernard Mabire  
mabire@med-alz.org  
(Aucun conflit d'intérêt)

**Évaluer les effets de la Réflexologie en soins palliatifs :  
Quand la méthodologie rencontre le terrain, quelles  
problématiques d'inclusion, biais, limites sont rencontrés ?**

**Les acteurs**

**Alicia Fakhry**  
Psychologue

**Equipe territoriale de  
soins palliatifs  
Manosque (ETSP)**

**Elise Manzoni**  
Réflexologue

**Méthodologie**

- inclusion randomisée des participants dans un groupe
- 40 sujets :  
20 dans le groupe contrôle, 20 dans le groupe expérimental
- 3 séances : 1 séance/semaine
- Echelle EVA avant / après :  
douleur, anxiété, nausée, sommeil, constipation

**Critères d'inclusion**

- faire partie du service de l'ETSP
- être atteint d'un cancer
- N'est pas pris en compte :**
- niveau d'évolution de la pathologie et des traitements (en cours de traitements ou non),
- type de souffrance (traité ou non),
- âge,
- sexe,
- niveau d'autonomie,
- lieu de suivi
- niveau d'étude
- statut marital...

**Biais**

- L'évolution constante des traitements :  
Augmentation ou baisse : morphinique / anxiolytique / anti-dépresseur / laxatif / somnifère / anti-nauséux
- Lieu de suivi :  
domicile, services hospitaliers, service USSP (Unité Soins Palliatifs)
- Temporalité (début de l'étude septembre 2021)
- Nombre de critère évalué par patient :  
5 critères évalués lors de cette étude
- Enjeu de la relation humaine
- Refus ou acceptation de prise en charge en chambre à l'hôpital par le service
- Qui propose les séances de réflexologie aux patients ? (différent de niveau de confiance, de sécurité et de relation thérapeutique.)
- Effet placebo et attrait pour les techniques non médicamenteuses
- Suivi thérapeutique autres

**Limites**

- sortie d'étude (par décès, non souhait de poursuivre l'étude)
- niveau de compréhension et de communication de certains patients pour une auto-évaluation
- couverture médicamenteuse

**Limites critères évalués**

- douleurs : pas d'action sur les douleurs osseuses liées à la maladie ou non
- nausées : certains présentent des symptômes induits chimiquement. Si la temporalité de la prise en charge est proche ou lointaine du traitement chimio il y a une variation d'intensité
- niveau de stress : l'évolution de la prise en charge du patient, les mauvaises nouvelles annoncées, le contexte social et financier
- constipation : ajustement quotidien morphinique et laxatif
- nature de la constipation : due aux médicaments / trouble fonctionnel liée au stress / liée au type de pathologie
- organisation intra-familiale pour les prises en charge / annulation des rdv suite à hospitalisation

**Élise Manzoni**  
Réflexologue

Présidente de la F.F.R.

Secrétaire Générale Adjointe SyndiCare

elise.manzoni@gmail.com

06.80.36.09.37

## PRATIQUES SOIGNANTES : L'UTILISATION DE MUSIC CARE® DURANT LES SOINS EN HOSPITALISATION À DOMICILE (HAD)

Auteurs : Jérémy MARTIN, *psychologue clinicien et chargé de recherche*<sup>1</sup> — Camille BAUSSANT-CRENN, *directrice des soins de support, psychologue clinicienne*<sup>2</sup> — Muriel ALBERT, *aide-soignante*<sup>3</sup> — Enndy POMMIER, *aide-soignant*<sup>4</sup> — Sylvianne VAILLANT, *aide-soignante*<sup>5</sup> — Léo GHIGNA, *infirmier*<sup>6</sup> — Cédrique FEUBISSE, *infirmière*<sup>7</sup> — Virginie MACHETEAU, *infirmière*<sup>8</sup>.

<sup>1</sup> à l'HAD de la Fondation Œuvre de la Croix Saint-Simon - 35 rue du plateau, 75958 Paris cedex 19

### INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, l'HAD de la Fondation Œuvre de la Croix Saint-Simon (FOCSS) s'inscrit dans une prise en charge globale du patient et de son entourage. L'utilisation des interventions musicales standardisées de MUSIC CARE® fait déjà partie intégrante de l'accompagnement psychologique des patients et des aidants.

En France, en 2020, les services d'hospitalisation à domicile poursuivent leur progression d'activité<sup>[1]</sup>. Le soulagement des symptômes, le développement du confort et du bien-être durant

les soins, le soutien aux aidants contribuent à l'amélioration continue de la prise en charge, afin d'améliorer la qualité de vie des personnes<sup>[2]</sup>. Le lien entre le bien-être et la douleur ressentie des patients est d'ailleurs établi par la littérature internationale<sup>[3]</sup>.

MUSIC CARE® a montré son intérêt et son efficacité dans différents contextes douloureux<sup>[4]</sup> ainsi que dans l'accompagnement des patients lors des soins de nursing<sup>[5]</sup>.

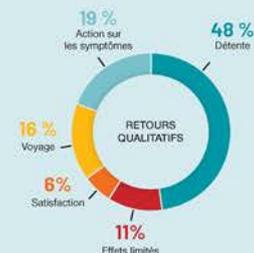
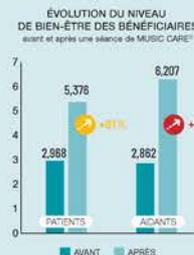
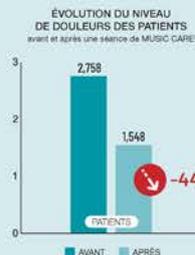
S'appuyant sur son expérience concluante et sur les publications scientifiques internationales, l'HAD de la FOCSS a souhaité former des professionnels soignants et leur donner accès à MUSIC CARE®. Ce projet est né grâce au soutien d'HELEBOR, incubateur de projets. MUSIC CARE® est ainsi utilisé durant les soins réalisés par les aides-soignants et les infirmiers. Cette démarche innovante est développée pour la première fois en HAD.

### MÉTHODE

À la suite d'une analyse clinique et/ou de discussions pluridisciplinaires, les soignants de l'HAD proposent la mise en place de séances MUSIC CARE® durant les soins, à l'attention du patient ou de l'aidant présent à domicile. La pertinence et l'efficacité de ce soin musical sont évaluées quantitativement et qualitativement : échelles numériques du niveau ressenti de douleurs et du niveau ressenti de bien-être subjectif avant et après le soin, échelle numérique de la satisfaction des soignants concernant l'utilisation de l'application, encart libre pour le recueil des verbatims des patients et/ou l'analyse clinique des soignants.

«...MUSIC CARE® EST UN BIEN-ÊTRE POUR LES PATIENTS, LEUR ENTOURAGE MAIS AUSSI POUR NOUS SOIGNANTS...»

### RÉSULTATS



Depuis 2020, 38 professionnels de l'HAD ont été formés à MUSIC CARE®. 186 séances ont pour le moment été évaluées. Les bénéficiaires sont majoritairement des patients (84%). Les aidants représentent 16% de l'échantillon global. Sur l'ensemble des participants, 66% sont des femmes. La pathologie la plus représentée est le cancer (74%), la moyenne d'âge est de 69,6 ans (n=186).

#### Bénéficiaires

Les résultats montrent une augmentation de 81% du niveau de bien-être chez les patients (p<.001). Il existe une augmentation chez les aidants de 117% (p<.001). Chez les patients, on observe une baisse de 44% (p<.001) du niveau ressenti de douleurs.

L'analyse qualitative a permis la mise en évidence des thèmes (verbatims) suivants :

- **Action sur les symptômes**
  - « Je plane, je n'ai plus mal », « La douleur s'est envolée avec les idées négatives »
- **Détente** : « Je me sens plus zen, demain on l'utilisera encore pour les soins », « Je me sens bien et détendue », « J'ai senti ma respiration ralentir ».
- **Satisfaction** : « Le patient a exprimé sa satisfaction et demande une nouvelle séance », « C'était très agréable ».
- **Voyage** : « Cela me transporte », « J'ai voyagé dans le temps, à l'époque où j'allais avec mon mari dans les clubs de jazz ».
- **Effets limités**
  - « Patient très douloureux et dit avoir mal choisi le morceau », « J'ai essayé de décomposer la musique et j'ai eu du mal à me détendre ».

#### Soignants

Le taux de satisfaction des soignants est de 70%. Leurs remarques et observations cliniques semblent indiquer un bénéfice des interventions avec MUSIC CARE®, témoignant d'un soin plus simple à réaliser et d'un impact positif sur la qualité du lien établi avec le patient.

- « Je souhaite davantage m'impliquer dans le projet MUSIC CARE® car je trouve ça vraiment pertinent, c'est à la fois un bon moyen de procurer des soins par excellence, mais aussi d'entamer une relation de confiance en proposant une musique adaptée aux patients. »
- Enndy, aide-soignant à l'HAD depuis deux ans.
- « Je l'ai utilisé deux fois dès le lendemain de la formation. Le premier patient douloureux est passé d'un ressenti de 6 à 4 après la séance et s'est même endormi ; à mes autres passages c'est lui qui me demande MUSIC CARE®. Une autre patiente qui appréhende beaucoup la toilette, car elle a des douleurs à la mobilisation, s'est détendue. Et je suis moi aussi plus détendue ! Et mes gestes pendant les soins se font plus lents, je me mets au niveau du rythme doux de la musique. Je n'étais pas convaincue au début des effets positifs de cette pratique, maintenant je l'utilise dès que je le peux, même personnellement pour m'endormir. MUSIC CARE® est un bien-être pour les patients, leur entourage mais aussi pour nous soignants. »
- Muriel, aide-soignante à l'HAD depuis 16 ans.

#### DISCUSSION ET CONCLUSION

Les premiers résultats montrent un réel intérêt et une plus-value de l'utilisation de MUSIC CARE® durant les soins. Cette intervention non médicamenteuse associée aux soins techniques semble permettre une amélioration de la qualité de la prise en soin et de la qualité de vie des patients et de leurs proches. Ces données sont concordantes avec la littérature internationale établissant le lien entre le niveau de douleurs ressenties par les individus et leur sensation de bien-être<sup>[9]</sup> ainsi qu'avec des études randomisées concernant l'utilisation de MUSIC CARE® durant les soins<sup>[4,5]</sup>. Les résultats soulignent également une grande satisfaction des soignants à l'égard de cet outil qui facilite la relation de soins et améliore la qualité de vie au travail. Ces résultats sont les premiers de ce projet et la mise en œuvre se poursuit sur trois années grâce au soutien d'HELEBOR.

Nous remercions l'ensemble des soignants de l'HAD de la FOCSS qui font vivre ce projet chaque jour, au bénéfice des patients et de leurs proches.

[1] Fédération Nationale des Établissements d'Hospitalisation à Domicile (2020). Le baromètre - le bien-être de l'établissement de l'hospitalisation à domicile. Données à M12 2021.

[2] Bucci, K. (2016). L'hospitalisation à domicile, entre apports et désagréments : l'expérience algérienne. La Gazette de l'Hôpital 123, 1-4

[3] Knapova, I., Stewart, R., Macoska, Z., van Diek, J., van den Heuvel, W. (2005). The impact of pain on psychological well-being in rheumatoid arthritis: the mediating effects of self-esteem and adjustment to disease. Patient Education and Counselling, 58, 65-72

[4] Quibin, S., et al. (2016). A patient-controlled, smartphone-based music intervention to reduce pain: A multi-center observational study of patients with chronic pain. European Journal of Integrative Medicine, 8, 152-157.

[5] Liska, A., et al. (2015). Effects of standardized musical intervention on refusal of care and aggression during talking in people with institutionalized neurocognitive disorders. Ann Phys Rehab Med, 61, 421-423.

# Perception et vécu de l'activité physique auprès de patients ayant terminés un programme de télé-réadaptation cardiaque

Faouzia Millequant-Gourari<sup>1,2</sup>, Marc Tomas<sup>2</sup>, Marie-Michèle Six<sup>3</sup>, Mégan Villain<sup>3</sup> et Yvonne N. Delevoye-Turrell<sup>1</sup>



<sup>1</sup> Univ Lille, CNRS, UMR 9193 - SCALab - Sciences Cognitives et Sciences Affectives, F-59000 Lille, France ; <sup>2</sup> Ensweet, Lille, France ; <sup>3</sup> Centre de réadaptation Les Hautois, Oignies, France ; <sup>4</sup> Hôpital Corentin Célton, Paris, France.

Remerciements à F. Watrelot<sup>2</sup>, Dr F. Ledru<sup>4</sup> pour leur contribution au projet.

## Contexte

L'activité physique fait partie intégrante de la réadaptation cardiaque. Elle est considérée comme étant aussi efficace que certains médicaments (Academy of Medical Royal Colleges, 2015). Des études ont montré des effets comparables entre la réadaptation cardiaque en centre et la télé-réadaptation (Anderson et al., 2017). En effet, l'accès à cette dernière est plus simple pour les patients ayant des contraintes professionnelles ou géographiques par exemple. La télé-réadaptation cardiaque est actuellement en test en vue d'un remboursement par la sécurité sociale (Projet Walk Hop – Article 51 du code de la sécurité sociale).

## Objectif

Explorer l'expérience de l'activité physique au cours de la télé-réadaptation de patients ayant terminés les 3 semaines du programme :

- Les freins et bénéfices perçus de la réadaptation à distance
- Le ressenti par rapport à l'effort et l'activité physique,
- Leur motivation et leur confiance dans la poursuite de l'activité physique à l'avenir.

## Résultats préliminaires



### Patient 1

Homme de 51 ans, Cadre

Effort = danger

Lien « effort = danger » cassé par l'expérience agréable de l'effort  
Découverte de l'effort physique régulier

« J'essayais d'échapper à tout ce qui pouvait être un effort. »

« La télé-réadaptation a cassé ce lien. »

« ... le goût de refaire de l'exercice de manière régulière. »



### Patient 2

Homme de 59 ans, Artisan

Choc de l'accident cardiaque

Expérience de l'effort physique

Changement de priorités

« C'est là que ça me tombe dessus. »

« Plus de la douleur au départ (...) un petit peu à la fois, on se sent mieux. »

« C'est là qu'on voit tout ça. Donc on se dit après faut continuer parce que ça va beaucoup mieux. »

« Parce que je vous dis, on voit plus la même façon de vivre. » « C'est plus les mêmes priorités. »

## Méthode

- 258 patients (35 femmes et 223 hommes) répartis sur 8 centres SMR (soins médicaux et de réadaptation) ont réalisé la télé-réadaptation dans le cadre de l'article 51 Walk Hop
- Age moyen des patients : 54 ans (27-79 ans)
- Passation d'entretien semi-directif auprès des patients volontaires ayant terminés la réadaptation selon un guide d'entretien
- Les entretiens sont retranscrits puis seront analysés selon la méthode d'analyse thématique (Braun & Clarke, 2006)



### Patient 3

Homme de 42 ans, Cadre

Choc de l'accident cardiaque

Refus de la réadaptation cardiaque

Effort = Danger

Changement de vision de l'activité physique

« Au départ, je voulais même pas le faire (...) je voulais reprendre le travail le plus rapidement possible. »

« Pour moi, tout s'écroulait un peu. On s'attendait pas... d'autant plus à de l'avoir fait à 42 ans. »

« Même bricoler, même des choses comme ça. J'hésitais toujours. On avait toujours peur. A la moindre douleur, on avait... J'avais peur. Je me suis dit, oui faut que j'en discute, c'est pas normal de toujours avoir... de rester comme ça. Ça va être long ! »

« Je pense que oui (poursuite de l'activité physique) parce que là j'ai envie de le faire et ça me fait plaisir. »

## Conclusion

Ces premiers résultats indiquent que ces patients n'auraient pas fait de réadaptation sans la télé-réadaptation. Cette dernière a permis d'expérimenter l'effort positivement : reprendre confiance, envies et plaisir. De plus, l'autonomie donnée par la télé-réadaptation les rassurent dans leurs capacités à maintenir l'activité physique par eux-mêmes sur la durée.

## Perspectives

- Poursuite de cette étude à plus grande échelle.
- Etude quantitative qui suivra le patient au cours des moments clés de la télé-réadaptation
- Etudier le maintien dans le temps de l'activité physique au moyen d'une méthode de recherche mixte.

## Contact

faouzia.gourari@univ-lille.fr  
yvonne.delevoye@univ-lille.fr



## Références

Academy of Medical Royal Colleges. (2015). Exercise: The miracle cure and the role of the doctor in promoting it. <https://www.aomrc.org.uk/wp-content/uploads/2015/06/the-miracle-cure-0215/>

Anderson, L., Sharp, G. A., Norton, R. J., Dalal, H., Dean, S. G., Jolly, K., Cowie, A., Zawada, A. & Taylor, R. S. (2017). Home-based versus centre-based cardiac rehabilitation. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2017(10). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd007130.pub4>

Arrêté du 13 juillet 2021 relatif à l'expérimentation « Walk Hop, Télé-réadaptation cardiaque un nouveau mode de réadaptation cardiaque hors les murs des SSR » <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2021/07/13/SSAHR121934A/0/te>  
Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp030a>

## **Psychomotricité et douleur chronique. Effets bénéfiques du Fly yoga® sur la représentation du corps chez des patients ayant une fibromyalgie.**

**Armelle PELLETIER**, psychomotricienne, **Dr Luce CONDAMINE**, MD, PhD

### Introduction

Les patients ayant une fibromyalgie ont des douleurs chroniques, des troubles du sommeil et l'humeur dépressive (1). Dans de nombreux cas, les traitements pharmacologiques ne sont pas assez efficaces et peuvent avoir des effets secondaires délétères. L'intérêt de méthodes non médicamenteuses ou approches « corps-esprit » comme le Tai Chi, a déjà été mis en évidence dans plusieurs études (2,3) pour aider les patients fibromyalgiques à vivre avec leur maladie et composer avec leur douleur. Le yoga avec un hamac (Fly yoga®) pourrait avoir la capacité, tout comme le Tai Chi, d'améliorer l'équilibre, la force musculaire et de permettre la relaxation. Nous avons donc proposé, dans cette étude pilote, cette nouvelle approche « corps-esprit » qu'est le Fly yoga® pour améliorer le vécu des patients fibromyalgiques, et en particulier, restaurer leur image du corps, car la représentation corporelle peut être mise à mal par la douleur chronique.

### Méthodes

Nous avons proposé à des patients ayant une fibromyalgie, de bénéficier gratuitement de 5 ateliers de yoga avec un hamac (Fly yoga®), en ambulatoire. Tous les patients ont bénéficié d'une évaluation psychomotrice (incluant le dessin d'un bonhomme, un test de la corde, et une évaluation de l'équilibre...) au début de cette étude prospective (E0). Le premier groupe (A) de patients a commencé les ateliers, à raison d'un par semaine, pendant 5 semaines, pendant que le deuxième groupe (B) de patients était « en attente ». L'évaluation psychomotrice suivante a eu lieu après ces 5 semaines (E1). Ensuite le deuxième groupe (B) a bénéficié de la même intervention (5 ateliers de Fly yoga® gratuits, à raison d'un par semaine pendant 5 semaines). Enfin tous les patients ont eu une dernière évaluation psychomotrice (E2). Les évaluations psychomotrices et les ateliers ont été menés par une psychomotricienne expérimentée, qui est entraînée à enseigner le yoga ainsi que le Fly yoga®.

### Résultats

Neuf patients ont été inclus dans l'étude, 7 femmes et 2 hommes, âgés de 30 à 68 ans. Le premier groupe de 4 personnes a eu les 3 évaluations et les 5 ateliers de Fly yoga®. Le deuxième groupe a rencontré des périodes de confinement de l'épidémie de Covid 19 et la majorité d'entre eux n'ont pu bénéficier du programme complet d'ateliers et évaluations. Toutes les personnes qui ont pu suivre les ateliers de Fly yoga® ont eu des améliorations des tests (dessin du bonhomme, test de la corde et évaluation de l'équilibre) entre les évaluations E0 et E1.

### Discussion

Dans cette étude les évaluations psychomotrices elles-mêmes ont semblé très bénéfiques et utiles aux patients, leur permettant une meilleure conscience d'eux-mêmes. Une approche « corps-esprit », comme le yoga avec l'aide d'un hamac (Fly yoga®), a été bénéfique dans la fibromyalgie, en améliorant notamment la représentation du corps des patients, et en leur permettant de ne plus être submergés par leur douleur. Cette étude pilote ouvre donc la voie pour de nouvelles études, qui pourront être non seulement prospectives, mais également randomisées, pour démontrer plus formellement l'apport spécifique de cette méthode. Cette étude suggère également que les psychomotriciens peuvent apporter beaucoup dans la prise en soin de la douleur chronique, et devraient faire partie intégrante des équipes des Centres d'évaluation et traitement de la douleur.



### Références

1. Expertise collective. Fibromyalgie. Éditions EDP Sciences. 2020. Paris (p 1-51 ; 299-417)
2. Wang C, Schmid CH, Rones R, et al (2010) A randomized trial of tai chi for fibromyalgia. *NEnglJMed* 363:743-54
3. Christopher H Schmid, Roger A Fielding, William F Harvey. Effect of tai chi versus aerobic exercise for fibromyalgia : comparative effectiveness randomized controlled trial Chenchen Wang. *BMJ* 2018;360:k851. doi:10.1136/bmj.k851



## Foot Reflexology in children with Prader-Willi Syndrome

Marion Valette<sup>1,2</sup>, Gwenaëlle Diene<sup>1,2</sup>, Cathy Molinas<sup>1</sup>, Maïthé Tauber<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Centre de Référence du Syndrome de Prader-Willi. Hôpital des Enfants, Toulouse, France

<sup>2</sup>Centre for Epidemiology and Research in POPulation health of Toulouse, SPHERE- Inserm UMR1295, Toulouse III University, France

<sup>3</sup>Infinity (Toulouse Institute for Infectious and Inflammatory Diseases) Inserm UMR 1291 - Toulouse III University, France

Email: valette.m@chu-Toulouse.fr

**INTRODUCTION:** Prader-Willi Syndrome (PWS) is a complex disease with genetics, endocrine, behavioral and developmental features that require holistic care (Tauber et al. 2021). In routine care Non-Pharmacological Interventions (NPIs) have potential to improve health and well-being. Foot reflexology obtains beneficial effects on the human body by applying pressure to specific points or areas corresponding to a part of the human body or organs (Hughes et al. 2011) including stress and anxiety, sleep disorders, digestive, hormonal disorders indications (Stephenson et al. 2007; Karatas et al. 2020). We assume that reflexology could improve some Prader-Willi Syndrome feature and may promotes the associated feelings of health and wellbeing.

**This pilot study aims to evaluate the feasibility of repeated foot reflexology sessions on children with Prader-Willi Syndrome.**



### METHODS and RESULTS:

Six children who visited the PWS reference center in the Pediatric Hospital of Toulouse received 35 minutes reflexology sessions to measure feasibility. Each session was adapted to the child and his/her needs, as personalized care. Among them, three children were followed up and received three foot reflexology sessions every ten days and then a fourth session three weeks after, at home or at the hospital. Feasibility, behavior change, anxiety and sleep disorders were collected each time by a semi-structured interview and questionnaire.

**Inclusion criteria:** Genetically confirmed PWS / Followed in the Toulouse french reference center / Child's and parents' agreement

**Reflexology sessions** focus on: Autonomic Nervous System, Endocrine S, Digestive S, Motricity, Emotional balance  
+ individual specific needs at each session



**1 session**

**35 minutes**

**H**

**During session:** Calming

**Parent reported observations (days after session):**

- Sleep improvement during 15 days in duration and decrease of nocturnal awakening
- Behaviour change in 2 patients with more emotional lability during short period (3 days)



**4 sessions**

**3 Every (7-10 days)  
+ 1 after 1 month**

**H H**

**During session:** Calming

**Questionnaire:**

- Anxiety was improved in all patients : anxiety score (N=2) and severity decreased (N=2)
- Less tantrum (N=1)

**Parent reported observations :** less irritability, calming, less sulking, more relaxed at home  
Improvement in nocturnal awakening

All children (n=6) with PWS from four to eight years old completed from 1 to 4 reflexology session. All sessions were well tolerated, feedbacks were positive and children requested sessions again. Three of them were followed and received three additional sessions and families reported short and long-term positive effects on behavior. In addition all reported improvement in anxiety, one improvement in tantrum and one decrease its nocturnal awakening. No change was highlighted with eating behavior and digestive questionnaires.

### DISCUSSION :

This pilot study showed that foot reflexology is feasible at home or during routine care in children aged from 4 to 8 years old. Foot reflexology is well tolerated and children enjoyed sessions with **positive effects on behavior, anxiety and sleep reported after four sessions**. We have to confirm that foot reflexology sessions may have beneficial outcomes with a **longer follow-up and use methodology adapted to small population**. Questionnaire are not sufficient to assess behavior changes and **parent reported outcome are necessary** to identify symptoms and pregnant disorders that improved with. Future research had to analyses effects on individuals specific troubles and **take in account the complex dynamic of the disease and period in individuals' life cycle**. Reflexology and others Non-Pharmacological Interventions may represent : a therapeutic strategy to support care, improve the health and well-being of children and families.

# EFFICACITÉ D'UNE APPLICATION SANTÉ : COMMENT IMPLIQUER L'UTILISATEUR ?

Sophie Vancompernelle, Nabil Seghiri & Marc Godard | Moha, Lille, France  
Mots-clés : Efficacité ; Application santé ; Approche centrée utilisateur ; Analyse thématique ; Engagement

## Introduction

**Comment savoir qu'une application mobile de santé est efficace ?** Différentes approches sont envisageables pour la conception de solutions digitales, notamment comportementale, médicale et ingénierique (Carbonnel, 2017). Bien que ces approches aient permis de concevoir des solutions efficaces, 53% des utilisateurs désinstallent ces applications après 30 jours d'utilisation (Mustafa et al., 2022), et l'avis de l'utilisateur est souvent peu pris en compte.

**Objectif :** Présenter une méthodologie complémentaire aux évaluations existantes et visant à co-concevoir avec l'utilisateur sa solution de santé.

## Méthodologie

### MATÉRIEL

Un entretien semi-dirigé de 6 questions ouvertes a été conçu suivant les recommandations en UX research (recherche en Expérience Utilisateur) de Travis & Hodgson (2019). Les questions ont été conçues afin que l'interviewé évoque ses attentes quant à son utilisation des applications de santé (e.g., "Pourquoi utilisez ou utiliseriez-vous une application de santé ?"; "Qu'est-ce qu'une application de santé de qualité selon vous ?").

Nous nous attendons à obtenir des différences sur le type de réponses obtenues : tandis qu'un expert s'intéressera au moyen (i.e., "Comment prendre soin de soi?"), un utilisateur s'intéressera à la finalité/besoin ("De quoi je veux prendre soin ?"; "Pourquoi prendre soin de soi?").

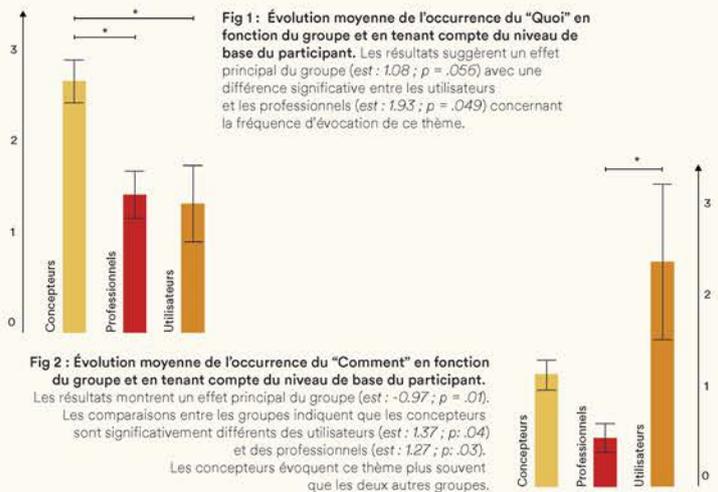
### PROCÉDURE

15 personnes ont été interrogées : 5 utilisateurs d'applications de santé, 5 concepteurs d'applications de santé et 5 professionnels de santé (VI : Groupe). La durée des entretiens était de 10 à 20 minutes.

### ANALYSE DES RÉSULTATS

Chaque entretien a été enregistré, puis retranscrit par un tiers. Nous avons mené une analyse thématique qui consiste à faire ressortir les thèmes (idées) principaux (Braun & Clarke, 2006). Le nombre d'occurrences de l'expression d'un besoin ("Quoi") et le nombre d'occurrences d'un moyen ("Comment ?") ont été pris en compte pour les analyses. Un modèle linéaire à effet mixte a été utilisé pour étudier l'effet du groupe sur les deux variables dépendantes ("Quoi"; "Comment"), en modélisant l'intercept aléatoire des participants. Des tests de comparaisons 2 à 2 (test de Tukey) ont été effectués pour préciser les différences entre les groupes. Les résultats sont présentés sur les figures 1 et 2 (\* :  $p < .05$ ). Les thèmes principaux de la question "Qu'est-ce qu'une application de santé de qualité selon vous ?" sont présentés dans la figure 3.

## Résultats



### APPLICATION DE QUALITÉ



**Fig 3: Les thèmes principaux définissant une application de santé de qualité selon le groupe de participants.** Répondre au besoin de l'utilisateur, être accessible (simple et compréhensible), proposer un accompagnement (suivi des données ou par un professionnel), ainsi que donner des informations fiables sont les thèmes les plus évoqués dans notre analyse thématique pour définir une application de santé de qualité.

## Discussion & Conclusion

Les utilisateurs expriment davantage leurs besoins ("Quoi") que les professionnels. Les concepteurs expriment plus les moyens ("Comment") que les utilisateurs et les professionnels. De plus, une application de santé de qualité a été définie comme une application qui répond à un besoin, qui est accessible, qui accompagne sur la base d'informations fiables. Bien que de nombreux outils d'évaluation existent, n'oublions pas que les patients sont au cœur des professions de santé et que la technologie a été développée pour répondre à leur besoin. Aussi qualitatives soient les applications de santé, si elles sont inutilisées, elles sont inefficaces.

**NOUS AVONS BESOIN D'EUX, PAS L'INVERSE !**



### Références

- Carbonnel, F. (2017). Évaluation des interventions numériques visant un changement de comportement de santé: un enjeu paradigmatique (Doctoral dissertation, Université Paul Valéry-Montpellier III).
- Travis, D., & Hodgson, P. (2019). Think Like a UX Researcher: How to Observe Users, Influence Design, and Shape Business Strategy (1re éd.). CRC Press.



# " Résultats Cliniques du 1er Dispositif Autonome du Rire

## @LOL!© "

### LA GÉLOTHÉRAPIE

DANS LE

CADRE DE



### L'ONCOLOGIE INTÉGRATIVE



## CONTEXTE ET OBJECTIFS

AUCUN ESSAI CONTRÔLÉ N'AJUSQU'ICI ÉVALUÉ LES EFFETS BÉNÉFIQUES DE LA THÉRAPIE PAR LE RIRE DÉCLENCHÉ PAR UN DISPOSITIF THÉRAPEUTIQUE ÉLECTRONIQUE (DISPOSITIF DE RIRE COMMUNICATIF @LOL!), SUR LA QUALITÉ DE VIE LIÉE À LA SANTÉ CHEZ LES PATIENTS EN COURS DE TRAITEMENTS, ET ICI NOTAMMENT EN ONCOLOGIE DANS LE CADRE DE L'ONCOLOGIE INTÉGRATIVE.

CETTE ÉTUDE QUI A DÉMARRÉ AU MOIS DE MAI 2022, VISE À ÉVALUER LES EFFETS POSITIFS DU DISPOSITIF AVEC DES CRITÈRES D'ÉVALUATIONS EXPLORATOIRES CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER DANS LE CADRE D'UN ESSAI CONTRÔLÉ RANDOMISÉ MULTI-CENTRIQUE AU CENTRE DE HAUTE ÉNERGIE ET LA CLINIQUE LAMARTINE DE NICE.

ELLE A ÉTÉ EFFECTUÉE SOUS LA DIRECTION DU PR RENÉ JEAN BENSADOUN ET DE TOUTE SON ÉQUIPE OPÉRATIONNELLE SUR LES SITES : C.H.E. DESSCO, LAMARTINE.

LE BUT ÉTANT D'AUGMENTER LA QUALITÉ DE VIE DES PATIENTS INCLUS, AINSI QUE D'EXPLORER LES BÉNÉFICES SUPPLÉMENTAIRES TELS QUE : LE STRESS, LA DOULEUR, LA TOLÉRANCE AUX TRAITEMENTS, L'ESTIME ET LA CONFIANCE EN SOI, MAIS ÉGALEMENT L'ANXIÉTÉ, LA DÉPRESSION ET L'HUMEUR. À LA SORTIE, D'AUTRES CRITÈRES SUPPLÉMENTAIRES ONT ÉTÉ RAJOUTÉS, TELS QUE L'AMÉLIORATION DU SOMMEIL, LA RECOMMANDATION DU DISPOSITIF AUTONOME DU RIRE @LOL!.

## MÉTHODE

LA COHORTE DE PATIENTS EST DE 21 PERSONNES. ET L'ÉTUDE S'EST DÉROULÉE SUR UNE PÉRIODE D'UN MOIS. CETTE ÉTUDE VISE ÉGALEMENT À DÉMONTRER QUE LE RIRE PEUT, EN FONCTION DE SA FRÉQUENCE D'APPARITION (ICI D'UTILISATION DU DISPOSITIF AUTONOME @LOL!), AVOIR DES EFFETS BÉNÉFIQUES PROPORTIONNELS À SON UTILISATION. POUR CE FAIRE NOUS AVONS DONC CRÉÉS 3 GROUPES DE 7 PERSONNES.

## PROTOCOLE

UNE COHORTE DE 21 PATIENTS, SOUS TRAITEMENTS DE RADIOTHÉRAPIE OU DE CONSULTATIONS DE SUIVIS, A ÉTÉ SÉLECTIONNÉE AU HASARD EN MULTICENTRIQUE, ET RÉPARTIS EN 3 GROUPES DE 7 INDIVIDUS SELON LE SCHEMA SUIVANT :

**GROUPE 1 : UNE PRESSION (1 PRISE) PAR JOUR, LE MATIN AU RÉVEIL**  
**GROUPE 2 : TROIS PRESSIONS (3 PRISES) PAR JOUR, LE MATIN AU RÉVEIL, LE MIDI, LE SOIR AU COUCHER**  
**GROUPE 3 : TÉMOIN (AUCUNE UTILISATION)**

UN QUESTIONNAIRE D'ENTRÉE À J 0 (AVANT L'UTILISATION DU DISPOSITIF @LOL!), ET UN QUESTIONNAIRE IDENTIQUE À LA SORTIE À J +30.

UN TOTAL DE 6 QUESTIONS APPELANT À UNE RÉPONSE SUR UNE ÉCHELLE DE 0 À 10 CHACUNE.

LE TEMPS DE L'ÉTUDE EST FIXÉ À 4 SEMAINES, SOIT 30 JOURS AU TOTAL.

## RÉSULTATS



## CONCLUSIONS

**LE STRESS**: UNE DIMINUTION ALLANT JUSQU'À UN MAXIMUM DE -33%.

**LA DOULEUR**: UNE DIMINUTION ALLANT JUSQU'À -24%, ET UNE AUGMENTATION DE +7% DANS LE GROUPE TÉMOIN. LA TOLÉRANCE AUX TRAITEMENTS, UNE AUGMENTATION JUSQU'À +30% ET AU CONTRAIRE UNE DIMINUTION DE -7% DANS LE GROUPE TÉMOIN.

L'ESTIME DE SOI AUGMENTE JUSQU'À +10%, ET PAR CONTRE DIMINUE DAVANTAGE JUSQU'À -12% DANS LE GROUPE TÉMOIN. LA CONFIANCE EN SOI MAXIMALE DE +17%.

L'ANXIÉTÉ, UNE DIMINUTION JUSQU'À -37%, ALORS QUE L'ELLE AUGMENTE DE +3% DANS LE GROUPE TÉMOIN.

LA DÉPRESSION QUI DIMINUE JUSQU'À -22%, ET PAR CONTRE QUI AUGMENTE DE +3% DANS LE GROUPE TÉMOIN.

L'HUMEUR AUGMENTE JUSQU'À +22% ET NOTONS +1% D'AUGMENTATION DANS LE GROUPE TÉMOIN.

LE SOMMEIL, 100% DES UTILISATEURS ONT DÉCLARÉS OUI À SON AMÉLIORATION, ET 100% DE DÉGRADATION SANS L'UTILISATION DU DISPOSITIF @LOL! POUR LE GROUPE TÉMOIN.

Ainsi, nous pouvons constater les effets positifs du dispositif @LOL! dans le cadre de l'étude clinique menée au CHE de Nice, ainsi qu'à la clinique Lamartine. Il paraît également très intéressant de souligner, un impact en proportionnalité positive avec son utilisation répétitive versus un peu, ou pas du tout (témoin).

L'intérêt de l'étude et la satisfaction des patients, ont amené à 100% de résultat positif nous à la volonté d'obtenir le dispositif, idem pour la recommandation du dispositif @LOL!.

Ces résultats confirment l'effet bénéfique très significatif de ce type d'intervention complémentaire dans la qualité de vie du patient en cours de traitement anti-cancéreux.

Ceci va dans le même sens que d'autres types d'interventions comme l'activité physique adaptée et le soutien nutritionnel avec un impact potentiel important sur le contrôle de la maladie au-delà de la simple qualité de vie. Ceci justifie une expérimentation à plus grande échelle, voire une diffusion d'embée de la méthode au plus grand nombre.

Nice le 20 Juin 2022.  
 Pr René Jean BENSADOUN  
 Gérard GILLET  
 Pr René Jean BENSADOUN  
 Gérard GILLET  
 Pr René Jean BENSADOUN  
 Gérard GILLET

PRÉSENTE À:



DÉVELOPPÉ PAR LA START-UP



© COPYRIGHT FRANCE ET INTERNATIONAL N°W5F733M9

# La réflexologie plantaire modifie la connectivité cérébrale chez des volontaires sains : un essai randomisé contrôlé en IRMf de repos

Mathilde Boussac, Karel Joineau, Pierre Payoux, Emeline Descamps - Toulouse NeuroImaging Centre (ToNIC - UMR1214 Inserm/UT3)

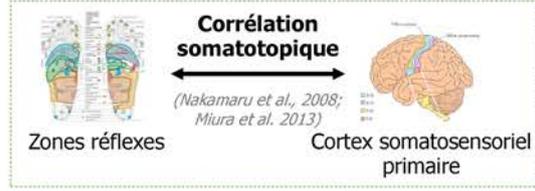
## Introduction:



**RÉFLEXOLOGIE PLANTAIRE (RP)** = stimulation tactile spécialisée qui consiste à appliquer une pression contrôlée sur des zones spécifiques des pieds, appelées « zones réflexes », et qui vise à promouvoir l'homéostasie

↘ Douleur ↘ Stress/anxiété ↗ Qualité de vie dans ≠ étiologies

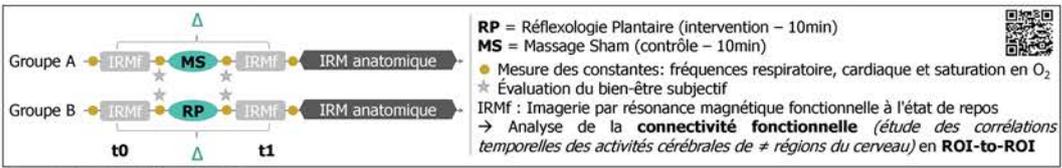
(Hugues et al., 2009, 2011 ; Stephenson et al., 2000, 2003 ; Wilkinson et al., 2008 ; Dolotian et al., 2011 ; Wyatt et al., 2012 ; Nazari et al., 2016 ; Bertrand et al., 2019 ; Akin Korhan et al., 2014 ; Hodgson et al., 2000 ; Sharp et al., 2012)



- ⚠ Manque d'évaluation et de données
- + Peu de publication sur les effets de la RP et ses mécanismes
- + Complexité méthodologique → manque de rigueur méthodologique dans les études

**Objectif:** Déterminer si deux formes de stimulation tactile brève (la RP et un massage « sham » du pied) impactent la connectivité fonctionnelle cérébrale de réseaux de connectivités intrinsèques au repos, les paramètres physiologiques et le bien-être de volontaires sains

**Méthode: Etude FOOT (NCT04661774)** - étude monocentrique, interventionnelle, comparative, randomisée, chez des 30 volontaires sains

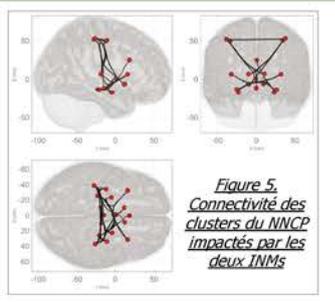
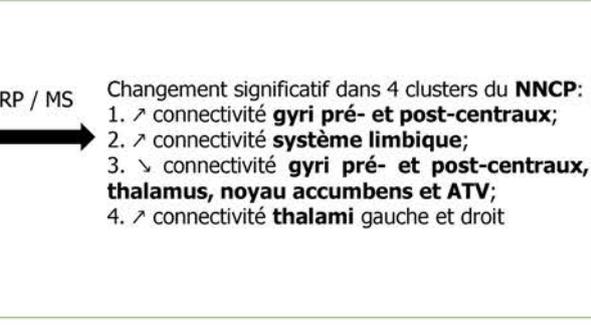
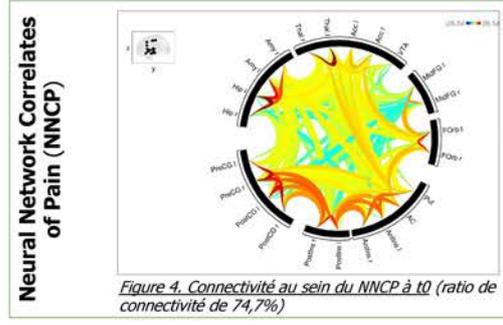
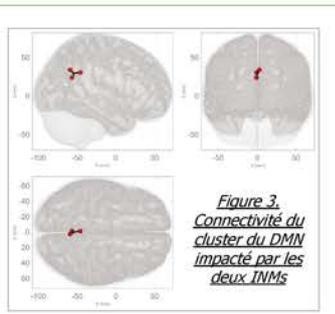
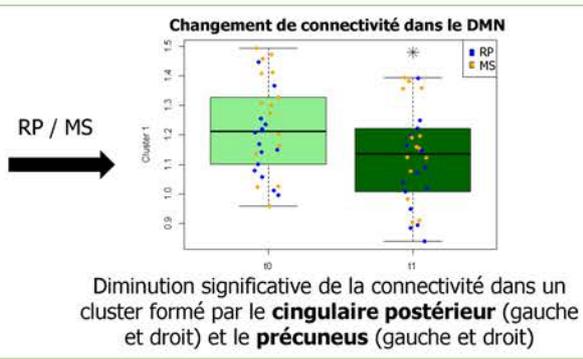
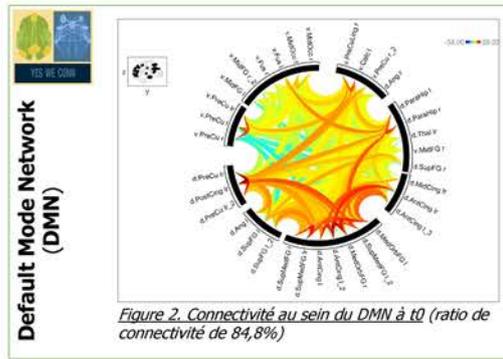


	Population	Groupe A	Groupe B
n (F/M)	30 (15/15)	15 (5/10)	15 (10/5)
Age (années)	30,3	29,3	31,3
Fréquence cardiaque	65,5 ± 10,7	63,8 ± 10,8	67,3 ± 10,6 *
Fréquence respiratoire	14,1 ± 3,9	15,0 ± 4,2	13,1 ± 3,4
Saturation en O <sub>2</sub>	97,2 ± 1,9	96,9 ± 1,9	97,5 ± 1,9
Bien-être subjectif	25,6 ± 2,7	25,7 ± 2,3	25,5 ± 3,2

Table 1. Descriptif de la population à t0 (\*p=0,01)

Figure 1. Design de l'étude FOOT

**Résultats:** → Pas de différence démographique entre les groupes à t0, sauf fréquence cardiaque > chez groupe B (T.test: p=0,01\* - plus de femmes dans le groupe B)  
→ **Effet significatif des interventions (RP et MS)** sur les fréquences cardiaque et respiratoire et le bien-être subjectif (ANOVAs appariées: p=0,0009, p=0,01 et p=0,007, respectivement) **sans effet des groupes** (interaction: p>0,05)  
→ Pas de différence significative entre groupes (RP vs MS) au sein des réseaux cérébraux étudiés en IRMf de repos à t0 (avant l'intervention)  
→ **Effet significatif des interventions (RP et MS) sur les réseaux cérébraux étudiés en IRMf de repos:** le **Default Mode Network (DMN)** et le **Neural Network Correlates of Pain (NNCP)** - un nouveau réseau constitué de 13 ROIs - avec séparation bilatérale - impliquées dans la douleur



## Discussion:

- ✓ **Impact des deux INMs sur la connectivité fonctionnelle**, avec des changements dans différents réseaux cérébraux: **DMN**, **NNCP** et réseau sensorimoteur (cohérent avec la stimulation tactile) - effets **non-spécifiques à la réflexologie plantaire**
- ✓ **Amélioration du bien-être après les INMs** chez tous les participants selon les mesures électrophysiologiques (↘ fréquence cardiaque et ↗ fréquence respiratoire) et l'évaluation subjective du bien-être (↗)
- ✓ Potentielle **identification de corrélats cérébraux du bien-être ressenti** et des états modifiés de conscience, associés aux INMs
- ✓ Validation de la **sécurité** des INMs
- ✓ Mise en évidence d'un potentiel « réseau de la douleur »: le **Neural Network Correlates of Pain** (formé des cortex orbitofrontal, préfrontal dorsolatéral, cingulaire antérieur, insula postérieure et antérieure, putamen, noyau accumbens, hippocampe, amygdale, aire tegmentale ventrale, thalamus, gyri pré- et post-centraux)  
→ préliminaire à l'étude des patients douloureux

## Evaluation du potentiel d'interaction d'un complément alimentaire, Qiseng®

Céline Féger<sup>1</sup> - Florian Petitjean<sup>2</sup>

1- Direction Scientifique & Médicale  
2- Direction Générale  
Olisma (Evaux-les-Bains, France)

### Problématique:

Les compléments alimentaires sont de plus en plus utilisés: 69% des adultes en ont consommé dans les 12 mois précédents, contre 20% en 2002 (Synadiet 2022). Ces compléments alimentaires sont pour moitié achetés en pharmacie, ce qui permet au pharmacien de conseiller les patients quant aux interactions potentielles.

Chez les patients sous traitement médicamenteux, il est important d'évaluer le risque d'interaction avec la pharmacocinétique des médicaments reçus

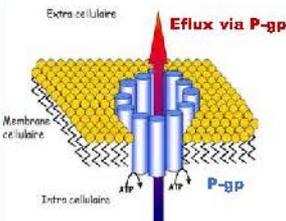


Les interactions les plus fréquentes sont liées aux cytochromes, qui métabolisent de nombreux médicaments, ou encore à un transporteur transmembranaire d'efflux, la glycoprotéine P (P-gp).

Selon la population ciblée, d'autres interactions peuvent être importantes à évaluer. Le besoin médical ciblé est la fatigue persistante. Un exemple emblématique en est la fatigue post-cancer, avec une prévalence importante de femmes ayant été traitées pour un cancer du sein, le plus souvent hormono-

sensible. Or Qiseng® est un complément alimentaire à base de *Panax quinquefolius*, ou ginseng d'Amérique, et les ginsengs sont réputés avoir un certain potentiel estrogénique. Ce potentiel estrogénique est donc crucial à évaluer, afin de ne pas risquer de provoquer une reprise de prolifération tumorale liée à une stimulation estrogénique.

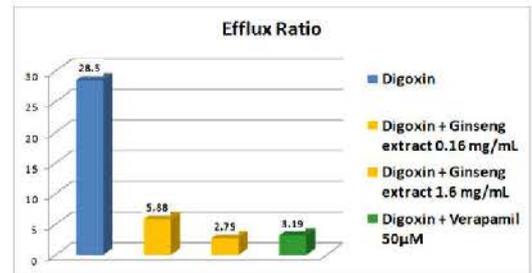
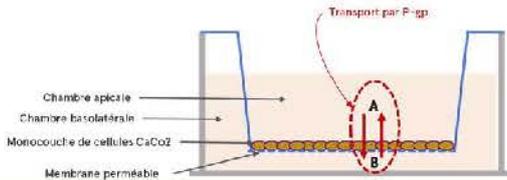
### Potentiel d'interaction avec les P-gp



#### Rationnel:

Les P-gp sont des transporteurs transmembranaires qui transportent divers médicaments hors des cellules. Les P-gp sont très présentes dans les cellules entérocytaires, permettant ainsi à des médicaments de passer la barrière digestive. Elles peuvent également être présentes sur les cellules tumorales, expulsant les médicaments anticancéreux et contribuant ainsi à la résistance tumorale au traitement.

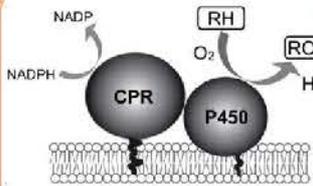
**Objectifs:** évaluer si Qiseng® (1) est transporté par les P-gp (donc passe du milieu A à B), (2) inhibe le transport par les P-gp d'une substance-test (digoxine), de façon comparative à un inhibiteur connu (vérapamil).



#### Résultats:

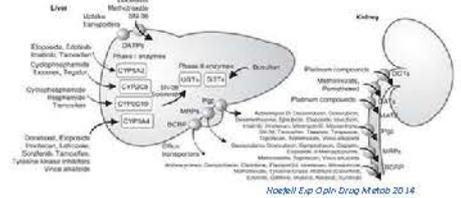
- (1) Ginsénosides indétectables en A => **Qiseng n'est pas transporté par les P-gp.**
- (2) **Qiseng® est modérément inhibiteur des P-gp**, à concentration élevée (simulant les taux péri-entérocytaires) comme à concentration faible (simulant les concentrations pré-tumorales)

### Potentiel d'interaction avec les cytochromes P450



#### Rationnel:

Les cytochromes, et particulièrement les isoenzymes du cytochrome P450 (Cyp450), sont impliqués dans le métabolisme de nombreux médicaments (cf. schéma ci-contre), d'où l'importance de tester le potentiel d'interaction des compléments alimentaires. Du fait de la métabolisation de Qiseng® en métabolites actifs, nous avons testé Qiseng® et ses deux métabolites terminaux, le composé K et le 2Q(S)-protopanaxatriol (PPT).



# Évaluation quantitative et qualitative de l'atelier Développez votre mieux-être avec la sophrologie caycédienne®



## Contexte

En France, 10 % des personnes âgées de 65 ans et plus souffrent de troubles anxieux et 15 à 30 % d'entre eux présentent des symptômes dépressifs significatifs.

(rapport CESP - Centre d'expertise en santé publique)

## La sophrologie caycédienne®, c'est :

- » Une méthode qui étudie la conscience et les valeurs de l'existence
- » Une discipline qui aide chacun à développer une conscience sereine au moyen d'un entraînement personnel
- » Des techniques de relaxation et d'activation du corps et de l'esprit

## Descriptif de l'atelier

Huit séances hebdomadaires d'une heure 30 chacune, sur deux sites de l'agglomération nancéienne. Chaque séance est dédiée à une pratique et une théorie spécifiques à la gestion du stress. Protocole du « mieux-être et sophrologie » de Sofrocay® Financement Labelvie

## Bénéficiaires plus de 60 ans

Seul critère d'inclusion pour les participants : niveau 5 ou 6 du référentiel Groupe Iso-Ressources (GIR)

## Méthode de recueil des données

L'évaluation a reposé sur deux types de recueil de données, de septembre 2018 à septembre 2019 :

- **Données quantitatives** recueillies à l'aide d'un questionnaire. Les réponses ont été remplies par la sophrologue et auto-administrés, saisis manuellement et analysés à l'aide du logiciel Lime Survey®
- **Données qualitatives** recueillies au cours d'entretiens réalisés par le CESP, en face à face et téléphoniques, semi-directifs, enregistrés, retranscrits intégralement et analysés manuellement

## Objectifs des questionnaires réalisés auprès des participants

### T0 (avant les ateliers) 34 questions

- 26 questions Pour vous connaître
- 1 question Activité physique
- 2 questions Sommeil
- 5 questions Sophrologie

### T1 (après les ateliers) 24 questions

- 14 questions Suite à l'atelier
- 1 question Activité physique
- 2 questions Sommeil
- 7 questions Sophrologie

## Résultats des questionnaires

### Nombre de questionnaires par site

54 questionnaires recueillis, tous sites confondus

Ateliers ONPA		Ateliers club Essey seniors	
T0	T1	T0	T1
■ 14 participants	■ 8 participantes	■ 20 participants	■ 13 participants
■ 21 questionnaires remplis	■ 8 questionnaires remplis	■ 18 femmes, 2 hommes	■ 12 femmes, 1 homme
■ 14 participants : 13 femmes, 1 homme	■ 8 questionnaires remplis	■ 20 participants : 18 femmes, 2 hommes	■ 13 participants : 12 femmes, 1 homme
■ 13 questionnaires remplis		■ 20 questionnaires remplis	■ 13 questionnaires remplis

### Les attentes des participants à T0

Pourquoi assistez-vous à ces ateliers ?



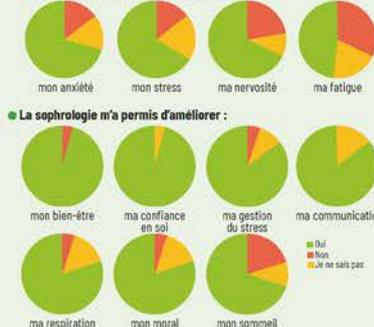
### Gestion du sommeil

Pour bien dormir, vous utilisez les moyens suivants :



### Les effets ressentis à T1

Les séances m'ont permis de diminuer :



La sophrologie m'a permis d'améliorer :



### Indices de satisfaction



## Objectifs des entretiens

### réalisés auprès des participants aux ateliers

Évaluer, à moyen terme, leur satisfaction et l'impact de ces ateliers au travers de leur retour sur expérience, ainsi qu'à la réévaluation des critères significatifs issus des questionnaires T0 et T1

### réalisés auprès des parties prenantes : financeur, opérateur, associations accueillant les activités

Évaluer la mise en place du projet

## Résultats des entretiens

### 17 entretiens, tous sites confondus

- 14 entretiens semi-directifs réalisés avec les participants (10 entretiens téléphoniques et 4 physiques)
- 3 entretiens réalisés avec les parties prenantes

### Pratique à 6 mois

- La majorité se dit suffisamment autonome pour la reproductibilité des exercices
- Certains indiquent que plus la pratique est longue, meilleurs sont les effets. Des mécanismes automatiques sont enclenchés.

### Satisfaction

- **Séances** Appréciation du déroulement (durée, nombre, professionnalisme et adaptabilité de l'intervenant), attention au chauffage de la salle
- **Ambiance** Bonne et détendue, pour certains au-delà des attentes
- **Partants** pour de nouveaux ateliers

### Effets ressentis à la fin des ateliers

- **Positifs** pour la majorité des participants, non négligeable
- **Prolongés** pour ceux qui continuent les exercices

### Effets ressentis à 6 mois

- **Diminution** du stress et de l'anxiété, sérénité, calme, bien-être
- **Positivisme**, stabilité émotionnelle
- **Amélioration** de la confiance en soi, prise de parole en public rendue possible
- **Endormissement** facilité, légère amélioration de la qualité du sommeil

## Conclusion Un atelier pertinent et efficace

- **Pertinence** des ateliers de Sophrologie Caycédienne® comme outil d'amélioration du bien-être quotidien, en prévention des troubles anxieux et de leurs conséquences
- **Bénéfices psychologiques** essentiellement ressentis, amélioration profonde du bien-être
- **Pérennité des bénéfices** induite par la régularité de la pratique et acquisition rapide de l'autonomie nécessaire
- **Dynamique de groupe** facteur facilitateur pour certains participants
- **Volonté exprimée** à T0 et à T1 de réintégrer un atelier de sophrologie



# Comparaison de deux protocoles de prise en charge des lombalgies en étiopathie

Sébastien GAUTHIER, etiopathe, Nicolas MOLINARI PU-PH, CHU Montpellier

## Introduction

- La lombalgie est un enjeu de santé publique mondiale: une prévalence de plus de 70% de la population des pays industrialisés.
- Une prévalence en augmentation dans tous les pays du monde.
- Les guides de bonnes pratiques récents incluent le plus souvent des INM dans une prise en charge globale.
- L'étiopathie est une méthode de thérapie manuelle basée sur une approche mécaniste du corps humain.
- Propose des traitements manuels pour la prise en charge des lombalgies.

### => Hypothèse

L'amélioration des scores devrait être meilleure dans le groupe qui a un délai réduit entre la première et la seconde intervention.

## Méthode

- Etude observationnelle
- Un centre, 32 sujets incluent pendant 6 mois, 3 interventions pour chaque sujet. La 1<sup>ère</sup> et la 3<sup>ème</sup> ont lieu à J0 et à J28
- Les patients sont répartis aléatoirement en 2 groupes: la seconde intervention a lieu à J7 pour le groupe 1 et J14 pour le groupe 2.
- Mesure des scores EIFEL qui mesure l'incapacité fonctionnelle et EVA, pour la mesure de la douleur, avant chaque intervention.
- Le type d'INM pour chaque sujet est une technique vertébrale appelée lumbar roll. (fig 1)

Fig 1 : Réalisation d'un lumbar roll



## Résultats

- Les scores EVA (Fig 2) et EIFEL (Fig 3) s'améliorent dans les 2 groupes.
- Pas de différence statistique entre le groupe 1 et le groupe 2

### => Conclusion

En l'absence de différence statistique, il semble préférable de faire une seconde intervention à J7, afin de permettre une amélioration plus rapide des sujets.

Fig 2 : Evolution score EVA au cours des 3 interventions

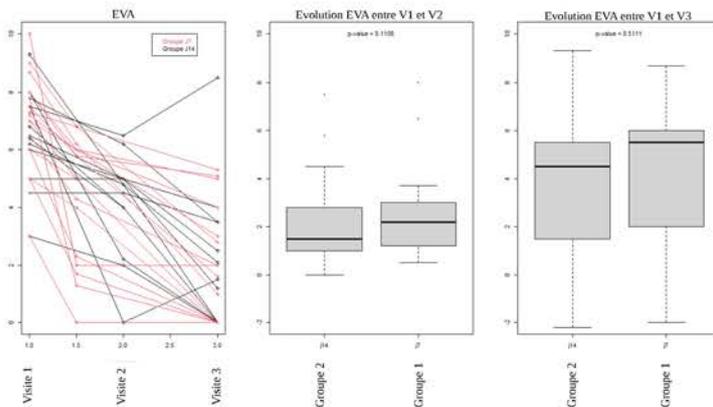
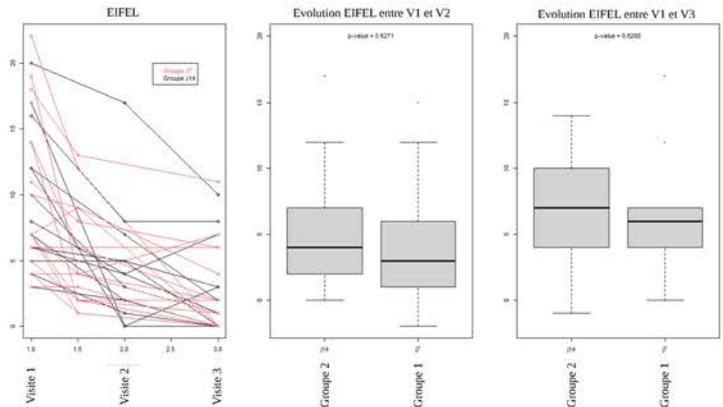


Fig 3 : Evolution score EIFEL au cours des 3 interventions



## Perspectives

Reprendre le même protocole pour faire une étude multicentrique afin d'avoir plus d'opérateurs et de sujets  
Refaire une étude sur une durée plus longue afin d'avoir un suivi systématique des sujets



## Remerciements

- Association pour le Développement de l'Etiopathie
- Institut Français d'Etiopathie
- Haute autorité Etiopathique

## Contact

Sébastien GAUTHIER  
137 Rue Alexis de Tocqueville  
50000 Saint Lô  
sebastien\_gauthier@live.fr  
06.73.97.82.70

## Références

- Dal Farra F, Risio RG, Vismara L, Bergna A. Effectiveness of osteopathic interventions in chronic non-specific low back pain: A systematic review and meta-analysis. *Complement Ther Med.* 2021 Jan;56:102616. doi: 10.1016/j.ctim.2020.102616. Epub 2020 Nov 13. PMID: 33197571.
- Bussièrès AE, Stewart G, Al-Zoubi F, Decina P, Descarreaux M, Haskett D, Hincapié C, Pagé I, Passmore S, Srbely J, Stupar M, Weisberg J, Ornelas J. Spinal Manipulative Therapy and Other Conservative Treatments for Low Back Pain: A Guideline From the Canadian Chiropractic Guideline Initiative. *J Manipulative Physiol Ther.* 2018 May;41(4):265-293. doi: 10.1016/j.jmpt.2017.12.004. Epub 2018 Mar 30. PMID: 29606335.
- van Middelkoop M, Rubinstein SM, Kuijpers T, Verhagen AP, Ostelo R, Koes BW, van Tulder MW. A systematic review on the effectiveness of physical and rehabilitation interventions for chronic non-specific low back pain. *Eur Spine J.* 2011 Jan;20(1):19-39. doi: 10.1007/s00586-010-1518-3. Epub 2010 Jul 18. PMID: 20640863; PMCID: PMC3036018.
- Oliveira CB, Maher CG, Pinto RZ, Traeger AC, Lin CC, Chenot JF, van Tulder M, Koes BW. Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. *Eur Spine J.* 2018 Nov;27(11):2791-2803. doi: 10.1007/s00586-018-5673-2. Epub 2018 Jul 3. PMID: 29971708.
- Chou R, Qaseem A, Snow V, Casey D, Cross JT Jr, Shekelle P, Owens DK; Clinical Efficacy Assessment Subcommittee of the American College of Physicians; American College of Physicians; American Pain Society Low Back Pain Guidelines Panel. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med.* 2007 Oct 2;147(7):478-91. doi: 10.7326/0003-4819-147-7-200710020-00006. Erratum in: *Ann Intern Med.* 2008 Feb 5;148(3):247-8. PMID: 17909209.

## Bénéfice d'un parcours de soins intégratif transdisciplinaire sur la peur de la récurrence du cancer: résultats préliminaires.

Paola Giblas, Fabienne Achard, Audrey Allain, Héléne Breton, Marion Brachet, Nathalie Feldman, Marc Galy, Paola Giblas, Cécile Pétureau, Jeanne Radoutsky, Federica Vettor et Alain Toledano

### Introduction

- La peur de la récurrence affecte la grande majorité des patients atteints de cancer et semble apparaître plus fréquemment en fin de traitement.
- Elle est définie comme étant « la peur ou l'inquiétude que le cancer revienne ou progresse dans le même organe ou dans une autre partie du corps » (Vickberg, 2003). Selon S. Simard (2008), la peur de la récurrence du cancer (PRC) varierait en intensité sur un continuum d'une réaction normale à une réaction pathologique en fonction de la représentation cognitive ou de l'interprétation de la maladie.
- A un niveau clinique, la PRC est associée à des niveaux plus élevés d'anxiété (Koch et al, 2012). L'intensité de la PRC, le niveau d'anxiété et le niveau de stress perçus associés ont fait l'objet d'un parcours de soins pilote évalué chez des patients à l'Institut Rafaël.



### Matériel et méthode

Parcours pluridisciplinaires de 4 semaines composé de 7 ateliers collectifs destinés aux patients en fin de traitement et ayant un score au questionnaire de l'inventaire de la peur de la récurrence (IPRC) supérieur ou égal à 16

- ETP
- Sophrologie
- Méditation
- Naturopathie
- Chant choral
- Yoga
- Art-thérapie

Le parcours est évalué au début et à la fin des 4 semaines par :

- IPRC-VC: Inventaire de la peur de la récurrence version courte
- STAI-Y2: *State Trait Anxiety Inventory*, évaluant la dimension anxieuse
- PSS: *Perceived Stress Scale*, afin d'évaluer la perception du stress



### Résultats

9 patients ont été inclus dans le parcours de soins. 8 patients ont réalisé le parcours dans sa totalité. Les résultats préliminaires montrent une tendance à la diminution du score de l'IPRC et du stress perçus.

**Conclusion:** La phase pilote de ce parcours dédié à la peur de la récurrence va se poursuivre sur 2023 et s'étendre sur un plus grand nombre de patients afin de consolider ces résultats encourageants.

## QUELS BÉNÉFICES DES PARCOURS EN SANTÉ INTÉGRATIVE ?

Viviane Seron, Sheherazade Boyer-Tami, Delphine Lichte, Ayala Elharar, Carine Chaix-Couturier, Clément Draghi, Isabelle Carlier, Delphine Jarmoune, Nathaniel Scher, Alain Toledano

La santé globale intègre plusieurs dimensions interdépendantes. Les interventions thérapeutiques non médicamenteuses ont un impact, dont la valeur reste encore à bien définir.

A l'Institut Rafael-Santé Intégrative, nous avons offerts et évalué 56917 soins chez 3454 patients, en 4 ans. Les évaluations des parcours d'accompagnement coordonnés permettent de percevoir leurs bénéfices.

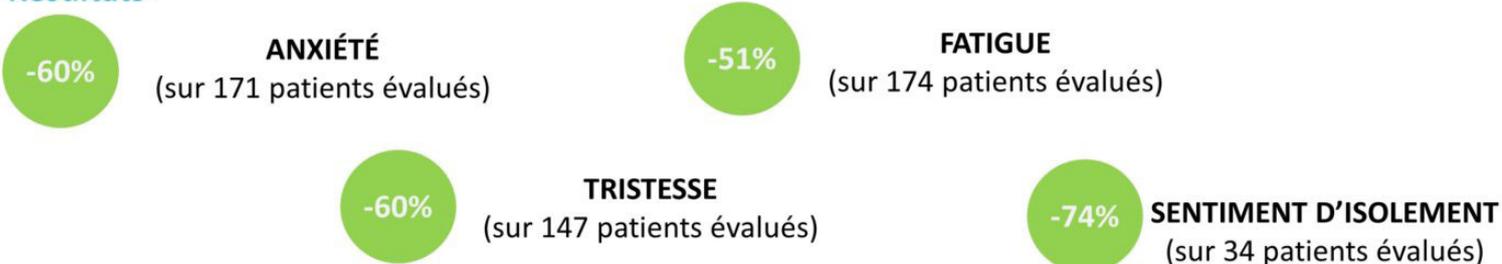


### Méthode

Nous avons procédé à une évaluation des parcours en Santé Intégrative au courant de l'année 2022. Chaque patient co-construit son programme de soins avec une des sept coordinatrices, qui définit avec lui ses objectifs propres ; une évaluation à mi-parcours des bénéfices et objectifs réalisés est effectuée, ainsi qu'en fin de parcours. Ici, nous étudions, chez une cohorte de patients, certains bénéfices de parcours d'accompagnement objectifs.

Sur l'année 2022  
1430 PATIENTS ONT ÉTÉ PRIS EN CHARGE À L'INSTITUT RAFAEL  
17 836 SOINS OFFERTS ET ÉVALUÉS

### Résultats



Le ressenti des patients est amélioré par l'offre de soins coordonnée, proposant des interventions non médicamenteuses.

L'amélioration de l'anxiété, la tristesse, la fatigue, le sentiment d'isolement, font partie des progrès thérapeutiques qu'il nous reste à systématiser et évaluer.

# Comment (mieux) utiliser l'hypnose pour l'arrêt du tabac ?

A. Gherras, N. Vibert, M. Underner, and N. Jafaari

Centre de Recherches sur la Cognition et l'Apprentissage (CeRCA), UMR 7295 CNRS - Université de Poitiers – Université de Tours, France  
Unité de Recherche Clinique, Centre Hospitalier Henri Laborit, Poitiers, France.

## INTRODUCTION

À ce jour, deux types de traitements ont montré leur efficacité dans la prise en charge de l'addiction au tabac : d'une part les traitements pharmacologiques par des substituts nicotiques (TNS, patchs et/ou formes orales), et d'autre part les thérapies comportementales et cognitives. Des recherches suggèrent que l'hypnose pourrait être une méthode efficace mais les preuves de cette efficacité sont encore insuffisantes.

Dans l'addiction au tabac, plusieurs études ont mis en avant une boucle automatique qui piège les personnes dépendantes en déclenchant un craving dès l'exposition aux stimuli liés à la substance. Comme les mécanismes qui sous-tendent l'envie de fumer opèrent en grande partie sans contrôle cortical, les traitements qui ne tiennent pas compte des mécanismes implicites de la dépendance ne seraient pas les plus efficaces. L'hypnose pourrait permettre de rompre ces mécanismes automatiques en redonnant au patient le contrôle sur son craving.

**Objectif de l'étude:** Comparer l'efficacité de l'hypnose, des patchs nicotiques et de l'utilisation simultanée des deux méthodes comme traitements d'aide à l'arrêt du tabac.

### Hypothèses de recherche principale

Dans l'arrêt du tabac, l'hypnose est un traitement plus efficace que les substituts nicotiques ou l'absence de traitement, et il d'autant plus efficace lorsqu'il est utilisé en combinaison des TNS.

### Hypothèses de recherche secondaires

Lors de la visite à 3 mois, et à 6 mois après la fin du traitement

- Le niveau de CO présent dans l'organisme des patients du groupe avec hypnose sera inférieur à celui des patients du groupe avec patchs.
- Le score total à l'IAT tabac des patients du groupe hypnose sera plus faible que pour les patients du groupe avec patchs.
- Le score total au FTCQ 12 des patients du groupe hypnose sera plus faible que pour les patients du groupe avec patchs.
- Le score total au questionnaire d'anxiété HAMILTON des patients du groupe hypnose sera plus faible que pour les patients du groupe avec patchs.

### Matériel et procédure :

- Test de motivation de Demaria, Grimaldi et Lagrue
- Échelle de suggestibilité à l'hypnose EHS de Elkins
- Mesure du CO dans l'air expiré
- Échelle d'anxiété Hamilton
- Questionnaire de Fagerström (dépendance au tabac)
- Test d'associations implicites avec le tabac (craving implicite)
- FTCQ 12 (mesure explicite du craving)

### 1ère étude

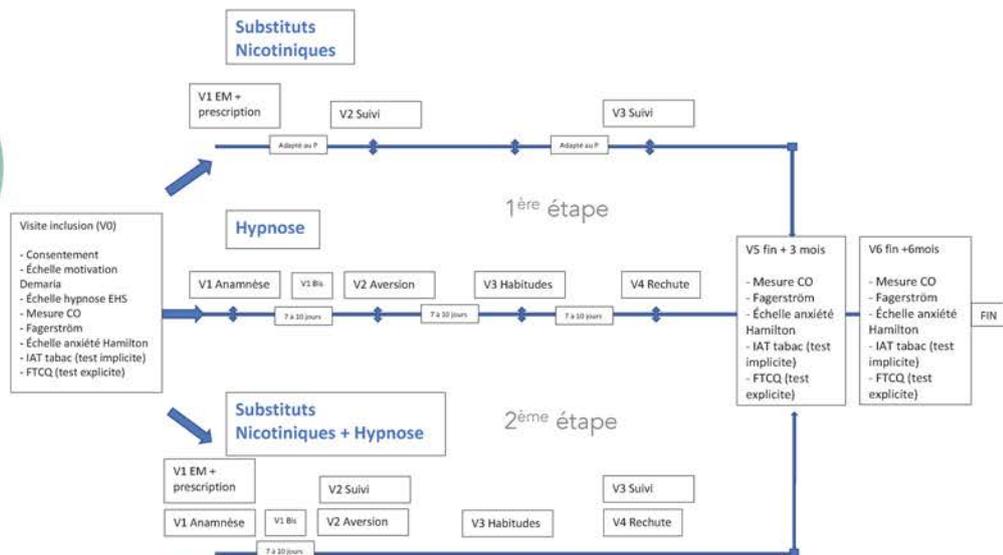
90 patients  
(fumeurs entre 10 et 40 cigarettes, suggestibilité élevée à EHS, score motivation Demaria supérieur à 6, sans autres pathologies psychiatriques)

Bras 1  
Hypnose  
N= 30

Bras 2  
Substituts nicotiques  
N= 30

### 2ème étude (optionnelle)

Bras 3 :  
Hypnose + TNS  
N= 30



### Critère de jugement principal

Comparaison des taux d'abstinence continue de la consommation de tabac déclarés par les patients 3 mois et 6 mois après la fin du traitement, pour les trois bras (Hypnose / Substituts nicotiques / Hypnose + Substituts nicotiques), évalués par le questionnaire de Fagerström et la mesure du CO.

### Critères de jugement secondaires

Évaluation des scores aux divers tests à 3 mois et à 6 mois après la fin du traitement pour les trois bras (Hypnose / Substituts nicotiques / Hypnose + Substituts)

- IAT Tabac (craving implicite)
- FTCQ 12 (craving explicite)
- Echelle d'anxiété de Hamilton

# Effacité d'un dispositif médical (web app), Music Care®, sur la douleur et l'anxiété pendant une chirurgie de la cataracte

Gilles Guerrier<sup>1</sup>, Federico Bernabei<sup>2</sup>, Mathieu Lehmann<sup>2</sup>, Marco Pellegrini<sup>3</sup>, Giuseppe Giannaccare<sup>4</sup>, Pierre-Raphaël Rothschild<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Department of Anesthesia and Intensive Care, Hôpital Cochin, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Paris, France; <sup>2</sup>Département d'ophtalmologie, Hôpital Cochin, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Paris, France; <sup>3</sup>Ophthalmology Unit, DIMES, University of Bologna, IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria di Bologna, Bologna, Italy; <sup>4</sup>Department of Ophthalmology, University Magna Graecia of Catanzaro, Catanzaro, Italy; <sup>5</sup>Université de Paris, Centre de Recherche des Cordeliers, INSERM, Paris, France

## INTRODUCTION

La chirurgie de la cataracte est l'une des interventions les plus couramment pratiquées dans le monde. Malgré la sédation, les patients peuvent éprouver un état d'anxiété considérable avec un certain niveau de douleur pendant la procédure.

La santé numérique est populaire, mais les preuves cliniques de son utilité sont rares et limitées au traitement de l'anxiété sans analyse spécifique. Des publications récentes ont décrit les effets potentiels des interventions musicales adaptées sur la douleur et l'anxiété [1,2].

**Objectif:** Démontrer les effets d'une application numérique de santé (Music Care® : intervention musicale) sur la douleur intra et post-opératoire pendant une chirurgie de la cataracte effectuée sous anesthésie locale.

## METHODE ET DESIGN

- Essai comparatif, randomisé, ouvert, prospectif, conduit entre fév. 2017 et juil. 2018, mené au service d'ophtalmologie OphtalmoPôle de Paris de l'hôpital Cochin (Paris, France)

- Les patients nécessitant une chirurgie de la cataracte ont été affectés de façon aléatoire au bras expérimental (application numérique Music Care avec la technique « U » [3] fournie au moyen d'un casque) ou au bras de contrôle (casque antibruit sans musique) pendant 20 minutes avant l'intervention chirurgicale.

## MUSIC CARE WEB APP

Séquence musicale de 20 minutes divisée en 6 sections musicales différentes de 3 à 4 minutes chacune :

- 5 premières : mode mineur, rythme musical stimulant (section 1, 80-95 bpm), puis réduction progressive du tempo musical (40-80 bpm), de la taille de l'orchestre, des fréquences et du volume (sections 2-4, bras descendant du « U ») suivi d'une phase de relaxation maximale (article 5, phase descendante du « U »);

- La dernière section : mode majeur, correspond à une phase qui revient progressivement à la dynamique de référence (section 6, bras ascendant du « U »).



## CRITERES ET ANALYSE STATISTIQUE

**Primaire :** Niveau de douleur évalué à l'aide de l'Échelle numérique d'évaluation de la douleur (NPRS), pendant l'intervention chirurgicale et avant la décharge.

**Secondaire :**

- 1) Niveau d'anxiété évalué à l'aide de l'échelle visuelle analogique (EVA), recueilli avant et après l'intervention musicale.
- 2) Occurrence d'au moins 1 événement hypertensif pendant l'intervention chirurgicale
- 3) Quantités de médicaments anxiolytiques injectés pendant la chirurgie

**Méthodes statistiques :** Test t de Student et test du chi<sup>2</sup>.

## RESULTS

- 243 patients: 119 dans le groupe Music Care (MC); 124 dans le groupe Contrôle (C).

- 128 femmes

- Age (ans) moyen (ET): 67.3 (10.4) pour MC, 68.5 (11.2) pour C.

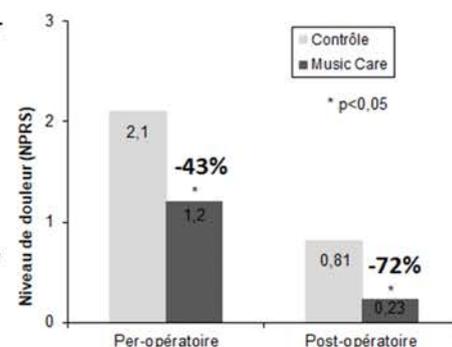
### Critère principal: la douleur

Les patients du groupe musique ont signalé un niveau moyen de douleur plus faible pendant l'intervention chirurgicale et avant la décharge comparativement au groupe contrôle (respectivement, 1,2±0,5 contre 2,1±1,1, p=0,03 et 0,23±0,4 contre 0,81±0,7, p=0,04).

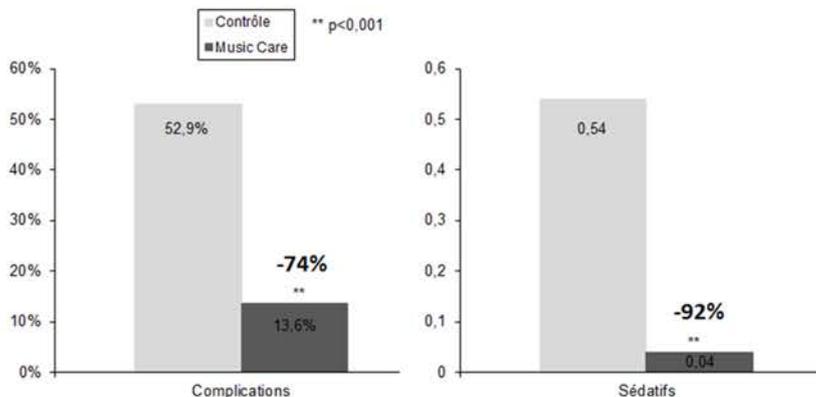
### Critères secondaires

- 1) Anxiété moyenne après une intervention musicale plus faible dans le groupe MC (1,3±1,1) par rapport à 3,2±2,2 dans le groupe C (p < 0,001).
- 2) Incidence plus faible d'événements hypertensifs dans le groupe MC que dans le groupe C (n = 21; 13,6% par rapport à n = 82; 52,9%).
- 3) Nombre moyen d'injections de midazolam nécessaire pendant l'intervention chirurgicale plus faible dans le groupe MC (0,04±0,24) que dans le groupe C (0,54±0,74).

### Réduction significative du niveau de douleur intra-opératoire et postopératoire



### Baisse significative des complications per-opératoires et des sédatifs



## CONCLUSION

Music Care®, une application numérique de santé, pendant une chirurgie de la cataracte effectuée sous anesthésie locale:

1. Réduit le niveau de douleur (-43% et -72%, pendant l'intervention chirurgicale et avant la décharge, respectivement)
2. Réduit le niveau d'anxiété(-74%)
3. Réduit la consommation médicamenteuse(-92%)
4. Est facile à utiliser.

## REFERENCES

- [1] Bradt J, Dileo C, Shim M. Music interventions for preoperative anxiety. Cochrane Database Syst Rev. CD006908. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006908.pub2>
- [2] Sibanda A, Carnes D, Visentin D, Cleary M. A systematic review of the use of music interventions to improve outcomes for patients undergoing hip or knee surgery. J Adv Nurs. 2019;75:502-516.
- [3] Guetin S, Ginies P, Siou DK, Picot MC, Pommie C, Guldner E, Touchon J. The effects of music intervention in the management of chronic pain: a single-blind, randomized, controlled trial. The Clinical journal of pain. 2012; 28(4), 329-337.