

UNIVERSITE DE NANTES

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Année 2019

N° 3552

**DOULEURS OROFACIALES : IMPLICATIONS DU CENTRE DE
SOINS DENTAIRES DANS LE RESEAU DU CENTRE
D'EVALUATION ET DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR**

THESE POUR LE DIPLÔME D'ETAT
DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

présentée

et soutenue publiquement par

TELLIER Maxime

Né le 03.04.1993

Le 19/06/2019 devant le jury ci-dessous

Président : Monsieur le Professeur Philippe LESCLOUS

Assesseur : Madame le Docteur Bénédicte ENKEL

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Saïd KIMAKHE

Co-Directeur : Monsieur le Professeur Julien NIZARD

Par délibération, en date du 6 décembre 1972, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'il n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

UNIVERSITE DE NANTESPrésident**Pr LABOUX Olivier****FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE**Doyen**Pr GIUMELLI Bernard**Assesseurs

Dr RENAUDIN Stéphane

Pr SOUEIDAN Assem

Pr WEISS Pierre

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES
PRATICIENS HOSPITALIERS DES C.S.E.R.D.**

Mme ALLIOT-LICHT Brigitte

M. LESCLOUS Philippe

M. AMOURIQ Yves

Mme PEREZ Fabienne

M. BADRAN Zahi

M. SOUEIDAN Assem

M. GIUMELLI Bernard

M. WEISS Pierre

M. LE GUEHENNEC Laurent

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. BOULER Jean-Michel

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme VINATIER Claire

PROFESSEURS EMERITES

M. BOHNE Wolf

M. JEAN Alain

PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme DUPAS Cécile (Praticien Hospitalier)

Mme QUINSAT Victoire (Praticien Hospitalier)

Mme HYON Isabelle (Praticien Hospitalier Contractuel)

Mme RICHARD Catherine (Praticien Attaché)

Mme LEROUXEL Emmanuelle (Praticien Hospitalier)

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
PRATICIENS HOSPITALIERS DES C.S.E.R.D.****ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES DES
C.S.E.R.D.**

M. AMADOR DEL VALLE Gilles

M. ALLIOT Charles

M. ARMENGOL Valérie

M. AUBEUX Davy

Mme BLERY Pauline

Mme BARON Charlotte

M. BODIC François

Mme BEURAIN-ASQUIER Mathilde

Mme CLOITRE Alexandra

M. BOUCHET Xavier

Mme DAJEAN-TRUDAUD Sylvie

Mme BRAY Estelle

Mme ENKEL Bénédicte

M. GUIAS Charles

M. GAUDIN Alexis

M. HUGUET Grégoire

M. HOORNAERT Alain

M. KERIBIN Pierre

Mme HOUCHMAND-CUNY Madline

Mme LE LAUSQUE Julie

Mme JORDANA Fabienne

Mme LEMOINE Sarah

M. KIMAKHE Saïd

M. NEMIROVSKY Hervé

M. LE BARS Pierre

M. OUVRARD Pierre

Mme LOPEZ-CAZAUX Serena

M. RETHORE Gildas

M. NIVET Marc-Henri

M. SARKISSIAN Louis-Emmanuel

Mme RENARD Emmanuelle

Mme WOJTIUK Fabienne

M. RENAUDIN Stéphane

Mme ROY Elisabeth

M. STRUILLOU Xavier

M. VERNER Christian

ENSEIGNANTS ASSOCIES

M. GUIHARD Pierre (Professeur Associé)

Mme LOLAH Aoula (Assistant Associé)

Mme MERAMETDJIAN Laure (Maître de Conférences Associé)

M. KOUAME Alexandre Koffi (Assistant Associé)

Remerciements

A mon président de thèse,

Monsieur le Professeur LESCLOUS Philippe

Professeur des Universités à Nantes

Praticien hospitalier des centres de soins d'enseignement et de recherche dentaires

Docteur de l'Université Paris Descartes

Habilitation à Diriger les Recherches

Chef du Département de Chirurgie Orale

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter la Présidence de cette thèse. Veuillez croire en mes sentiments les plus respectueux et en mes remerciements les plus chaleureux pour votre précieuse analyse clinique au cours de mes années de formation dans le domaine de la chirurgie orale.

A mon co-directeur de thèse,

Monsieur le Professeur NIZARD Julien

Professeur des Universités à Nantes

Chef du Centre Fédératif Douleur, Soins Palliatifs et de Support, éthique clinique.

Président du Comité de Lutte contre la Douleur et Développement des Soins Palliatifs
(Cludsp)

Coordinateur du Centre Territorial fédératif de traitement de la douleur de Loire-Atlantique

Président de la Commission nationale ordinaire de validation des acquis et de l'expérience
douleur et médecine palliative.

Docteur en Médecine et Docteur en Sciences

Médecin de la Douleur

Habilité à Diriger les Recherches

Pour avoir accepté la co-direction de cette thèse. Je vous remercie sincèrement pour avoir accepté de me former dans le Diplôme Inter-Universitaire de Prise en charge de la Douleur et pour l'aide indispensable que vous m'avez offerte lors de la rédaction de ce travail.

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur KIMAKHE Saïd,

Docteur en Chirurgie Dentaire

Maitre de Conférences des Universités

Praticien hospitalier des centres de soins d'enseignement et de recherche dentaires

Docteur de l'Université de Nantes

Département de chirurgie buccale - pathologie et thérapeutique.

Anesthésiologie et Réanimation

Pour avoir accepté de diriger ce travail de thèse. Je vous remercie profondément pour la précieuse expérience de clinicien que vous avez su me transmettre lors de notre collaboration au sein de la consultation douleur. Merci également pour votre disponibilité et vos conseils lors de la rédaction de ce travail de thèse.

A mon jury de thèse,

Madame le Docteur ENKEL Bénédicte,

Maitre de Conférences des Universités et Praticien Hospitalier du CSD

Docteur de l'Université de Nantes

Ancien interne des hôpitaux de Nantes

Département d'Odontologie Conservatrice – Endodontie

Je vous prie de recevoir mes remerciements les plus sincères pour avoir honoré mon travail de votre attention en acceptant de participer à mon jury de thèse. Merci également pour toutes les précieuses informations que vous m'avez apporté lors des relectures de ce travail.

Sommaire

Remerciements.....	4
Sommaire.....	8
Introduction.....	10
Partie 1 : Organisation de la prise en charge de la douleur au niveau national, régional et local.....	11
1. Niveau national.....	11
1.1 Les consultations.....	11
1.2 Les centres.....	12
2. Niveau régional.....	15
3. Niveau local.....	16
Partie 2 : Etude des résultats de la consultation douleurs chroniques orofaciales de Nantes.....	18
1. Matériel et méthode	18
1.1 Etude rétrospective des patients ayant consulté pour des douleurs oro-faciales :.....	18
1.2 Questionnaires satisfaction patient.....	19
1.3 Questionnaires praticiens.....	20
2. Résultats :.....	21
2.1 Etude rétrospective des patients ayant consulté pour des douleurs oro-faciales :.....	21
2.2 Questionnaires satisfaction patient.....	24
2.3 Questionnaire praticien.....	30
Partie 3 : Perspectives d'amélioration.....	32
1. Missions de la Consultation Douleur Orofaciale :.....	32
2. Histoire de la Consultation Douleur Orofaciale :.....	33
3. Axes d'amélioration possibles:.....	35
3.1. Concernant l'organisation logistique de la consultation.....	36
3.2. Concernant la demande de prise en charge.....	39
3.3 Concernant la qualité de la prise en charge et l'augmentation de l'offre de soins de la consultation... ..	40
3.4. Concernant la formation et la recherche clinique.....	42
Conclusion.....	43
Bibliographie.....	44
Annexes.....	49
1) Questionnaire praticien.....	49
2) Praticien : Qualification de leur activité.....	50
3) Question Praticien : Satisfaction personnelle.....	51
4) Question Praticien : Estimation satisfaction patient.....	51
5) Questionnaire soumis aux patients.....	52
6) Nombre de répondants par sexe.....	53
7) Nombre de patients en fonction de leur tranche d'âge.....	53

8)	Répartition du nombre de patients en fonction du type de pathologie.....	54
9)	Nombre de patients en fonction de la durée de leur suivi dans le temps.....	54
10)	Notions attendues par les patients lors de la consultation.....	55
11)	Note moyenne patient concernant la conformité de la consultation.....	55
12)	Note moyenne de satisfaction patient en sortie de consultation.....	56
13)	Représentation des raisons de satisfaction des patients.....	56
14)	Représentations des apports aux patients de la consultation.....	57
15)	Questionnaire RDC.....	58
16)	Questionnaire DTM.....	64
17)	Questionnaire HAD.....	68
18)	Mémoire DIU Prise en charge de la douleur.....	69

Introduction

525 millions, c'est le nombre de patients dans le monde, potentiellement atteint d'une douleur chronique orofaciale [1,2,3].

Cela représente un peu moins de la totalité de la population vivant sur le continent européen. Il apparaît donc évident que la prise en charge de ces pathologies, compte-tenu de l'évolution démographique, est un problème de santé publique majeur.

La France est dotée d'un peu plus d'une dizaine de consultations prenant en charge ces patients dont la consultation douleur orofaciale de Nantes au sein du Centre d'évaluation et de traitement de la douleur du CHU Hôtel Dieu.

Ce travail de thèse s'inscrit dans la continuité d'un travail de mémoire dans le cadre du DIU Prise en charge de la douleur, coordonné par le Pr Nizard Julien. La première partie de ce travail s'est intéressée à décrire le fonctionnement de la consultation douleur orofaciale de Nantes et à l'illustrer par différents cas cliniques. La seconde partie a pour objectifs d'analyser l'implication de la consultation dans le réseau de soins du Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur et de proposer des axes d'amélioration quant à la prise en charge structurelle des patients.

Pour ce faire, nous nous intéresserons à l'organisation structurelle de la prise en charge de la douleur au sens large et au niveau national, puis régional et enfin local ; ceci afin de situer la place d'une consultation spécifique comme la consultation douleurs chroniques orofaciales complexes.

Dans un deuxième temps il conviendra de dresser un bilan des prises en charge réalisées depuis 3 ans, date à laquelle une deuxième vacation de prise en charge de la douleur orofaciale chronique a été ouverte, et de s'intéresser aux retours de satisfaction des patients et des praticiens par le biais de questionnaires

Enfin, grâce à ces deux volets, nous essayerons de proposer différents axes d'amélioration, qu'ils soient internes, externes centrés sur les demandes des patients mais aussi sur les besoins des professionnels, pour faire en sorte que le parcours du patient au sein de nos services gagne en efficacité et en confort.

Partie 1 : Organisation de la prise en charge de la douleur au niveau national, régional et local

1. Niveau national

La prise en charge de la douleur à part entière au niveau structurel a vu le jour en 1998 avec le 1^{er} Plan Douleur National. [4]

Son articulation se réalisait autour de 3 axes majeurs, à savoir :

- Le développement de la lutte contre la douleur dans les structures de santé et réseaux de soins.
- Le développement de la formation et de l'information des professionnels de santé sur l'évaluation et le traitement de la douleur.
- La prise en compte de la demande du patient et l'information du public.

Sa réalisation se basait sur 3 niveaux : consultations, unités et centres. Ont suivis plusieurs autres plans douleurs, permettant de pousser les améliorations à des niveaux différents. En 2011, une instruction de la DGOS a déterminé un passage des actions des 3 niveaux cités précédemment à seulement 2 niveaux (consultations et centres) correspondant à deux structures complémentaires. [6]

1.1 Les consultations

Elles ne représentent pas loin de 65% de l'activité en prise en charge de la douleur et elles doivent répondre à plusieurs critères pour bénéficier de leur accréditation. Elles sont sous la responsabilité d'un médecin diplômé douleur pour au moins 3 demi-journées par semaine et doivent être animées par un personnel médical pour au moins 5 demi-journées par semaine. La pluridisciplinarité doit être garantie avec la participation d'infirmières diplômées douleur, de psychologue ou psychiatre ou éventuellement d'assistante sociale par exemple.

L'activité doit excéder 1000 consultations par an dans des locaux regroupés (unité de lieu) et bénéficier d'une visibilité au sein de son établissement.

L'accessibilité à des avis spécialisés (neurologie, rhumatologie, médecin physique et réadaptative...) doit pouvoir être obtenue auprès de professionnels extérieurs à la structure et cette dernière doit être en mesure de fournir des informations aux personnels soignants et public extérieurs. (information médecin traitant, correspondants libéraux, associations patients...)

Enfin, chaque patient doit pouvoir jouir d'un projet thérapeutique personnalisé (réunion de synthèse pluri professionnelle) et les cas complexes doivent être analysés en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) au sein de la structure ou dans un Centre de Traitement de la Douleur.

1.2 Les centres

Ces structures, accueillant 35% de l'activité de prise en charge de la douleur, sont dotées d'un plateau technique plus conséquent permettant d'apporter une prise en charge plus complexe aux patients le nécessitant. Elles assurent une prise en charge pluridisciplinaire au minimum tripartite et offrent la possibilité de réaliser des gestes à visée antalgique comme les explorations fonctionnelles neurophysiologiques, des radiologies interventionnelles ou encore des actes en bloc opératoire.

Une partie du personnel est affectée à la prise en charge de la douleur chronique et permet la mise à disposition de lits d'hospitalisation et un appui aux consultations pour les situations les plus complexes (réunions RCP, évaluation, prise en charge...)

Forts de disposer de plusieurs spécialités médicales, les centres peuvent se prévaloir de traitements spécifiques dans des domaines d'expertise (consultations dédiées locomotrices, migraines et céphalées, douleurs neuropathiques, SDRC, douleurs abdomino-pelviennes et bien d'autres encore...)

L'ouverture de ce type de structure vers l'extérieur se fait de façon formalisée que ce soit avec les associations de patients ou avec le public.

Enfin, ce sont les seules structures permettant la promotion de projets de recherche clinique ou fondamentale ainsi que de l'enseignement universitaire que ce soit en formation initiale ou en formation continue.

De par le nombre important de patients qui y circulent et la diversité des types de pathologies et de leur prise en charge, les centres sont aussi l'un des pourvoyeurs les plus importants concernant le recueil des données épidémiologiques.

Maintenant que nous savons quels sont les deux types de structures qui existent pour prendre en charge des patients douloureux chronique, la question va être la suivante : A quel moment doit-on envisager la prise en charge d'un patient au sein de telle ou telle structure ?

Il existe plusieurs indicateurs [6] permettant d'alerter le professionnel de santé sur la nécessité d'adresser un patient dans une structure de prise en charge de la douleur.

- Le diagnostic difficile : En effet, dans le cas de douleurs orofaciales, et particulièrement dans leurs formes atypiques ou idiopathiques, leur diagnostic est la plupart du temps un diagnostic d'élimination qui s'impose lorsque toutes les causes pathologiques bucco-dentaires et maxillo-faciales ont été écartées. Cette démarche peut demander des évaluations répétées et une prise en charge spécifique et difficile, expliquant l'erreur thérapeutique de nombreux patients et le sentiment d'impuissance de certains professionnels face à cette situation. Ces consultations offrent donc une expertise et une aide dans ces cas de figure.
- Le syndrome douloureux chronique rebelle, sévère et complexe.
- Un patient présentant un syndrome douloureux avec un retentissement socioprofessionnel ou scolaire prévisible nécessitant une prise en charge rapide en coordination avec médecin du travail, médecin scolaire et/ou prise en charge médico-sociale.
- Un traitement difficile à équilibrer, concernant surtout les opioïdes et co-analgésiques et dont le sevrage doit être géré de façon coordonnée.
- Difficultés d'acceptation de la pathologie par le patient ou échec de mise en œuvre du projet thérapeutique ambulatoire.
- Au cas par cas sur demande spécifique du patient.

Les structures douleur permettent la mise en place de thérapeutiques spécifiques grâce à une approche pluridisciplinaire qui offre des traitements ou mode de prise en charge ne pouvant être assurés ailleurs.

Elles permettent également à certains patients de bénéficier de thérapeutiques indispensables au projet thérapeutique et remboursées au sein de ces structures (ex : TENS) ce qui n'est pas le cas en libéral.

Enfin le patient peut intégrer, s'il le souhaite, des programmes de recherche.

Nous terminerons cet aperçu de l'organisation au niveau national par l'analyse du profil des patients rencontrés au sein des consultations et centres de prise en charge de la douleur.

Le premier type de douleur est représenté par les douleurs chroniques non cancéreuses qui affectent :

- L'appareil locomoteur (70%) : Rachialgies (50%), Syndrome fibromyalgique (20-30%), Syndromes douloureux régionaux complexes, Polyarthrose, Troubles musculo-squelettiques et rhumatisme inflammatoires chroniques invalidants.
- Les douleurs neurologiques : Céphalées chroniques, algies crânio-faciales, neuropathie et polyneuropathies, douleurs neuropathiques centrales (AVP, SEP, blessé médullaire).
- Les douleurs vasculaires : douleurs post-amputation.

Le deuxième type de pathologie rencontrée, malheureusement en expansion croissante depuis plusieurs décennies, est constitué par les douleurs d'origine cancéreuse. Ces dernières sont prises en charge dans les soins de support et soins palliatifs.

Enfin de façon plus spécifique, en fonction du terrain propre à chaque patient, on rencontre des douleurs chroniques de la personne âgé, de l'adolescent ou même de l'enfant.

Nous savons désormais qu'au niveau national, il existe 2 principaux niveaux d'action pour prendre en charge les douleurs chroniques, nous savons dans quelles situations cliniques il convient d'adresser les patients à ces structures et enfin nous savons quels types de patients sont le plus susceptibles de nécessiter cette aide spécifique.

Nous allons maintenant nous intéresser aux actions au niveau régional en prenant en exemple le Centre Fédératif de la Douleur et des Soins de Support à Nantes et les structures disponibles en région Pays de Loire.

2. Niveau régional

Ce Centre de Soins intervient également sur 2 niveaux, le premier étant le Centre de Douleur de l'Adulte, le deuxième étant le Centre de la Douleur Enfant et Adolescent (Nantes-Angers).

Le Centre de Douleur de l'Adulte peut se prévaloir de proposer une prise en charge parmi 19 praticiens médecins de la douleur sur le CHU avec un total de 7.000 consultations annuelles. Epaulé d'une équipe mobile (médecin et infirmière diplômée d'état) et d'une unité d'hospitalisation à la semaine sur 8 lits où 400 patients séjournent chaque année. On peut également compter la présence d'un Hôpital de Jour intégrant 12 à 15 patients par semaine et d'une unité rTMS réalisant 1500 sessions de soins par an.

A propos du Centre de la Douleur Enfant et Adolescent, la labellisation n'a pas encore pu être obtenue et les données chiffrées ne sont pas accessibles.

Pour donner un ordre d'idée sur les 7000 consultations réalisées en 2016 au sein du Centre de Nantes, 2000 concernaient les douleurs de l'adulte, 1500 des sessions rTMS, 1300 les douleurs pelvi-périnéales, le reste des consultations se partageant entre les consultations douleurs du rachis, neurochirurgie, céphalées et migraines, enfant adolescent, personne âgé, douleurs orofaciales complexes et douleurs cancéreuses et soins de support.

A propos des autres structures régionales, il existe 3 niveaux d'actions :

Les consultations pluridisciplinaires (niveau 1) : Saint-Nazaire, Cholet, Luçon...

Les CETD territoriaux : un par département : 49 Anjou, 85 Vendée, 53 Mayenne, 72 Sarthe.

Les consultations avancées (en développement) : A Luçon déjà en place, à Chateaubriant et Ancenis en cours de mise en place.

Sur le plan local, nous allons nous intéresser tout particulièrement à la consultation spécifique douleurs orofaciales complexes.

3. Niveau local

Il existe une dizaine de consultations sur les douleurs orofaciales en France, réparties de façon assez homogène sur le territoire. Après consultation par courriel ou par téléphone, il n'a été possible d'obtenir des informations pour 4 d'entre elles. Ainsi, sur la région Parisienne, l'Université Diderot, sous l'égide du Dr Boucher Yves, assure une prise en charge des douleurs orofaciales depuis une vingtaine d'années. Cette consultation fonctionne de façon indépendante avec un réseau de praticiens assurant le recrutement. Les praticiens assurant les consultations peuvent s'appuyer sur des internes et des externes en médecine ou chirurgie-dentaire de façon occasionnelle.

Du côté de l'Université Paris Descartes, les Dr Moreau Nathan et Chanlon Audrey animent depuis environ deux ans une consultation douleur orofaciale qui se déroule sur une demi-journée de la semaine, en association avec des externes. Cette consultation ne fait pas partie intégrante d'un CETD mais peut être amenée à en recevoir certains patients pour avis. Pour sa première année de fonctionnement elle a pu recevoir en consultation une centaine de nouveaux patients et réaliser près de 300 consultations. Les profils de patients consultants sont évidemment très variés mais se dégagent toutefois les pathologies de DAM (40%) et les Neuropathies (25%).

Dans l'Ouest, sur Brest, le Dr Bodéré anime la consultation douleur orofaciale, créée il y a une trentaine d'années par le Pr. Abjean.

Plus au sud et à l'est, sur Clermont-Ferrand, est animée une consultation par les Drs Pionchon Paul et Melin Céline, cette dernière avec une ancienneté de plus d'une vingtaine d'années est solidement installée dans un réseau de praticiens et dans celui du CETD. Elle fait participer les externes et bénéficie d'un secrétariat dédié spécifiquement à leur pratique.

Enfin, sur l'agglomération de Nantes, plus précisément, nous retrouvons la consultation spécifique douleurs orofaciales complexe, qui existe sous ce titre depuis fin 2011 et rattachée au CETD depuis janvier 2012, initialement dirigée par le Dr B. Enkel et le Dr A. Hoornaert.

Historiquement, cette consultation était dénommée consultation occlusodontie et ne prenait en charge que des douleurs liées à des dysfonctionnements de l'appareil manducateur (DAM). Avec l'évolution des connaissances sur les mécanismes physiopathologiques de ces douleurs, leur étiologie multifactorielle et la modification de leur prise en charge, et face à la demande croissante d'expertises en terme de douleurs orofaciales, il est apparu intéressant de créer dès 2009 une équipe de praticiens

hospitaliers avec des domaines de compétence et des formations variées (Douleur, Hypnose et thérapies Brèves, Education thérapeutique du patient, Acupuncture...). Elle regroupait alors 2 MCU-PH, les Drs A Hoornaert (département Sciences Anatomiques) et B Enkel (département Odontologie Conservatrice-Endodontie) et 2 AHU, les Drs B Bouetel et D Pouch (département Sciences Anatomiques). A partir de 2012, lors de son intégration au CETD, une infirmière douleur C Cosset est venue rejoindre l'équipe, et en 2013 (pour 2 années seulement), la consultation a pu bénéficier sur place de l'expertise du Dr V Quistrebert, psychologue.

Elle est depuis 2015 sous la responsabilité du Dr B Enkel. Depuis 2016, une vacation supplémentaire a été ouverte et comprend le Dr S Kimakhe (MCU-PH, département de chirurgie buccale), le Dr B Enkel, le Dr Bouetel et l'infirmière douleur C Cosset. Elle fonctionne sur 2 demi-journées par semaine, le mardi matin et le jeudi matin et son activité s'intègre dans l'activité du Centre de Soins Dentaires rattaché à l'UFR d'Odontologie de Nantes.

Le plateau technique mis à disposition est donc celui du Centre de Soins Dentaires : fauteuils, imagerie diagnostic, matériel de consultation. Le personnel administratif et médical assigné à cette consultation est celui du CSD (secrétaires médicales, admissionnistes, externes et internes MBD en Odontologie...) et du CETD (infirmière de l'équipe mobile douleur).

Trois types de patients y sont pris en charge : les patients atteints d'algies faciales neuropathiques, les patients ayant des douleurs liées à des DAM et les patients présentant des douleurs orofaciales idiopathiques persistantes. [7]

Partie 2 : Etude des résultats de la consultation douleurs chroniques orofaciales de Nantes

En préambule, il convient de préciser que la seule traçabilité (rétrospective) réalisable concernant les consultations réalisées au sein du Centre de Soins Dentaires passe par l'intermédiaire de l'agenda électronique Qplanner. Cet élément présente deux inconvénients majeurs ; le premier, les rendez-vous sont enregistrés par leur intitulé, qui, le cas présent, peut varier au bon vouloir de la personne entrant le rendez-vous, compliquant leur traçabilité. Le deuxième inconvénient est que certains rendez-vous n'ont malheureusement pas rentrés dans l'agenda Q planner (filiale interne, patients du CSD ou de CETD) et il est donc impossible de pouvoir les identifier.

Toutefois, du fait de la difficulté de traçabilité de l'ensemble des patients consultant pour des douleurs orofaciales chroniques, nous avons décidé d'analyser les données sur un échantillon de patients représentatif de cette population. Les résultats obtenus peuvent néanmoins donner un aperçu intéressant de l'activité réalisée depuis l'ouverture d'une vacation supplémentaire.

Il sera présenté dans un premier temps la méthodologie qui a été appliquée pour recueillir les données et, dans un deuxième temps, un reflet de l'activité de cette consultation depuis 2016 grâce à l'analyse des dossiers patients archivés.

Enfin, un recours à des questionnaires de satisfaction est réalisé pour obtenir :

- le retour d'impressions des patients en sortie de consultation
- le retour d'impressions des praticiens exerçant dans cette consultation.

1. Matériel et méthode :

1.1 Etude rétrospective des patients ayant consulté pour des douleurs oro-faciales :

Objectif : Etablir un état des lieux de l'activité douleur orofaciale au centre de soins dentaires ces 3 dernières années.

Recueil et analyse des données :

- Moyen : Sélection aléatoire de patients consultant pour des douleurs orofaciale sur une période allant de Janvier 2015 à Juin 2018 sur le logiciel Q PLANNER.
- Données analysées : Sexe, Age, Motif de consultation, Nombre de consultations (durée du suivi).
- Analyse statistique :

Pour l'analyse statistique des données présentées dans le tableau « Nombre de patients en fonction de leur tranche d'âge », des tests de Fisher ont été réalisés pour les comparaisons de petits échantillons et un test de Student a été mis en place pour les plus grands échantillons. Pour ce faire les calculs de moyennes, d'écart-types, de variance ont été intégrés dans le tableur excel associé au graphique.

1.2 Questionnaires satisfaction patient

Objectif : Obtenir une évaluation quantitative de la consultation du point de vue du patient.

Recueil et analyse des données :

- Moyen : Les données sont recueillies à partir d'un questionnaire (5 questions dont 3 fermées et 2 ouvertes : Annexe 5) qui a été remis aux patients présents à la consultation douleur orofaciale le mardi matin et jeudi matin sur la période de septembre 2018 à Février 2018.
La période d'inclusion couvre une période de 6 mois ce qui permet d'obtenir un recueil plus homogène en terme de données.
- Recueil des données : A chaque fin de consultation, le patient se voit remettre par le praticien l'ayant examiné, un questionnaire et une pochette cartonnée, qu'il doit remplir en salle d'attente, seul, puis il doit restituer le questionnaire dans la pochette fermée au praticien. Chaque questionnaire est anonyme et le praticien n'accède pas aux données remplies (Limitation de l'effet Hawthorne).

Pour le recrutement, l'étude prospective avec remise de questionnaire papier à la sortie de consultation est le moyen le plus simple de récupérer des informations. L'envoi par courrier ou par e-mail m'a semblé trop chronophage pour une efficacité probablement très faible.

- Analyse descriptive des données : calcul de fréquences pour les variables qualitatives et représentations graphiques des données.

1.3 Questionnaires praticiens

Objectif : Obtenir une évaluation qualitative du travail réalisé en consultation par les praticiens.

Recueil et analyse des données :

- Moyen : Questionnaires informatiques anonymes adressés aux 3 praticiens réalisant les consultations : Drs Enkel Bénédicte, Bouetel Bertrand, Kimakhe Saïd. Chaque questionnaire est constitué de 4 questions avec 3 questions fermées et une question ouverte. (Annexe 1)
- Recueil des données : Chaque praticien a reçu par e-mail un lien vers un questionnaire en ligne sur la plateforme Googleform. Les données sont ainsi collectées via cette plateforme et analysées par mes soins.
- Analyse des données : les données concernent un échantillon réduit (3 praticiens) et n'ont pas fait l'objet d'une analyse statistique.

2. Résultats

2.1 Etude rétrospective des patients ayant consulté pour des douleurs oro-faciales :

2.1.1. Profil de l'échantillon :

L'échantillon retenu est constitué de 66 patients ayant consulté dans le service sur la période d'étude. Plusieurs éléments se dégagent. Le premier est que 72.73% (n=48) soit environ trois quart des patients sont de sexe féminin ; seulement 27.27% (n=18) sont des hommes.

Deuxième élément, l'âge des patients consultant : tous les groupes d'âge (25-45 / 45-65 et plus de 65) sont proportionnellement identiques par les douleurs chroniques orofaciales. Il n'a pas été constaté de différence notable entre ces tranches d'âge.

Troisième élément, le type de pathologies rencontrées : de par la richesse en éléments anatomo-physiologiques et les intrications symptomatiques entre plusieurs pathologies chroniques notamment, il n'a pas toujours possible de poser un diagnostic précis dès les premières consultations. Toutefois, il a été constaté une association d'au moins deux pathologies algiques chroniques. 60,60% (n=40) soit la majorité des patients consultant dans le service présentent une douleur associée à un dysfonctionnement de l'appareil manducateur (DAM) ; 21.21% (n=14) des patients présentent une douleur neuropathique ou une douleur post-opératoire persistante ; 18.19% (n=12) des patients ne peuvent, dès leur première consultation, être classés dans telle ou telle catégorie de pathologie.

Concernant le suivi des patients au sein de la consultation, nous pouvons observer que 44.63% des patients (n=24) ne sont vus qu'une seule fois en consultation, que 27.27% (n=15) sont suivis sur une courte période de 0 à 6 mois et qu'enfin 25.45% sont suivis sur une durée supérieure à 6 mois.

Genre	
Hommes	27.27% (n=18)
Femmes	72.73% (n=48)
Age	
18-25 ans	6,06 % (n=4)
25-45 ans	30.30% (n=20)
46-65 ans	36.36% (n=24)
> 65 ans	27.27% (n=18)
Motif de consultation	
Douleur liée à un DAM	60.60% (n=40)
Douleur neuropathique ou Douleur dento-alvéolaire persistante	21.21% (n=14)
Diagnostic non précisé : requérant des examens complémentaires	18.19% (n=12)
Suivi	
Une consultation	44.63% (n=24)
Période courte : de 0 à 6 mois	27.27% (n=15)
Au long cours : > à 6 mois	24.24% (n=16)

Tableau n°1 : Caractéristiques d'un échantillon de 66 patients consultant au CSD pour des douleurs oro-faciales.

2.1.2. Discussion des résultats :

Pour résumer ce que les résultats ont mis en évidence, la consultation douleur orofaciale prend en charge une majorité de femmes, âgées de plus de 25 ans qui présentent principalement des dysfonctions de l'appareil manducateur.

Ces données sont en accord avec ce qui s'observe dans la littérature concernant les douleurs chroniques de façon générale : la grande majorité des patients rencontrés y compris en douleur chronique orofaciale sont des femmes. [8,9]. L'échantillon recruté ici montre que tous les groupes d'âge sont concernés par les douleurs chroniques orofaciales, mais il faut néanmoins préciser que les individus âgés de moins de 25 ans sont relativement bien épargnés. [8,9]

Les résultats obtenus ici montrent une prédominance des DAM qui s'explique, tout d'abord, par le fait que la fréquence des douleurs liées à un DAM est supérieure à celle des douleurs à caractère neuropathique ou aux névralgies. Un autre facteur qui peut influencer est que cette consultation était initialement dédiée à la prise en charge des DAM.

Historiquement (depuis plusieurs dizaines d'années) et de façon empirique, les DAM étaient attribués aux troubles de l'occlusion et les praticiens vers qui étaient orientés ces patients étaient « spécialisés » dans l'occlusodontie. Depuis l'évolution des connaissances dans le domaine et la reconnaissance des DAM comme une pathologie multifactorielle, la consultation a modifié son activité pour passer d'une activité exclusivement dédiée à l'occlusodontie, à une activité plus diversifiée. Depuis 2009, elle a regroupé des praticiens issus de départements différents, avec des compétences variées dans le domaine de la douleur chronique et a élargi son activité aux douleurs neuropathiques et dento-alvéolaires persistantes. Il est donc logique qu'en si peu de temps, l'activité ne soit pas totalement répartie entre la prise en charge des DAM et celle des autres douleurs orofaciales.

Concernant le suivi des patients au sein de la consultation, en faisant la somme des personnes ne consultant qu'une seule fois et celles dont les suivis sont inférieurs à 6 mois, nous pouvons observer que presque 75% des patients sont suivis sur une courte période. Il existe plusieurs explications à cet état de fait : la première est que la consultation douleur orofaciale n'est pas en mesure actuellement de pouvoir appliquer toutes les thérapeutiques liées au diagnostic réalisé, et malgré les diverses compétences acquises par les praticiens de la consultation en douleur, approches psychocorporelles et en éducation thérapeutique du patient, le temps et les moyens actuels dont dispose cette jeune équipe permet principalement de réaliser le diagnostic afin de rediriger les patients dans des services compétents (neurochirurgie, CETD, consultation psychologue...). L'élaboration de projets d'éducation thérapeutique du patient en douleur orofaciale a été possible en 2015 et 2016, parallèlement à la mise en place de consultations en hypnose thérapeutique ; cependant, l'absence de vacations dédiées à cette prise en charge et la réduction du nombre de praticiens (5 initialement contre 3 actuellement), du nombre de fauteuils et de salles, comme la disparition de la psychologue de la consultation, a contraint les praticiens à réduire leur activité essentiellement au diagnostic et aux conseils.

Une autre explication est que le cheminement du patient au sein de la structure est difficile à suivre du fait de l'intégration des fonctions de secrétariat au sein du secrétariat global du Centre de Soins Dentaires. En effet, il est parfois compliqué pour les patients de pouvoir obtenir des rendez-vous

téléphoniques, et d'autant plus dans des délais raisonnables (6 mois à un an d'attente), ce qui décourage certains patients à réaliser le suivi au long cours au sein de la consultation. En combinant ce facteur secrétariat aux disponibilités réduites des praticiens en consultation douleur oro-faciale (seulement deux demi-journées par semaine), on obtient un contexte peu favorable pour répondre à l'ensemble des besoins des patients atteints de douleurs orofaciales.

Par ailleurs, un certain nombre de ces patients résident loin de Nantes, parfois hors des Pays de la Loire-Atlantique. Les praticiens de la consultation les redirigent après expertise auprès de structures spécialisées à proximité de leur domicile. Ils établissent, en lien avec elles, le projet de soin des patients. Le suivi n'est donc pas réalisé au CSD.

Maintenant que l'on cerne plus précisément le profil de patients pris en charge au sein de la consultation, intéressons-nous aux retours recueillis d'abord auprès des patients, puis auprès des praticiens afin de pouvoir se faire une idée de la satisfaction des différents protagonistes.

2.2 Questionnaires satisfaction patient

2.2.1. Objectifs du questionnaire :

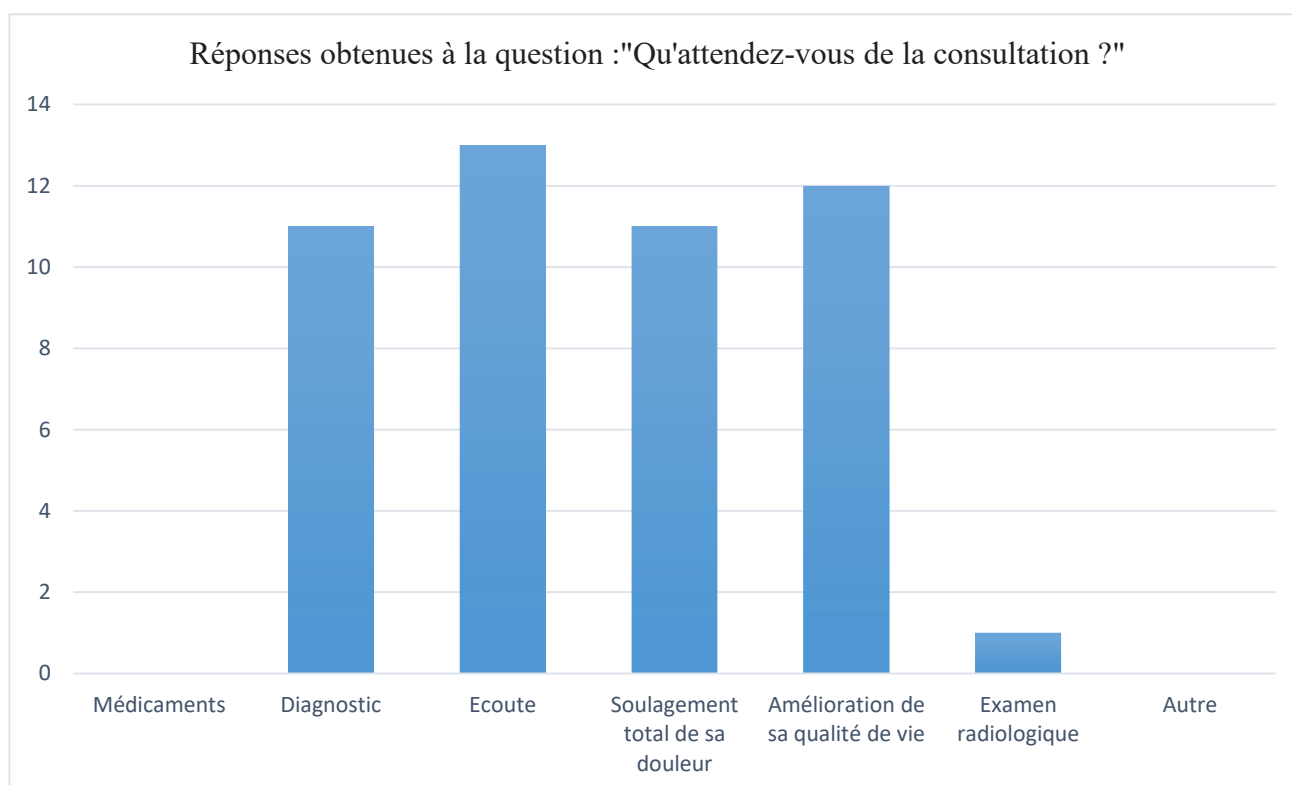
Dans un premier temps, j'ai choisi de m'intéresser aux notions attendues par les patients lors de la consultation. L'idée est la suivante : Un patient qui se présente en consultation fonde des attentes sur ce rendez-vous (soulagement de la douleur, prescription de médicaments, prise en charge psychologique, mise en place d'un diagnostic etc...). Toutefois, ces attentes sont parfois en décalage avec ce qui va pouvoir être proposé ou même réalisé. Ce qui va donc se jouer lors de la consultation est l'acceptation du diagnostic et des propositions thérapeutiques par les patients. Ce processus requiert un effort de communication de la part des praticiens, un ajustement de leur discours afin d'obtenir l'adhésion des patients. En effet, les 2 parties ne partagent pas forcément les mêmes attentes. S'opposent très souvent le point de vue profane et les croyances du patient, aux connaissances et au point de vue de l'expert qui fera une proposition thérapeutique parfois différente de celle attendue par le patient. L'enjeu primordial d'une consultation en douleur chronique réside à ce moment précis. Le professionnel de santé doit réussir, par son expérience, par sa sensibilité, par son empathie et par sa compétence, à comprendre ce qu'attend le patient, ce qu'il pense et ce qu'il souhaite et adapter son

discours, ses explications et sa prise en charge aux demandes du patient. En cas de succès, l'alliance thérapeutique sera obtenue ; en cas d'échec, c'est une situation complexe à laquelle va être confronté le praticien, avec l'absence d'adhésion du patient au projet de soins.

Pour pouvoir appréhender les besoins des patients et savoir si la consultation répond au mieux à leurs attentes, un questionnaire de satisfaction leur a été proposé à l'issue de leur rendez-vous.

2.2.2. Analyse des réponses :

2.2.2.1 Attentes des patients :



Graphique n°1 : Attentes des patients qui viennent consulter pour des douleurs orofaciales (annexe n°10)

Aux vues des résultats de cet histogramme (Annexe n°10), l'expectative des patients se résume à : l'écoute (65%, n=13 patients) la mise en place d'un diagnostic (55%, n=11 patients), le soulagement total de la douleur (55%, n=11 patients) et l'amélioration de la qualité de vie (60%, n=12). Dans un contexte de douleur chronique, les résultats ne sont pas surprenants, les patients douloureux chroniques sont des patients qui, du fait de leur pathologie, ressentent une sorte de rejet de la part du corps médical. Cette perception vient essentiellement du fait que les diverses consultations réalisées à la recherche

d'un soulagement ne parviennent pas à leur apporter satisfaction ou bien, que pour de raisons multiples, une écoute active ne leur est pas toujours suffisamment apportée. Ils se sentent parfois incompris ou non pris au sérieux et enchainent les consultations. Ces patients présentent des tableaux cliniques parfois complexes, et malgré la multiplication d'examens, de prescriptions, sans réelle efficacité, ils ont du mal à obtenir un diagnostic précis sur leur pathologie, ce qui les laisse dans l'incertitude. Enfin, il faut bien imaginer qu'un patient qui souffre de douleurs pendant plusieurs mois voire plusieurs années, voit forcément sa qualité de vie impactée, tout comme ses activités quotidiennes ou de loisirs, et son humeur ... Ce sont donc des patients qui cherchent, pour la majorité, à se débarrasser de ces douleurs qui leur empoisonnent la vie.

Il faut également noter, qu'aussi surprenant qu'il puisse y paraître, sur la vingtaine de patients interrogés, aucun d'entre eux n'a fondé d'espairs sur la mise en place d'une médication quelle qu'elle soit.

Malgré le faible nombre de répondants, on peut appréhender un peu plus précisément les souhaits des patients se présentant dans la consultation douleur chronique orofaciale. La question qui se pose désormais est la suivante : Parvenons-nous à apporter satisfaction aux patients conformément à leurs attentes ?

2.2.2.2. Réponses aux besoins des patients :

- « *La consultation vous apporte-elle ce que vous attendiez ?* »

Sur une échelle de satisfaction de 10 :70% (n=14) des patients répondent avec un taux de satisfaction compris entre 9 et 10 sur une échelle de 10. Pour 15% (n=3) la note est entre 7 et 8, enfin, seuls 15% (n=3) des patients affichent un taux de satisfaction inférieur à 7 sur 10. Si l'on considère que pour une note entre 7 et 8, le taux de satisfaction est bon et qu'entre 9 et 10 il est excellent, on peut donc dire que 85% des patients estiment que la consultation douleur chronique orofaciale s'inscrit dans le schéma de leurs attentes. Qu'en est-il alors de leur satisfaction globale ? En associant les taux de satisfaction de 7 à 8 (n=4) et de 9 à 10 (n=13), on observe alors que 85% (n=17) des patients sont satisfaits de leur consultation dans le service. Les 15% restants se situant dans une fourchette de satisfaction qu'on pourrait qualifier de moyenne, entre 4 et 6 sur 10 (n=3) et qu'aucun patient sur l'échantillon interrogé, n'a fait part d'un mécontentement qui se serait manifesté par une note entre 0 et 3 sur l'échelle.

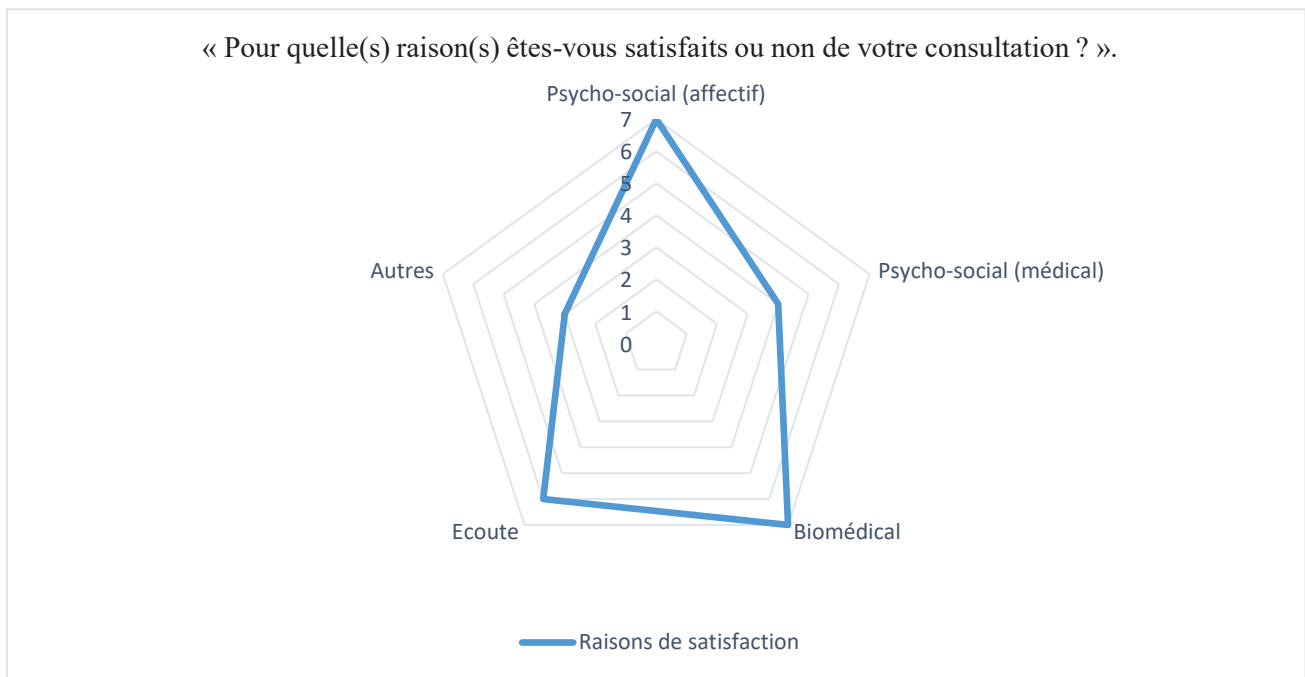
Il ressort donc de ces questionnaires, qu'un très grand nombre (85%) des patients trouvent ce qu'ils recherchent dans la consultation, et qu'ils en partent très satisfaits. Intéressons-nous aux raisons qui pourraient expliquer ces taux de satisfaction.

- « *Pour quelle(s) raison(s) êtes-vous satisfaits ou non de votre consultation ?* ».

Pour représenter les résultats de ces questions ouvertes, des graphiques type « radar » sont choisis car ils permettent de matérialiser de façon très visuelle des valeurs qualitatives.

Aussi, dans un souci de lisibilité des réponses à cette question ouverte, un regroupement des adjectifs employés par les patients sous des termes génériques (cf Graphique n°2)

- la notion psycho-social affectif regroupe les termes « accueillant, sympathique, souriant »,
- la notion biomédical regroupe les termes « diagnostic, explications, solution »,
- la notion d'écoute se suffit à elle seule
- enfin la notion psycho-social médical regroupe « bonne prise en charge, accompagnement ».



Graphique n°2 : Représentation des raisons de satisfaction des patients (annexe n°13)

A l'analyse de ce graphique, on observe un triangle étiré de façon quasi identique entre les pôles psycho-social affectif, écoute et biomédical. Ce qui signifie que les praticiens répondent aux deux sources d'attente principales des patients, à savoir : l'écoute et les explications médicales.

- « *Qu'est-ce que la consultation vous a apporté ?* »

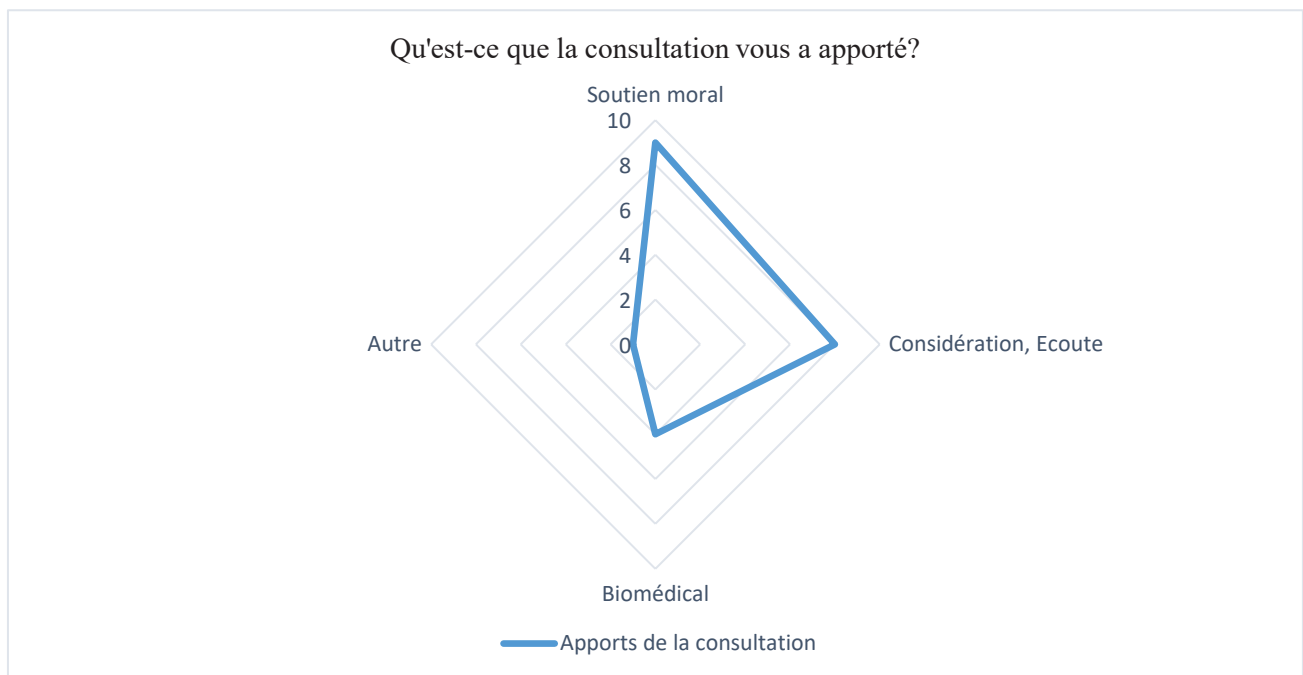
Enfin, pour la dernière question, il a fallu déterminer ce que les patients pouvaient concrètement tirer de la consultation en en sortant.

Tout comme à la question précédente, il a fallu regrouper les termes employés par les patients pour dégager des interprétations.

Sont donc regroupés sous l'expression « soutien moral » les termes suivants : réconfort, espoir, soulagement, soin, rassuré, diminution de l'angoisse.

Pour la considération et l'écoute, ce sont des termes qui sont revenus seuls ou associés et qui ont ainsi été conservés tels quels.

Enfin pour le pôle biomédical, on retrouve « le diagnostic, les éclaircissements explicatifs ».



Graphique n°3 : Apports de la consultation selon les patients (annexe n°14)

Ainsi à la lecture du radar, se dégagent deux items : « soutien moral » et « considération, écoute », mentionnés fréquemment (respectivement 8 et 10 fois) par rapport à l’item biomédical (mentionnés 4 fois).

- **Conclusion sur le questionnaire**

Ce questionnaire nous apprend que les attentes des patients vis-à-vis d’une consultation douleur chronique orofaciale sont relativement les mêmes que pour toutes consultations douleurs chroniques. Ces attentes concernent l’expertise diagnostique, mais aussi l’écoute active des praticiens. Il apparaît que ceux-ci remplissent leur rôle en prodiguant l’accompagnement et l’aide dont les patients ont besoin, puisqu’il ressort de cette évaluation que le taux de satisfaction des patients est extrêmement élevé (autour de 85%), que l’on parle de satisfaction globale comme de réponse aux attentes. Enfin, d’après les questions ouvertes clôturant le questionnaire, il est clair que le plus gros motif de satisfaction des patients qui bénéficient de la consultation douleur chronique orofaciale est l’humanisation de leur prise en charge plus que l’expertise médicale.

2.3 Questionnaire praticien

2.3.1. Objectifs du questionnaire :

Nous nous sommes intéressés au point de vue des praticiens afin d'avoir une vision d'ensemble de la consultation et de pouvoir confronter les données recueillies avec celles obtenues auprès des patients.

4 notions sont ciblées, les deux premières relatives au vécu personnel des praticiens concernant leur pratique, la troisième concerne ce qu'ils pensent avoir comme résultats avec les patients, enfin ce qu'ils souhaiteraient améliorer. Ainsi nous obtenons un aperçu global pouvant dégager des pistes intéressantes d'amélioration.

2.3.2. Satisfaction des praticiens :

L'analyse du vécu personnel des praticiens (cf. Annexes 2,3 et 4) animant cette consultation permet de mettre en évidence deux éléments importants : le premier est que leur activité est associée à des adjectifs positifs d'une part (enrichissant, utile, entouré) et d'autre part à des adjectifs non pas négatifs mais plutôt relatifs aux conditions d'exercice (complexe, exigeant, chronophage).

Le deuxième est que le taux de satisfaction personnel est compris entre 7 et 9 sur une échelle de 10 pour les trois praticiens.

On peut ainsi dégager quelques interprétations de ces deux questions. L'activité au sein de la consultation semble demander un investissement conséquent aux praticiens, que ce soit en termes de temps ou d'énergie ; toutefois, malgré ces conditions, le ressenti est plutôt positif avec des notions comme le sentiment d'enrichissement et d'utilité. On peut même constater que la satisfaction concernant l'activité est élevée et se classe sur la fourchette haute de l'échelle d'évaluation.

Sur le plan des résultats, les praticiens situent la note moyenne de satisfaction des patients entre 6 et 8 sur une échelle de 10. Si l'on compare cette note de satisfaction des patients par les praticiens avec le taux déclaré de satisfaction par les patients (situé plutôt sur les zones 9 et 10), on remarque une sous-estimation, normale, des praticiens concernant la satisfaction qu'ils peuvent apporter aux patients.

Ce décalage peut s'expliquer par le biais de différentes notions. La première est que les patients ne verbalisent peut-être pas concrètement leur satisfaction auprès des praticiens, ce qui empêche ces derniers de pouvoir l'évaluer. La deuxième est que les praticiens sous-estiment les résultats qu'ils obtiennent. Dans ce domaine des douleurs chroniques où l'empathie est quasi permanente, ils sont sous l'emprise de plusieurs biais de jugement qui sont connus pour être universels et puissants. Cette sous-estimation des résultats qu'ils obtiennent peut refléter aussi une forme d'humilité leur permettant de se remettre en question et d'améliorer leur pratique quotidienne.

2.3.3. Propositions d'amélioration des praticiens :

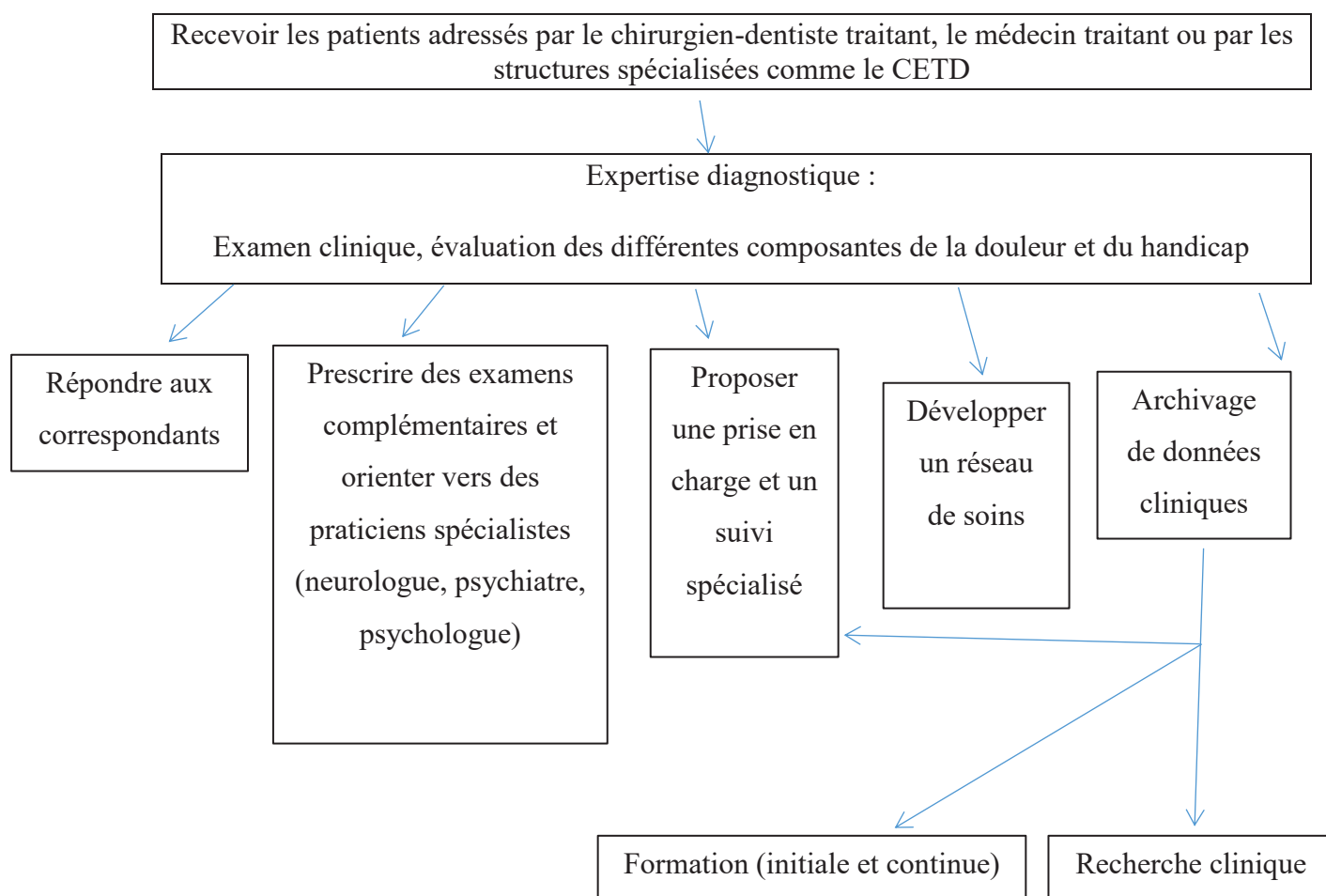
Enfin, sur leurs propositions spontanées, les premiers éléments abordés concernent l'amélioration de l'organisation globale, que cela concerne la tenue des dossiers informatiques ou la gestion des rendez-vous. Il est mentionné également un souhait de pouvoir proposer une capacité d'accueil supérieure aux patients et la mise en place d'ateliers d'éducation thérapeutique personnalisée.

Partie 3 : Perspectives d'amélioration

Dans cette partie sera fait le point sur les objectifs de cette consultation et les missions qui ont pu être mises en place jusqu'à présent afin de pouvoir dégager des perspectives d'amélioration.

1. Missions de la Consultation Douleur Orofaciale :

Les différentes fonctions de la consultation qui correspondent à la triple mission de soins, d'enseignement et de recherche sont représentées avec l'illustration ci-dessous (*illustration n° 1*):



(*illustration n° 1*): Missions de la Consultation Douleur Orofaciale au CSD de Nantes

Cette consultation est intégrée à une structure de prise en charge de la douleur chronique (Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur du CHU de Nantes) dont l'objectif principal est d'appréhender la douleur selon un modèle bio-psycho-social. La thérapeutique repose d'abord sur une démarche évaluative puis sur un traitement multimodal et réadaptatif.

Cette organisation au sein d'une structure comme le CETD permet de bénéficier de l'expertise de différents professionnels de santé et de mettre en place des projets de soins pluridisciplinaires.

La prise en charge des douleurs orofaciales au sein d'une unité de formation (UF) bien identifiée au sein du CSD permet non seulement de faciliter l'orientation des patients au sein d'une filière de soins spécifique, mais aussi de réaliser des études cliniques et de faire évoluer les connaissances sur ces pathologies chroniques et encore d'assurer la formation des étudiants, internes et chirurgiens-dentistes.

2. Histoire de la Consultation Douleur Orofaciale :

Initialement, cette consultation intitulée Consultation Occlusodontie, était dédiée aux désordres de l'appareil manducateur (DAM).

Depuis 2009, elle a pu s'étoffer avec la participation de praticiens issus de départements différents (Sciences Anatomiques, Odontologie Conservatrice-Endodontie). Ceci a permis de faire face à la demande croissante de rendez-vous en douleurs orofaciales, autres que les DAM.

Cette initiative s'inscrivait dans le projet d'établissement ; son objectif était d'appliquer les directives des plans nationaux de lutte contre la douleur et à améliorer l'évaluation et la prise en charge de la douleur, conformément aux recommandations internationales. Enfin, elle a permis une mutualisation et un développement des compétences, en douleur, en éducation thérapeutique du patient et dans les thérapeutiques psycho-comportementales.

La consultation était au départ dotée de 5 praticiens, de 5 fauteuils, de 6 à 8 externes, sur une vacation de 3h hebdomadaires. La démarche évaluative s'est standardisée avec la création d'un dossier clinique constitué de questionnaires validés (TMD et RDC en annexes 15 et 16) et la recherche de comorbidités anxieuses et dépressives (HAD en annexe 17, agenda migraines).

En 2012, la consultation « Douleur orofaciale » est identifiée comme une consultation de prise en charge de douleur chronique et rattachée au CETD du CHU de Nantes.

Les objectifs de cette consultation sont multiples :

- Mise en place d'une consultation pluridisciplinaire afin de bénéficier d'expertises de praticiens du CETD (neurologue, algologue, psychologue)
- Réalisation d'une évaluation bio-psycho-sociale de la douleur incluant l'évaluation de l'anxiété, de la dépression mais aussi du handicap socioprofessionnel
- Offrir aux patients atteints de douleurs orofaciales une prise en charge personnalisée avec des praticiens formés à la douleur, l'ETP, aux approches psychocorporelles, à l'hypnose thérapeutique. L'enjeu primordial d'une consultation en douleur chronique est d'obtenir l'adhésion du patient à un traitement multimodal et réadaptatif. Le professionnel de santé doit réussir à cerner les croyances et les attentes du patient autour de sa douleur et doit adapter son discours, ses explications et sa prise en charge aux demandes du patient. Le travail du praticien n'est donc pas uniquement évaluatif, mais consiste à accompagner le patient dans un projet de soin bio-psycho-social. Dans ce contexte, la formation du praticien à l'éducation thérapeutique, à l'hypnose conversationnelle et aux thérapies brèves permet d'éviter un certain nombre d'impasses thérapeutiques.
- Assurer les missions d'enseignement (formation initiale et continue), avec l'accueil au sein de la consultation d'étudiants en second cycle en Odontologie, d'étudiants en Ostéopathie et d'internes en Odontologie
- Mettre en place des études en recherche cliniques, sur les DAM, en hypnose et en psychologie.

Ses moyens évoluent et la consultation officie alors, à hauteur d'une vacation hebdomadaire de 3 heures, avec 3 praticiens. L'arrivée en 2013 d'une infirmière Douleur détachée du CETD et enfin, en

2014 et en 2015, d'une psychologue permet de renforcer la multidisciplinarité des prestations dispensées au sein de la consultation. Celle-ci dispose toujours de 5 fauteuils et de 6 à 8 externes en Odontologie.

Dans ce contexte, la démarche évaluative s'enrichit de diagnostics cliniques et éducatifs, d'évaluations de comorbidités plus poussées (céphalées, CCQ par abus médicamenteux...) et d'évaluations du handicap psychosocial. Sont proposées des thérapies cognitivo-comportementales assurées par la psychologue. Les patients peuvent bénéficier également d'ETP et d'hypnose thérapeutique.

Enfin, la consultation permet la mise en place de projets de recherche clinique en psychologie et l'accueil d'étudiants en psychologie et en ostéopathie

A partir de 2015, une 2^e vacation hebdomadaire (le jeudi matin) est ouverte pour répondre à la demande croissante de prise en charge de patients atteints de douleurs orofaciales, et **la nouvelle venue d'un autre praticien (Dr Saïd Kimakhe)** issu du département de chirurgie buccale, spécialisé dans la douleur neuropathique.

Néanmoins, dans le même temps, la consultation doit faire face à la diminution des moyens, notamment la réduction du nombre de fauteuils (actuellement 1 le mardi et 2 le jeudi), réduction liée à l'augmentation du numérus clausus des étudiants en Odontologie et au manque de place sur la structure du CSD. Par ailleurs, l'équipe soignante est de 3 praticiens chirurgiens-dentistes et d'une infirmière Douleur. Le nombre d'étudiants en Odontologie n'est plus que de 4 sur l'ensemble des vacances ; 2 internes en Odontologie sont accueillis le jeudi. Tout ceci complique la démarche évaluative des patients qui est chronophage, notamment lors de la vacation du mardi qui compte actuellement 2 praticiens et une infirmière pour un seul fauteuil.

3. Axes d'amélioration possibles :

Il existe plusieurs axes sur lesquels travailler afin d'améliorer la prise en charge des patients au sein de la consultation. Il conviendra d'explorer les pistes d'amélioration au niveau de la consultation en elle-même, de l'organisation logistique, du suivi des patients dans le temps, et de la possibilité de mettre en place de nouveaux moyens de pris en charge...

A partir des résultats obtenus précédemment, il ressort, malgré le taux assez faible de réponses au questionnaire patient, que de façon quasi unanime, les patients présentent un taux de satisfaction très élevé vis-à-vis de la consultation. L'enjeu de ce questionnaire de satisfaction des patients est de comprendre pour quelles raisons les praticiens de la consultation parviennent à obtenir ces résultats et de mettre en place un contexte favorable pour le maintien de la qualité de la prise en charge.

Pour avoir assisté aux consultations pendant plusieurs mois, le premier élément qui mérite d'être mis en valeur et l'investissement personnel des praticiens dans l'écoute, dans la motivation et dans l'intérêt qu'ils portent aux patients. En effet, il faut garder à l'esprit que dans ce type de consultation, plus que dans n'importe quelle autre, c'est l'écoute active, l'empathie et l'accompagnement qui viennent rechercher les patients en même temps que le soulagement de leurs douleurs. Dans ce type de prise en charge, il est primordial que le praticien bénéficie d'un environnement professionnel optimal pour que ces qualités humaines s'expriment dans son travail de diagnostic, de soutien et de soin.

Il faut donc se demander ici comment permettre à cette équipe soignante de maintenir ce bon taux de satisfaction des patients.

3.1. Concernant l'organisation logistique de la consultation

Après analyse des réponses des praticiens, c'est l'organisation logistique de la consultation qui demanderait à être améliorée en priorité.

Intéressons-nous à l'organisation actuelle pour mieux comprendre comment y apporter des améliorations. Chacune des deux salles de soins n'est pas équipée de façon spécifique pour une activité de consultation douleur.

- Ces salles sont multi-usagers (MEOPA, consultations implantologie, consultations de prothèse...) et se trouvent éloignées du secrétariat médical. Par ailleurs, les mails adressés au secrétariat par les correspondants ne sont pas accessibles en salle de soin. Et l'envoi de courrier ou la transmission d'informations nécessite de se déplacer en direction du secrétariat qui est excentré.

- Le secrétariat se situe un étage plus haut. Trois secrétaires médicales doivent gérer l'ensemble des appels et les rendez-vous de tous les patients du CSD. Elles font un travail exemplaire dans la mesure de leurs moyens ; en effet, aucune d'elles n'est détachée à la Consultation Douleurs Orofaciales Chroniques ou n'est déléguée particulièrement aux tâches de correspondances entre les praticiens de la consultation et les praticiens externes. Enfin, aucune ligne n'est attribuée à la prise de RDV de ces patients, qui se voient intégrer au flux téléphonique des quelques centaines de patients du Centre de Soins Dentaires.

- Au niveau du CSD, la saisie informatique des dossiers médicaux se fait au moyen du logiciel MacDent. La première chose qui retient l'attention à la relecture de la soixantaine de dossiers informatiques est la difficulté à extraire les informations importantes pour chaque patient, du fait que le logiciel informatique offre seulement une fenêtre de 10x10cm pour rédiger les informations collectées. Il ne permet pas actuellement de saisir directement sur un dossier clinique numérique les informations médicales concernant l'évaluation (biopsychosociale) de la douleur, le diagnostic éducatif et les données cliniques issues des questionnaires standardisés. Ces données sont renseignées sur papier et scannées pour leur stockage dans Mac Dent, qui peut s'avérer particulièrement capricieux dans la restitution des informations stockées.

Ce logiciel de soins présente un autre inconvénient : l'absence de partage des informations médicales avec les autres praticiens du CETD, puisqu'il n'est pas interfacé avec Millénium qui est le logiciel médical installé sur l'ensemble des services de soins du CHU. Par ailleurs, le scanner à disposition des praticiens de la consultation douleurs orofaciales qui permet la numérisation du dossier clinique se situe à distance de chaque salle, au niveau du secrétariat médical.

De ce constat, quelques aménagements pourraient optimiser la logistique de l'activité de la consultation douleurs orofaciales

- Changement du logiciel de saisie des données cliniques :
Nous espérons que le futur logiciel de soins du CSD pourra faciliter le renseignement et l'archivage des données cliniques d'évaluation et de prise en charge de la douleur avec un format de dossier que les praticiens pourront prédéterminer et standardiser, incluant les questionnaires HAD, QDSA, DN4 (etc..).
- Créer une interface avec le logiciel Millénium pour faciliter le partage d'informations médicales concernant les patients suivis au CETD.
- La mise à disposition d'un scanner informatique dans une des salles où se déroulent les consultations douleur faciliterait la numérisation des documents médicaux.
- L'ouverture d'une ligne téléphonique dédiée à cette consultation permettrait une meilleure accessibilité des patients comme des correspondants au secrétariat et aux praticiens de la consultation

Ainsi, en réorganisant quelques éléments, il serait possible d'améliorer significativement l'efficacité de chaque poste et diminuer la perte de temps liée au déplacement de personnel et au manque de fonctionnalité du support informatique sur le Centre de soins dentaires.

De plus, l'environnement de travail s'en verrait amélioré en terme de confort et permettrait de mettre en place un climat favorable au maintien des performances actuelles des praticiens.

3.2. Concernant la demande de prise en charge

La capacité d'accueil des patients atteints de douleurs orofaciales chroniques a directement été impactée par la diminution du nombre de fauteuils disponibles au CSD. En effet, le nombre d'étudiants en formation initiale en Odontologie a considérablement augmenté depuis ces dernières années (plus que doublé en 20 ans). Cette tendance malheureusement risque de se poursuivre à l'avenir avec le problème de pouvoir accueillir tous ces étudiants en vacation clinique durant leur formation initiale. Les étudiants en Odontologie dispensent des soins aux patients et ont donc des fauteuils qui leur sont attribués. Le nombre de fauteuils au CSD étant inextensible, la consultation Douleur Orofaciale s'est vue octroyée de moins en moins de fauteuils (5 fauteuils sur 1 vacation en 2009 contre 3 fauteuils sur 2 vacations (1+2) actuellement), qui a pour conséquence de ne pouvoir répondre à toutes les demandes actuelles de prise en charge de patients douloureux chroniques.

Le CSD possède une consultation spécialisée, bien identifiée à présent par les professionnels de santé, et qui peut recevoir des patients résidant dans d'autres départements ou d'autres régions que les Pays de la Loire. Malgré l'ouverture en 2015 d'une autre vacation de soins, la réduction des moyens d'accueil n'a pas diminué le délai de prise en charge de ces patients douloureux chroniques. Augmenter le nombre de fauteuils disponibles permettrait de voir plus de patients et de diminuer le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous au sein de la consultation.

3.3 Concernant la qualité de la prise en charge et l'augmentation de l'offre de soins de la consultation

Lors de sa création, cette consultation avait pour objectif d'offrir aux patients atteints de douleurs orofaciales chroniques une expertise en matière de diagnostic mais aussi de leur proposer une prise en charge personnalisée après évaluation de la douleur et de ses impacts comportementaux, psychiques et relationnels. Il faut rappeler que ces patients ont tendance à multiplier les consultations médicales ; ce nomadisme médical est en partie lié à l'absence de solutions thérapeutiques proposées ou au renoncement de nombreux professionnels qui se sentent souvent désarmés face à ce genre de pathologie.

Afin de proposer une offre de soins de qualité, les praticiens ont évoqué plusieurs problèmes.

3.3.1. L'évaluation et la prise en charge sont longues et chronophages, elles entraînent une limitation de la capacité d'accueil des patients

Cette prise en charge est spécifique et fait suite à une démarche évaluative bio-psycho-sociale très chronophage, complétée par le renseignement de questionnaires validés et standardisés. Accompagner le patient lors de remplissage de questionnaires pouvait incomber à l'infirmière Douleur, aux internes, aux étudiants de la consultation ou à l'un des praticiens, laissant à l'autre (ou aux autres) la possibilité d'accueillir un autre patient. Ce « dédoublement » est actuellement impossible le mardi puisqu'un seul fauteuil est mis à disposition. Le nombre de consultations réalisées lors de cette vacation s'en trouve réduit.

3.3.2. L'absence de salles disponibles a un impact sur l'offre de soins

Pouvoir accueillir plusieurs patients simultanément rend possible cette démarche évaluative et permet également de multiplier les offres de soins :

- En 2014 et en 2015, des patients ont pu bénéficier de thérapies cognitivo-comportementales grâce à la présence de la psychologue.

- De 2014 à 2016, de nombreuses séances d'hypnose thérapeutique ont pu être dispensées (gestion du stress, adaptation à la douleur, apprentissage de l'autohypnose...)
- Des séances d'éducation thérapeutiques individualisées ont pu être mise en place avec diagnostic éducatif et projet de soin personnalisé (améliorer chez les patients leurs connaissances concernant la douleur orofaciale et sa prise en charge, favoriser leur développement de compétences d'autosoins)

Actuellement, cette prise en charge est plus difficile à mettre en œuvre avec les moyens disponibles. L'expertise diagnostique devient la tâche majoritaire des praticiens, au détriment de l'accompagnement qui est pourtant primordial chez les patients avec des douleurs rebelles.

Des mesures pourraient améliorer l'offre de soins, étant donné que les praticiens sont formés et ont les compétences requises à ce type de prise en charge. En premier lieu, augmenter le nombre de fauteuils ou de salles pour réaliser des séances d'ETP, individuelles et collectives sous forme d'atelier et pour proposer à nouveau des séances d'hypnose thérapeutique.

3.4. Concernant la formation et la recherche clinique

La formation clinique que nous proposons à nos étudiants et internes doit leur permettre d'acquérir certaines compétences, notamment différencier la douleur chronique d'une douleur aiguë, tant dans leur diagnostic que dans leur thérapeutique, mais aussi d'améliorer l'abord du patient, de comprendre les enjeux relationnels entre praticiens et patients douloureux chroniques.

Les étudiants, et surtout les internes, étaient jusqu'alors impliqués auprès du patient lors du remplissage des questionnaires et dans la démarche éducative, ce qui leur permettait d'être acteurs de leur formation au sein de cette consultation douleurs orofaciales chroniques. A présent, la diminution des fauteuils a malheureusement réduit leur rôle à celui d'observateurs, surtout dans la vacation du mardi.

La formation des jeunes praticiens est nécessaire pour étoffer l'équipe soignante et répondre au nombre croissant des consultants, elle est cruciale pour continuer à offrir dans les années à venir cette consultation aux patients douloureux chroniques au CSD

La recherche clinique est une activité à part entière dans cette consultation spécifique : des études cliniques sur les DAM ont été initiées dans le cadre de thèses en Odontologie, dans le cadre de Master, avec des étudiants en psychologie ou en ostéopathie, sur l'hypnose dans le cadre d'un DU. Cependant, nous assistons actuellement à une diminution de la capacité d'accueil d'étudiants et d'internes dans les vacations qui, associée à la difficulté d'avoir des données cliniques informatisées standardisées depuis le passage au dossier clinique numérisé font que les projets de recherche clinique deviennent plus difficiles à mettre en œuvre.

La qualité des missions d'enseignement et de recherche au sein de la consultation douleur orofaciale répond aux mêmes impératifs de moyens et logistique que les missions de soins.

Conclusion

Les douleurs chroniques, au sens large, sont des douleurs extrêmement difficiles à prendre en charge. Elles demandent des praticiens aguerris et très disponibles. A l'heure où notre modèle de société prône un monde sans douleur et où le patient ne supporte plus de souffrir, le nombre croissant de douleurs chroniques n'a jamais été aussi important, constituant un problème majeur de santé publique. Alors que le monde de la santé actuel essaie de faire face avec les moyens qu'on lui donne, il devient urgent que les jeunes générations de praticiens soient préparés à accompagner ou à orienter les patients douloureux chroniques pour une prise en charge efficace. En effet, pour beaucoup, les douleurs chroniques restent considérées comme des pathologies marginales voire, par extrapolation, associées à des patients dits « envahissants » ou « insupportables ». L'enjeu de demain n'est pas de produire des centaines de spécialistes pour répondre à la demande thérapeutique grandissante de ces patients. Il est de former la plus grande partie des praticiens généralistes, médecins et chirurgiens-dentistes, à détecter les patients présentant ces profils particuliers et surtout à ne pas les « fabriquer » par des interventions iatrogènes, par une absence d'écoute, ou encore par une prise en charge inappropriée.

Finalement, les compétences et les qualités demandées avant tout pour la prise en charge de ces patients sont des qualités humaines, habituellement inhérentes aux professions de santé, mais qui peuvent parfois, par la pression financière, par la pression du temps et par d'autres facteurs, être remises en question. Il convient de ne pas oublier qu'un praticien qui soigne un patient, c'est d'abord un être humain qui apporte son aide à un autre être humain ; ce qui fait appel à nos valeurs les plus nobles.

Je souhaite que ce travail encourage les enseignants qui comme le Pr Nizard, le Dr Enkel, le Dr Bouetel, le Dr Kimakhe et de nombreux autres, transmettent leurs valeurs et leurs expériences de soin à de jeunes praticiens comme moi, qui auront la chance d'avoir été formés et sensibilisés à ces pathologies très complexes et seront ainsi mieux armés face au défi qui les attend.

Bibliographie

- 1) Aggarwal VR, McBeth J, Zakrzewska JM, Lunt M, Macfarlane GJ. The epidemiology of chronic syndromes that are frequently unexplained: do they have common associated factors? *Int J Epidemiol.* [Internet]. 22 novembre 2005 [cite Avril 2006]. Disponible sur <https://academic.oup.com/ije/article/35/2/468/694689>
- 2) A Fayaz, P Croft, R M Langford, L J Donaldson, G T Jones. Prevalence of chronic pain in the UK: a systematic review and meta-analysis of population studies. [Internet]. 20 juin 2016;6(6):e010364 Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4932255/>
- 3) Sá K¹, Baptista AF, Matos MA, Lessa I, Prevalence of chronic pain and associated factors in the population of Salvador, Bahia. [Internet]. 19 juin 2009;43(4):622-30. Disponible sur : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009005000032&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- 4) République française. Circulaire DGS/DH n° 98-586 du 24 septembre 1998 relative à la mise en œuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/1998/98-41/a0412644.htm>
- 5) République française. Instruction N°DGOS/PF2/2011/188 du 19 mai 2011 relative à l'identification et au cahier des charges 2011 des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique. Disponible sur http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2011/05/cir_33137.pdf
- 6) Haute Autorité de Santé. Douleur chronique : Reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient Consensus formalisé [Internet] Décembre 2008. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_recommandations.pdf

- 7) Tellier M. Prise en charge des douleurs chroniques orofaciales : Analyse de pratiques au sein de la consultation spécialisée du CHU Hôtel Dieu de Nantes. Mémoire de DIU Prise en charge de la douleur. [France] : Université de Nantes, Unité de formation et de Recherche de Médecine ; 2018.
- 8) Jørgen^{a,*}; Ekholm, a^b; Sjøgren, P^a; Rasmussen, Niels K. Development of and recovery from long-term pain. A 6-year follow-up study of a cross-section of the adult Danish population. Pain 2004; 108(1) : 154-162.
- 9) Dahlhamer J, Lucas J, Zelaya C, Nahin R, Mackey Set al. . Prevalence of chronic pain and high-impact chronic pain among adults - United States, 2016. [Internet]. 14 septembre 2018; 67(36):1001-1006. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6146950/>
- 10) Loison G. Enquête sur la satisfaction des patients lors de la prise en charge de leur douleur. Juin 2006. Briançon, France. [Internet]. Juin 2006. Disponible sur https://www.cnrdr.fr/IMG/pdf/2007_Loison.pdf

Bibliographie annexe

- 1) American Academy of Orofacial Pain: AAOP. Orofacial Pain: Guidelines for assessment, diagnosis, and management. 4e ed. Chicago: Quintessence Book; 2008.
- 2) American Academy of Orofacial Pain: AAOP. Orofacial Pain: Guidelines for assessment, diagnosis, and management. 5e ed. Chicago: Quintessence Book; 2013.
- 3) Cooper BC, Cooper DL. Multidisciplinary approach to the differential diagnosis of facial, head and neck pain. J Prosthet Dent. 1991;66(1):72-78.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0022391391903562>

- 4) Drake RL, Vogl AW, Mitchell AW, Duparc F. Gray's Anatomie pour les étudiants. 2e ed. Paris: Elsevier-Masson; 2014.
- 5) Pertes Ra, Heir Gm. Chronic orofacial pain. A practical approach to differential diagnosis. Dent Clin North Am 1991; 35:123-140.
- 6) Aggarwal vr, Lovell K, Peters S et al. Psychosocial interventions for the management of chronic orofacial pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. [Internet] 9 novembre 2011; 11 CD008456. Disponible sur : <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008456.pub2/full>
- 7) Aggarwal Vr, Tickle M, Javidi H, Peters S. Reviewing the evidence: can cognitive behavioral therapy improve outcomes for patients with chronic orofacial pain. J Orofacial Pain 2010; 24(2):163-171.
- 8) Cruccu G. Continuum, Selected topics in outpatient neurology. American Academy of Neurology. Continuum avr 2017; 23(2): 396-420.
- 9) Edlich Rf, Winters Kl, Britt L, Long Wb 3rd. Trigeminal neuralgia. Long Term Eff Med Implants: 2006; 16(2):185-92.
- 10) Benoliel R, Gaul C. Cephalgia. Persistent idiopathic facial pain. International Headache Society. [Internet] 20 avril 2017; 37(7):680-691. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0333102417706349>

- 11) Melis M, Lobo SL, Ceneviz C. Atypical odontalgia: A review of the literature. Headache [Internet] Novembre 2003; 43(10):1060-74
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1526-4610.2003.03207.x?sid=nlm:pubmed>
- 12) Orthlieb Jd, Brocard D, Schittly J et al. Manual of temporomandibular disorders. 2e ed. Ames: Wiley-Blackwell; 2009: 63-68.
- 13) Gola R, Chossegros C, Orthlieb Jd. Syndrome algo-dysfonctionnel de l'appareil manducateur. Paris: Masson ; 1995.
- 14) Getaz I, Pasini W, Haynal A. Syndrome algo-dysfonctionnel de l'appareil manducateur. In : Pasini W, Haynal A, ed. Manuel de psychologie odontologique. Paris: Masson ; 1992 : 47-61.
- 15) Gireaudeau A, Orthlieb Jd, Laplanche O et al. Dérangements intracapsulaires de l'articulation temporo-mandibulaire. Paris: Cdp ; 2001: 51-59.
- 16) El Arrouf N, Rhamani Em, Nejmi M et al. Douleur chronique et désordres temporo-mandibulaires : prise en charge. Inf Dent 2004 ; 86(39) : 2626-2632.
- 17) Jun-Yi Wu, Chao Zhang, Yang-Peng Xu,, Ya-Yu Yu, Le Peng, al. Oral acupuncture in the clinical outcomes for temporomandibular disorders. Medicine. [Internet] Mars 2017; 96(9):e6064.
https://www.researchgate.net/publication/314173775_Acupuncture_therapy_in_the_management_of_the_clinical_outcomes_for_temporomandibular_disorders_A_PRISMA-compliant_meta-analysis

- 18) DeKanter R, Bastistuzzi P, Truin G, Monaco. Temporomandibular Disorders: “occlusion” matters! *Hindawi. Pain Res. Manage* 2018(2):1-13.
- 19) Litt M, Shaffer D, Ibanez C et al. Momentary pain and coping in temporomandibular disorder pain: exploring mechanisms of cognitive behavioral treatment for chronic pain. *Pain* 2009; 145(1-2): 160-168.
- 20) Glaros A. Temporomandibular disorders and facial pain: a psychophysiological perspective. *Appl Psychophysiol Biofeedback* août 2008; 33(3): 161-171.
- 21) Hoornaert A. Les orthèses occlusales sont-elles toujours d’actualité ? Congrès ADF, Paris, Association Dentaire Française, 23-25 novembre 2005.

Annexes :

1) Questionnaire praticien

Questionnaire praticien

1. Quels adjectifs dans la liste ci-dessous qualifient le mieux votre activité professionnelle au sein de la consultation douleurs chroniques orofaciales complexes (cochez ceux qui vous conviennent le mieux)

Check all that apply.

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Enrichissante | <input type="checkbox"/> Efficace |
| <input type="checkbox"/> Monotone | <input type="checkbox"/> Chronophage |
| <input type="checkbox"/> Complexe | <input type="checkbox"/> Utile |
| <input type="checkbox"/> Simple | <input type="checkbox"/> Isolée |
| <input type="checkbox"/> Exigeante | <input type="checkbox"/> Entourée |
| <input type="checkbox"/> Inutile | <input type="checkbox"/> Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> Inefficace | |

2. Quelle satisfaction personnelle tirez-vous de votre activité professionnelle au sein de la consultation douleurs chroniques orofaciales complexes ?

Mark only one oval.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas du tout satisfait	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tout à fait satisfait

3. Quelle est selon vous la note moyenne de satisfaction d'un patient à l'issue de votre consultation ?

Mark only one oval.

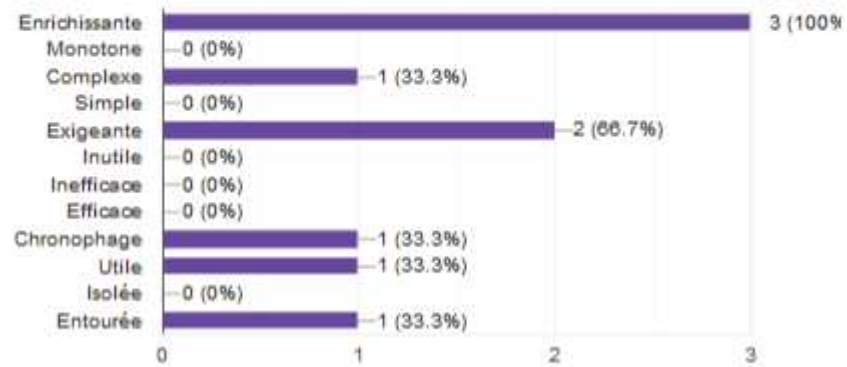
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas du tout satisfait	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tout à fait satisfait

4. Comment pourrait-on améliorer votre expérience clinique au sein de la consultation ?

2) Praticien : Qualification de leur activité

Quels adjectifs dans la liste ci-dessous qualifient le mieux votre activité professionnelle au sein de la consultation douleurs chroniques orofaciales complexes (cochez ceux qui vous conviennent le mieux)

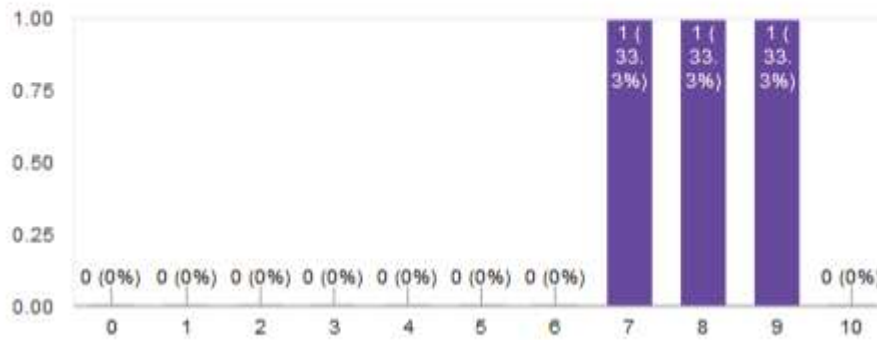
3 responses



3) Question Praticien : Satisfaction personnelle

Quelle satisfaction personnelle tirez-vous de votre activité professionnelle au sein de la consultation douleurs chroniques orofaciales complexes ?

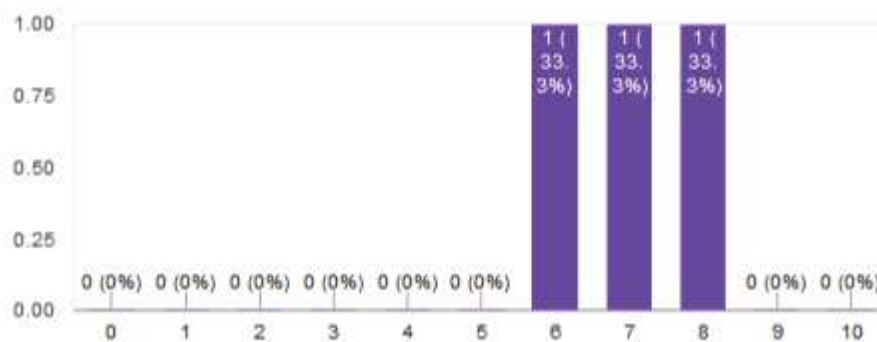
3 responses



4) Question Praticien : Estimation satisfaction patient

Quelle est selon vous la note moyenne de satisfaction d'un patient à l'issue de votre consultation ?

3 responses



5) Questionnaire satisfaction patient

Questionnaire satisfaction patient

1. **Qu'attendez-vous de la consultation ? (Classez dans l'ordre 3 critères allant de 1 à 3 et 1 étant le plus attendu)**

Mark only one oval.

- Médicaments
- Diagnostic
- Ecoute
- Soulagement total de ma douleur
- Amélioration de ma qualité de vie
- Examen radiologique
- Ne sais pas
- Autre :

2. **La consultation vous a-t-elle apporté ce que vous attendiez ?**

Mark only one oval.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas du tout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Oui complètement

3. **Êtes-vous satisfait de la consultation ?**

Mark only one oval.

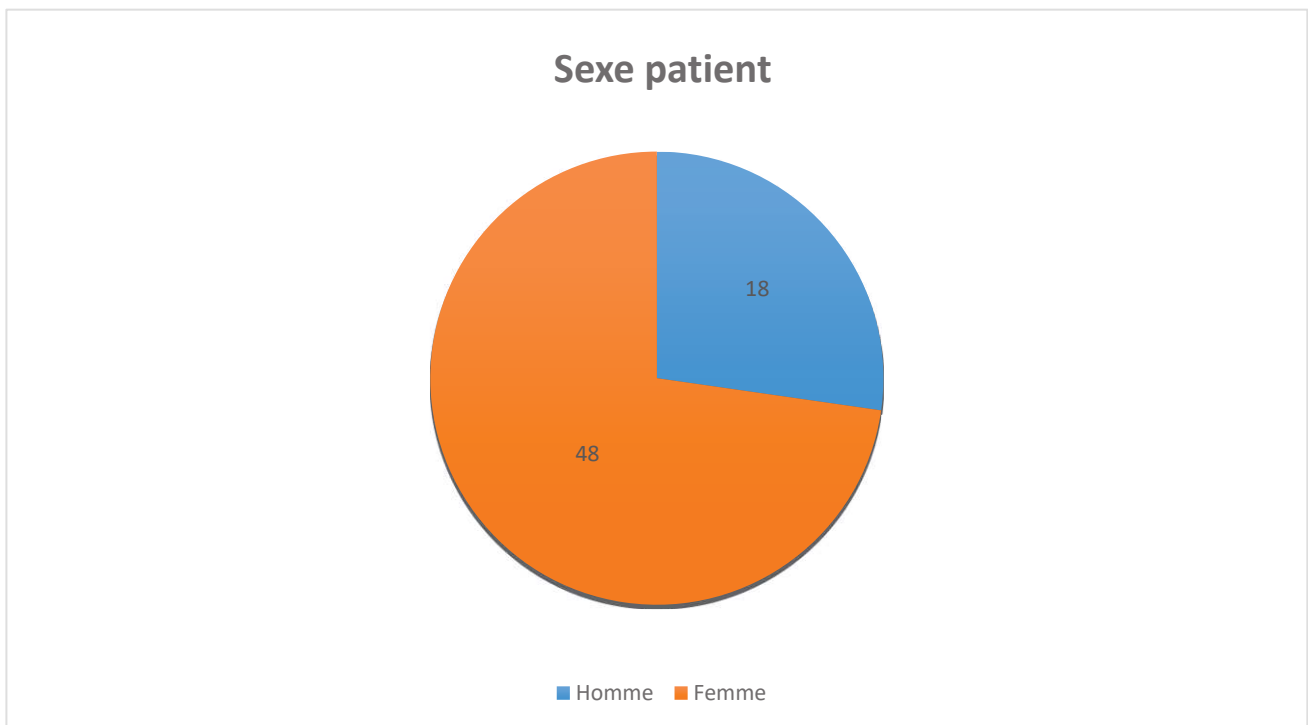
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas du tout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Oui complètement

4. **Pour quelle(s) raison(s) êtes vous satisfait ou non ?**

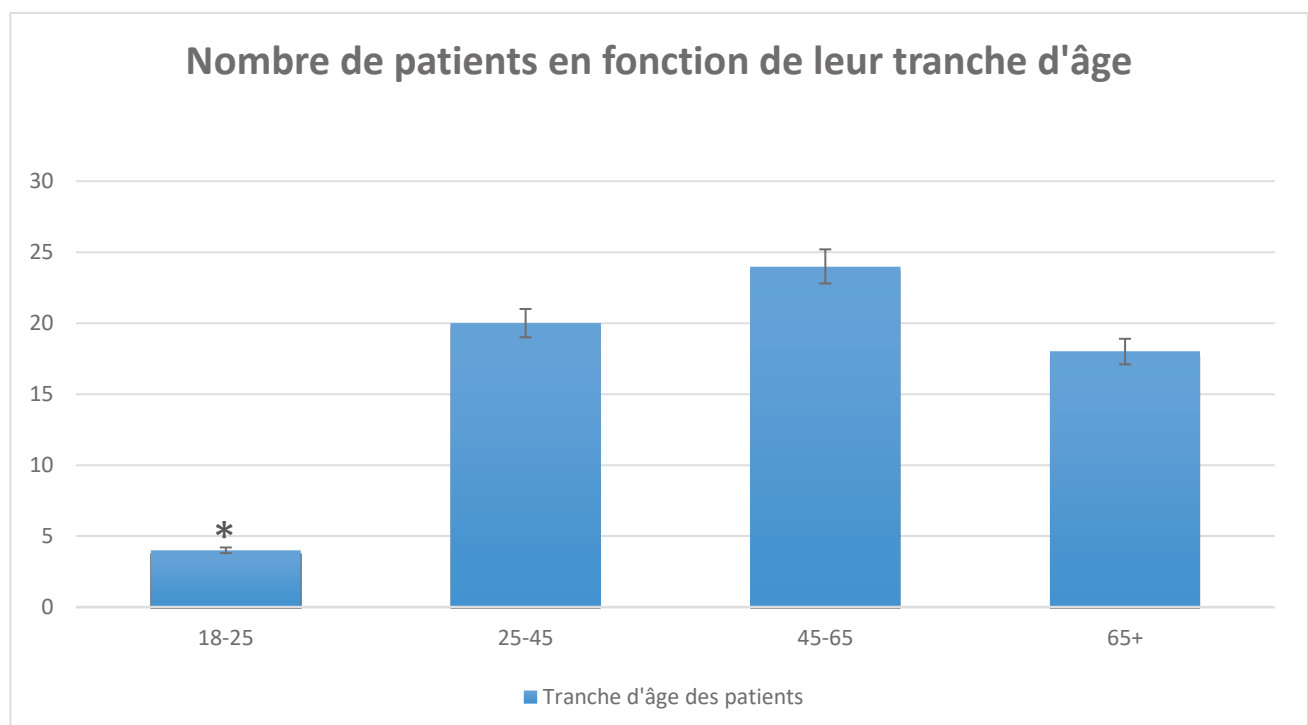
5. **Qu'est-ce que la consultation vous a apporté ?**

6. **Pour toute autre remarque :**

6) Nombre de répondants par sexe

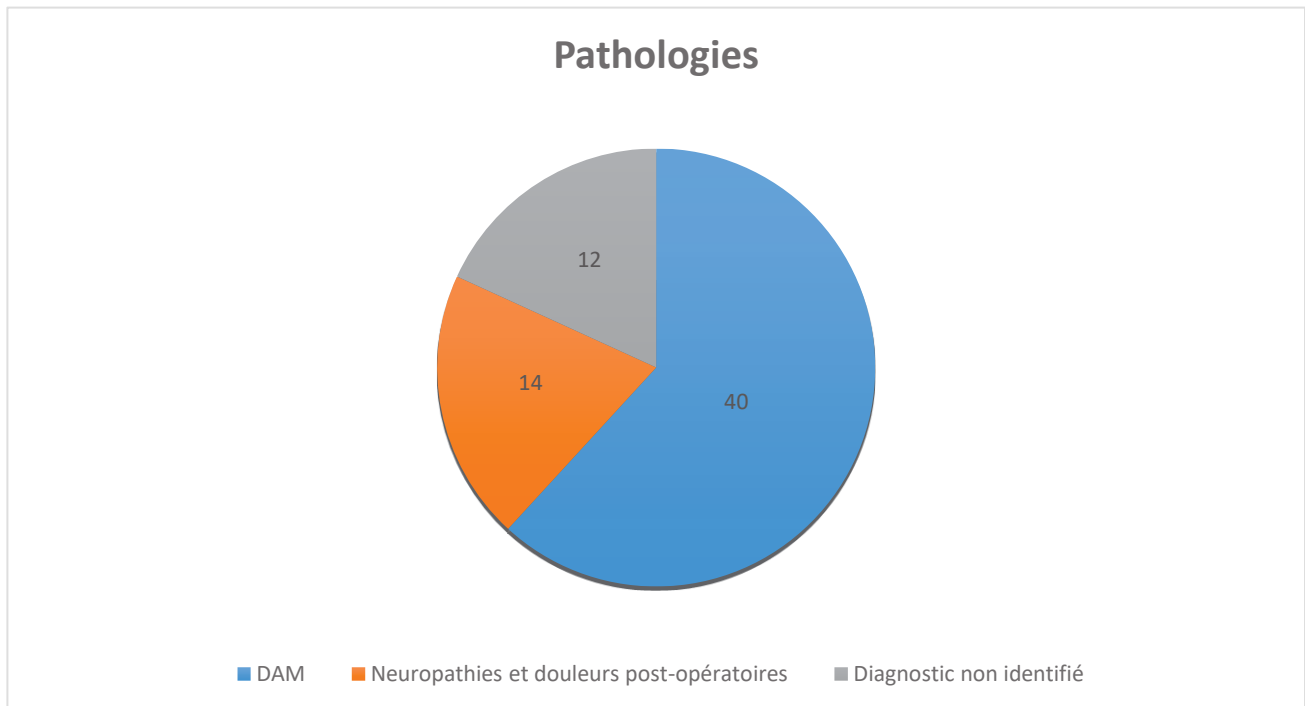


7) Nombre de patients en fonction de leur tranche d'âge

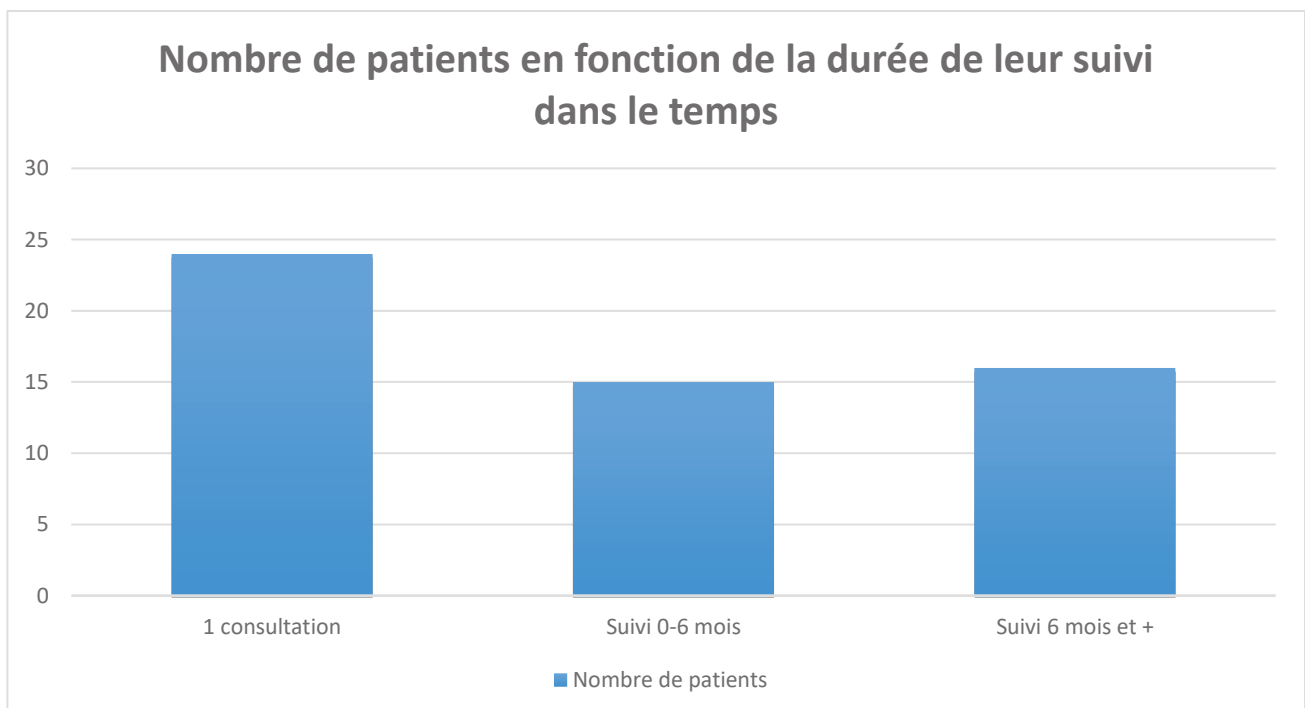


**Différence significative mise en valeur par le test exact de Fisher*

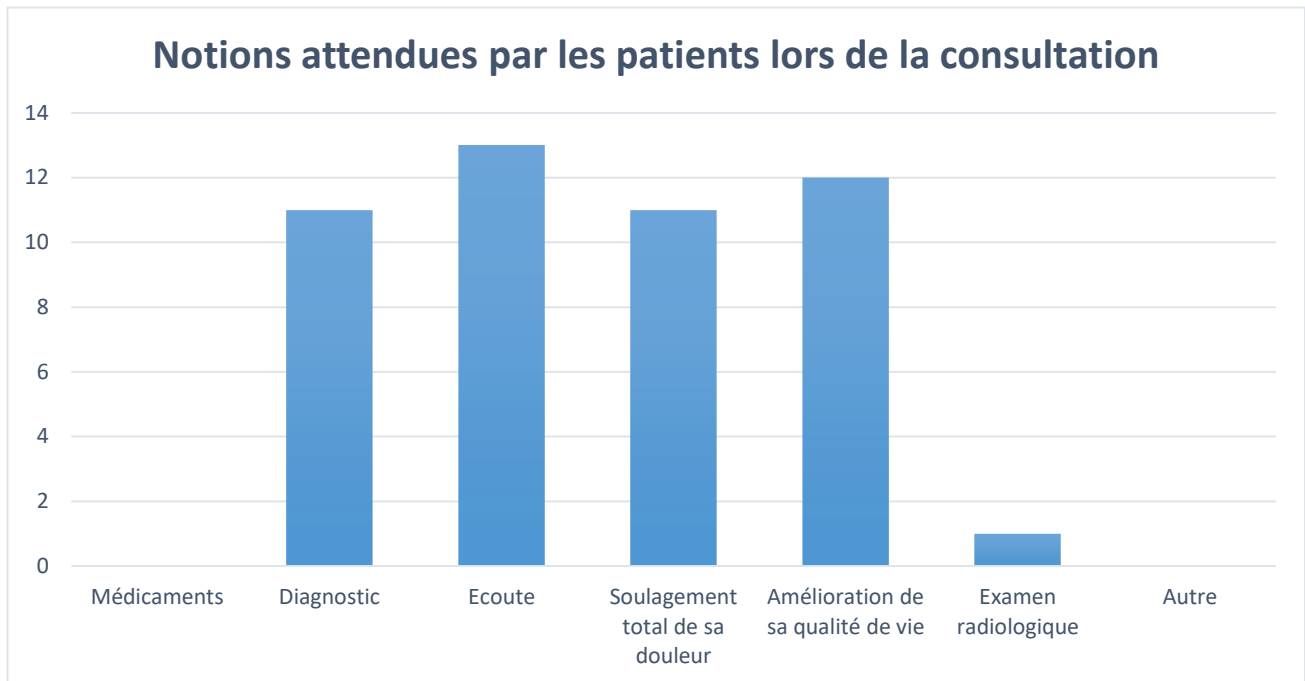
8) Répartition du nombre de patients en fonction du type de pathologie



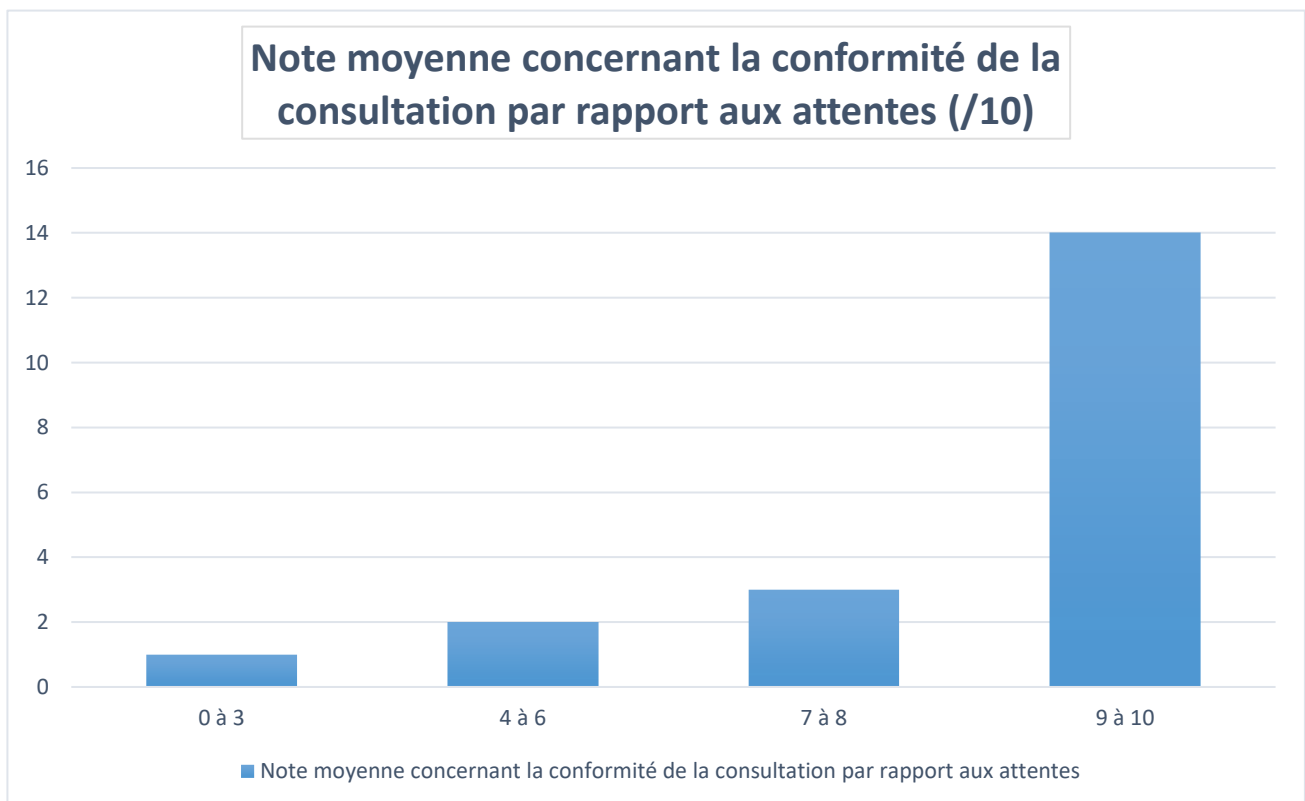
9) Nombre de patients en fonction de la durée de leur suivi dans le temps



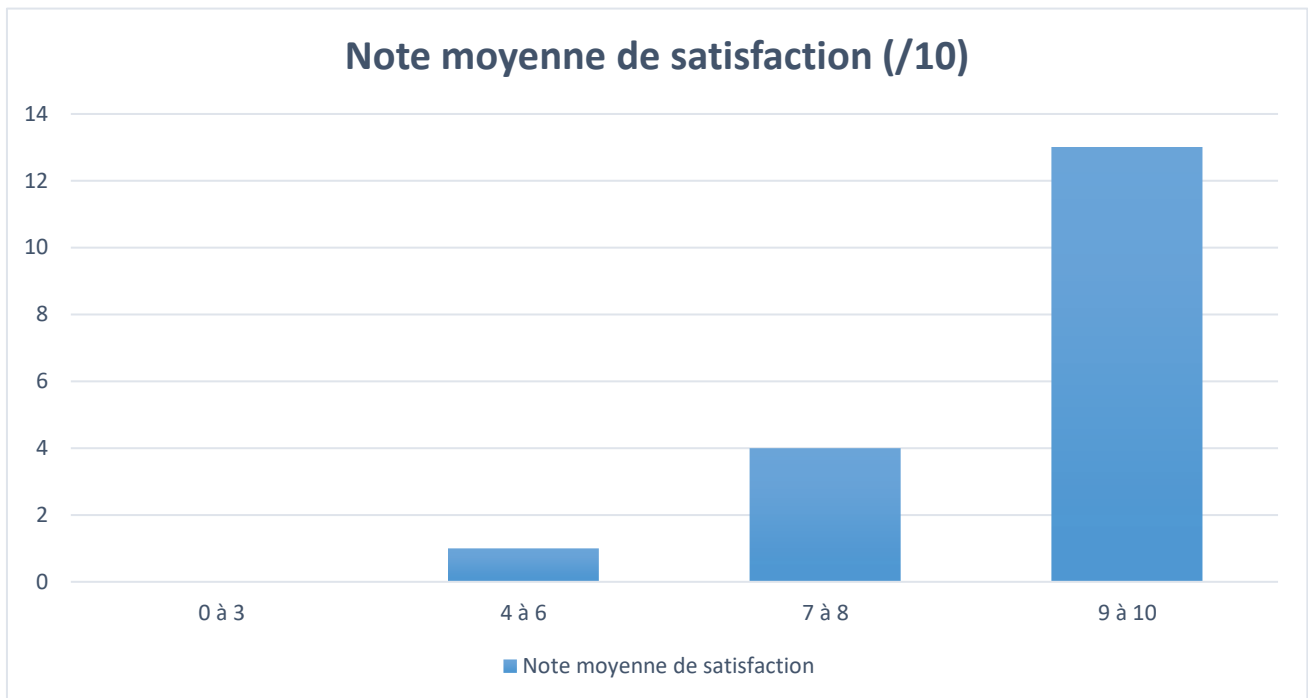
10) Notions attendues par les patients lors de la consultation



11) Note moyenne patient concernant la conformité de la consultation



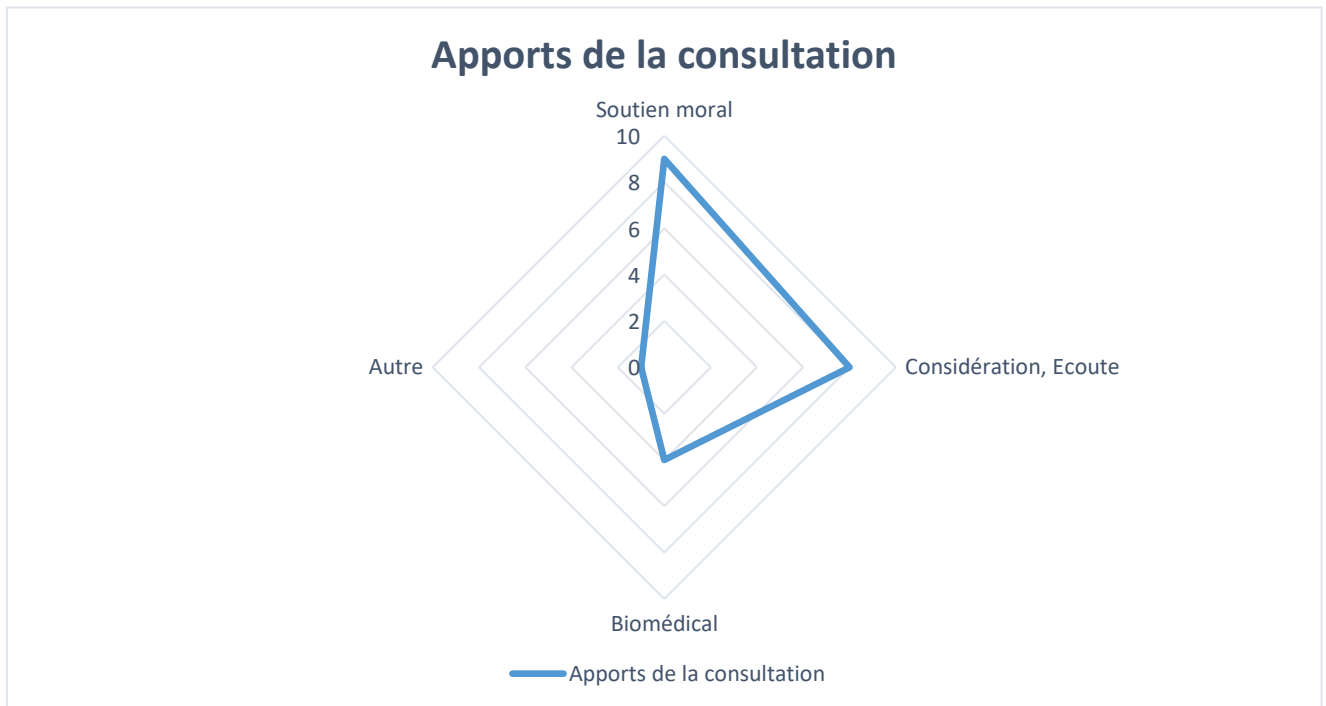
12) Note moyenne de satisfaction patient en sortie de consultation



13) Représentation des raisons de satisfaction des patients



14) Représentations des apports aux patients de la consultation.



15) Questionnaire RDC

QUESTIONNAIRE ANAMNESTIQUE

ID _____

Date : ____ / ____ / ____

SVP Lire attentivement chaque question et répondre en conséquence. Pour chaque question, encerclez une seule réponse.

- | | | | |
|----|--|------------|---|
| 1. | Considérez-vous votre santé en général comme excellente, très bonne, bonne, acceptable ou mauvaise ? | Excellente | 1 |
| | | Très bonne | 2 |
| | | Bonne | 3 |
| | | Acceptable | 4 |
| | | Mauvaise | 5 |
| 2. | Considérez-vous votre hygiène buccale comme excellente, très bonne, bonne, acceptable ou mauvaise ? | Excellente | 1 |
| | | Très bonne | 2 |
| | | Bonne | 3 |
| | | Acceptable | 4 |
| | | Mauvaise | 5 |
| 3 | Avez-vous eu de la douleur au niveau du visage, de la mâchoire, des tempes, à l'avant de l'oreille ou à l'intérieur de l'oreille au cours du dernier mois? | Non | 0 |
| | | Oui | 1 |

[Si pas de douleur au cours du dernier mois, **PASSEZ** à la question 14]

Si Oui,

- 4a- Il y a combien d'années que votre douleur faciale a débuté pour la première fois?

____ ____ ans

[Si un an ou plus, passez à la question 5]

[Si moins d'un an, indiquez 00]

- 4b- Il y a combien de mois que votre douleur faciale a débuté pour la première fois?

____ ____ Mois

- | | | | |
|----|--|---------------------------------|---|
| 5. | Est-ce que votre douleur faciale est persistante, récurrente (disparaît et revient) ou n'a été un problème qu'une fois? | Persistante | 1 |
| | | Récurrente | 2 |
| | | Une fois | 3 |
| 6. | Êtes-vous déjà allé chez un médecin, un dentiste, un chiropraticien ou tout autre professionnel pour des douleurs faciales ? | Non | 1 |
| | | Oui, lors des six derniers mois | 2 |
| | | Oui, il y a plus de six mois | 3 |

- 7- Comment évaluez-vous votre douleur faciale sur une échelle de 0 à 10 à ce moment-ci, c'est-à-dire présentement; 0 étant « aucune douleur » et 10 « douleur aussi mauvaise que ça peut l'être »?

Aucune douleur										Douleur aussi mauvaise que ça peut l'être
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

- 8- Au cours des six (6) derniers mois, quelle a été l'intensité de votre pire douleur sur une échelle de 0 à 10, où 0 est « aucune douleur » et 10 « douleur aussi mauvaise que ça peut l'être » ?

Aucune douleur										Douleur aussi mauvaise que ça peut l'être
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

- 9- Au cours des six (6) derniers mois, quelle a été en moyenne l'intensité de votre douleur sur une échelle de 0 à 10, où 0 est « aucune douleur » et 10 « douleur aussi mauvaise que ça peut l'être » ? [C'est-à-dire la douleur habituelle au moment où vous aviez de la douleur].

Aucune douleur										Douleur aussi mauvaise que ça peut l'être
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

- 10- Environ combien de jours au cours des six (6) derniers mois, avez-vous été empêché de faire vos activités habituelles (travail, école, travail à la maison) à cause de vos douleurs faciales ?

_____ jours

- 11- Au cours des six (6) derniers mois, comment votre douleur faciale a interféré avec vos activités quotidiennes sur une échelle de 0 à 10, où 0 est « aucune interférence » et 10 « incapable de faire aucune activité » ?

Aucune interférence										Incapable de faire aucune activité
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

- 12- Au cours des six (6) derniers mois, comment votre douleur faciale a affecté votre capacité à prendre part à des activités sociales, familiales et récréatives sur une échelle de 0 à 10, où 0 est « aucun changement » et 10 « incapable de faire aucune activité » ?

Aucun changement										Incapable de faire aucune activité
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

- 13- Au cours des six (6) derniers mois, comment votre douleur faciale a changé votre capacité à travailler [incluant le travail à la maison], où 0 est « aucun changement » et 10 « incapable de faire aucune activité » ?

Aucun changement										Incapable de faire aucune activité
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

- 14.a Avez-vous déjà eu la mâchoire bloquée ou coincée pour Non 0

qu'elle n'ouvre pas jusqu'au bout? Oui 1

[Si aucun problème à ouvrir jusqu'au bout, PASSEZ à la question #15]

Si Oui

14.b Est-ce que cette limitation d'ouverture était assez sévère pour interférer avec votre capacité à manger? Non 0
Oui 1

15. a. Est-ce que votre mâchoire craque ou claque (fait des bruits secs) quand vous ouvrez ou fermez la bouche, ou en mastiquant ? Non 0
Oui 1

d. Durant le jour grincez-vous des dents ou serrez-vous les mâchoires? Non 0
Oui 1

b. Est-ce que votre mâchoire fait un bruit de grincement ou de grattement quand vous ouvrez ou fermez, ou en mastiquant ? Non 0
Oui 1

e. Est-ce que votre mâchoire fait mal ou est raide au réveil le matin? Non 0
Oui 1

c. Vous a-t-on dit, ou avez-vous noté que vous grincez des dents ou serrez les mâchoires en dormant la nuit ? Non 0
Oui 1

f. Avez-vous des bruits ou des bourdonnements dans vos oreilles ? Non 0
Oui 1

g. Est-ce que la façon dont ferment vos dents est inconfortable ou inhabituelle ? Non 0
Oui 1

16.a Souffrez-vous d'arthrite rhumatoïde, de lupus ou de toute autre maladie arthritique? Non 0
Oui 1

16.b Connaissez-vous quiconque dans votre famille qui a eu une de ces maladies ? Non 0
Oui 1

16.c Avez-vous déjà eu ou avez-vous des articulations qui enflent ou sont douloureuses à part l'articulation près de vos oreilles? Non 0
Oui 1

[Si aucune articulation enflée ou douloureuse, PASSEZ à la question # 17a]

Si Oui

16.d Est-ce une douleur persistante que vous avez depuis au moins un an ? Non 0
Oui 1

17.a Avez-vous eu une blessure récente au visage ou à la mâchoire? Non 0
Oui 1

[Si aucune blessure récente, PASSEZ à la question # 18)

Si Oui

17.b Aviez-vous de la douleur à la mâchoire avant votre blessure? Non 0
Oui 1

18. Au cours des six (6) derniers mois, avez-vous eu un problème avec des maux de tête ou des migraines? Non 0
Oui 1

19- Quelles sont les activités que votre problème de mâchoire vous empêche ou vous limite de faire (encerclez Oui ou Non)?

a. Mastiquer Non 0 g. Activités sexuelles Non 0
Oui 1 Oui 1

b. Boire Non 0 h. Nettoyer les dents ou Non 0
Oui 1 le visage Oui 1

c. Exercice physique Non 0 i. Bâiller Non 0
Oui 1 Oui 1

d. Manger des aliments durs Non 0 j. Avaler Non 0
Oui 1 Oui 1

e. Manger des aliments mous Non 0 k. Parler Non 0
Oui 1 Oui 1

f. Sourire / rire Non 0 l. Avoir l'apparence Non 0
Oui 1 habituelle de votre visage Oui 1

20- Au cours du dernier mois, comment avez-vous été affligé par ...

	<u>Pas</u> <u>du tout</u>	<u>Un peu</u>	<u>Modéré-</u> <u>ment</u>	<u>Beaucoup</u>	<u>Extrême-</u> <u>ment</u>
a- maux de tête	0	1	2	3	4
b- perte intérêt sexuel ou de plaisir	0	1	2	3	4
c- faiblesses ou étourdissements	0	1	2	3	4
d- douleur au coeur ou à la poitrine.....	0	1	2	3	4
e- se sentir bas en énergie ou ralenti	0	1	2	3	4
f- penser à la mort ou à mourir	0	1	2	3	4
g- mauvais appétit	0	1	2	3	4
h- pleurer facilement	0	1	2	3	4
i- se reprocher des choses.....	0	1	2	3	4
j- douleurs dans le bas du dos.....	0	1	2	3	4
k- se sentir seul.....	0	1	2	3	4

	<u>Pas du tout</u>	<u>Un peu</u>	<u>Modéré- ment</u>	<u>Beaucoup</u>	<u>Extrême- ment</u>
l- avoir le cafard	0	1	2	3	4
m- trop se tracasser avec les choses	0	1	2	3	4
n- ne pas avoir d'intérêt pour les choses	0	1	2	3	4
o- nausées ou estomac irritable	0	1	2	3	4
p- muscles endoloris	0	1	2	3	4
q- difficulté à s'endormir	0	1	2	3	4
r- difficulté à trouver son souffle	0	1	2	3	4
s- bouffées de chaleur, de froid, de frissons	0	1	2	3	4
t- engourdissement ou picotement	0	1	2	3	4
u- boule dans votre gorge	0	1	2	3	4
v- se sentir désespéré à propos du futur	0	1	2	3	4
w- se sentir faible dans des parties de son corps	0	1	2	3	4
x- sensation de lourdeur aux bras ou aux jambes	0	1	2	3	4
y- pensées pour vous enlever la vie	0	1	2	3	4
z- manger plus que d'habitude	0	1	2	3	4
aa- se réveiller tôt le matin	0	1	2	3	4
bb- sommeil agité ou perturbé	0	1	2	3	4
cc- sentir que tout est un effort	0	1	2	3	4
dd- se sentir sans valeur (vaurien)	0	1	2	3	4
ee- se sentir pris, piégé	0	1	2	3	4
ff- se sentir coupable	0	1	2	3	4
21. De quelle façon croyez-vous que vous prenez soin de votre santé en général?			Excellente		1
			Très bien		2
			Bien		3
			Acceptable		4
			Pauvre		5
22. De quelle façon croyez-vous que vous prenez soin de votre santé buccale ?			Excellente		1
			Très bien		2
			Bien		3
			Acceptable		4
			Pauvre		5
23- Indiquez votre date de naissance ?		Mois ___	Jour ___	Année ___	
24. Êtes-vous de sexe masculin ou féminin ?			Masculin		1
			Féminin		2
25. De quelle façon croyez-vous que vous prenez soin de votre santé buccale ?			Aleut, eskimo, indien		1
			Asiatique / Iles du Pacifique		2
			Noir		3
			Blanc		4
			Autre		5
26- Lequel de ces groupes représente votre nationalité ?					

Porto Ricain.....	1	Chicano	5
Cubain	2	Autre Latin Américain	6
Mexicain / Mexique.....	3	Autre Espagnol.....	7
Mexicain / Américain.....	4	Aucun de ces groupes	8

27- Quel est le niveau de scolarité le plus élevé que vous avez complété ?

Aucun ou maternelle :	00						
École élémentaire: 1	2	3	4	5	6	7	8
École secondaire: 9	10	11	12				
Collège :	13	14	15	16	17	18+	

28- Durant les deux (2) dernières semaines, est-ce que vous aviez un travail ou une entreprise, sans compter le travail autour de la maison [incluant le travail non rémunéré sur la ferme ou entreprise familiale]?

Oui	1
Non	2

29- Êtes-vous marié(e), veuf (veuve), divorcé(e), séparé(e) ou n'avez jamais été marié(e) ?

Épouse mariée au foyer	1
Épouse mariée pas au foyer	2
Veuf, veuve	3
Divorcé(e)	4
Séparé(e)	5
Jamais marié(e)	6

30- Lequel représente le mieux votre revenu familial total combiné des douze derniers mois?

_____	0\$-14,999\$
_____	15,000\$-24,999#
_____	25,000\$-34,999\$
_____	35,000\$-49,999\$
_____	50,000\$ ou plus

31- Quel est votre code postal : _____

16) Questionnaire DTM

**CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE RECHERCHE
FORMULAIRE D'EXAMEN CLINIQUE POUR LES DTM**

ID _____

Date : ____ / ____ / ____

1. Avez-vous de la douleur du côté droit de votre visage, du côté gauche ou des deux côtés ?
- | | | |
|--|----------------|---|
| | Aucune douleur | 0 |
| | Droit | 1 |
| | Gauche | 2 |
| | Les 2 côtés | 3 |
-
2. Pointez le ou les endroits où vous avez de la douleur ?
- | | <u>Droit</u> | | <u>Gauche</u> | |
|----------|--------------|--|---------------|---|
| Aucun | 0 | | Aucun | 0 |
| ATM | 1 | | ATM | 1 |
| Muscles | 2 | | Muscles | 2 |
| Les deux | 3 | | Les deux | 3 |

[L'examineur tâte l'endroit où le sujet pointe si ce n'est pas clair entre une douleur articulaire ou musculaire]

3. Patron d'ouverture
- | | | |
|-----------------------------------|------------|---|
| Rectiligne | | 0 |
| Latéro-déviations sans correction | | 1 |
| Déviations en « S » corrigées | | 2 |
| Latéro-déviations sans correction | | 3 |
| Déviations en « S » corrigées | | 4 |
| Autre | | 5 |
| Type _____ | | |
| | (précisez) | |

4. Amplitude d'ouverture mandibulaire
- | | | |
|--|----------------------------------|----|
| | Incisive supérieure de référence | 11 |
| | | 21 |

- | | | DOULEUR MUSCLES | | | | DOULEUR ATM | | | |
|--|--------|-----------------|----|----|----|-------------|----|----|----|
| | | Non | Dr | Ga | Bi | Non | Dr | Ga | Bi |
| a. Ouverture non-assistée sans douleur | ___ mm | | | | | | | | |
| b. Ouverture maximale non-assistée | ___ mm | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| c. Ouverture maximale assistée | ___ mm | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| d. Surplomb vertical | ___ mm | | | | | | | | |

5. Bruits aux ATM (palpation) :

		<u>DROIT</u>	<u>GAUCHE</u>
a. Ouverture	Aucun	0	0
	Craquement	1	1
	Crépitement fort	2	2
	Crépitement fin	3	3
Mesure du craquement à l'ouverture		___ mm	___ mm
		<u>DROIT</u>	<u>GAUCHE</u>
b. Fermeture	Aucun	0	0
	Craquement	1	1
	Crépitement fort	2	2
	Crépitement fin	3	3
Mesure du craquement à la fermeture		___ mm	___ mm
		<u>DROIT</u>	<u>GAUCHE</u>
c. Élimination du craquement réciproque à l'ouverture en protrusion	Non	0	0
	Oui	1	1
	N/A	8	8

6. Excursions

		<u>DOULEUR MUSCLES</u>				<u>DOULEUR ATM</u>			
		<u>Non</u>	<u>Dr</u>	<u>Ga</u>	<u>Bi</u>	<u>Non</u>	<u>Dr</u>	<u>Ga</u>	<u>Bi</u>
a. Latéralité droite	___ mm	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Latéralité gauche	___ mm	0	1	2	3	0	1	2	3
c. Protrusion	___ mm	0	1	2	3	0	1	2	3
		<u>DROIT</u>	<u>GAUCHE</u>	<u>N/A</u>					
d. Déviation de la ligne médiane	___ mm	1	2	8					

7. Bruits articulaires durant les excursions

Bruits à droite :

	<u>Aucun</u>	<u>Craque- ment</u>	<u>Crépité- ment fort</u>	<u>Crépité- ment fin</u>
Excursion droite	0	1	2	3
Excursion gauche	0	1	2	3
Protrusion	0	1	2	3

Bruits à gauche :

	<u>Aucun</u>	<u>Craque- ment</u>	<u>Crépité- ment fort</u>	<u>Crépité- ment fin</u>
Excursion droite	0	1	2	3
Excursion gauche	0	1	2	3
Protrusion	0	1	2	3

INSTRUCTIONS, ITEMS 8-10

L'examineur palpera différents endroits de votre visage, de votre tête et de votre cou. Vous indiquerez si vous ressentez aucune douleur ou seulement une pression (0), ou de la douleur (0-3). SVP quantifiez la douleur ressentie à chaque palpation en vous référant à l'échelle qui suit. Encerclez le chiffre correspondant à l'intensité de douleur que vous ressentez. Vous devez faire une évaluation séparée pour la palpation du côté droit et du côté gauche.

0 = Aucune douleur / Pression seulement

1 = Douleur faible

2 = Douleur modérée

3 = Douleur sévère

8. Douleur musculaire extraorale à la palpation :

	<u>DROIT</u>	<u>GAUCHE</u>
a. Temporal postérieur	0 1 2 3	0 1 2 3
b. Temporal moyen	0 1 2 3	0 1 2 3
c. Temporal antérieur	0 1 2 3	0 1 2 3
d. Origine du masséter 'Sous l'os de la joue'	0 1 2 3	0 1 2 3
e. Corps du masséter 'Joue/côté du visage'	0 1 2 3	0 1 2 3
f. Insertion du masséter 'Joue/bord de la mâchoire'	0 1 2 3	0 1 2 3
g. Région mandibulaire postérieure (Stylohyoïde/ digastrique post.) 'Mâchoire/ région gorge'	0 1 2 3	0 1 2 3
h. Région submandibulaire postérieure (Ptérygoïdien médian/suprahyoïde/ digastrique ant.) 'Sous le menton'	0 1 2 3	0 1 2 3

9. Douleur articulaire à la palpation :

	<u>DROIT</u>	<u>GAUCHE</u>
a. Pôle latéral	0 1 2 3	0 1 2 3
b. Attachement postérieur 'intra-méatal	0 1 2 3	0 1 2 3

10. Douleur musculaire à la palpation intraorale :

	<u>DROIT</u>	<u>GAUCHE</u>
a. Ptérygoïdien latéral 'Derrière les molaires supérieures'	0 1 2 3	0 1 2 3
b. Tendon du temporal 'Tendon'	0 1 2 3	0 1 2 3

17) Questionnaire HAD

Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence »

Échelle HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2
- Plus du tout 3

5. Je me fais du souci

- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

6. Je suis de bonne humeur

- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision

- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

18) Mémoire DIU Prise en charge de la douleur

Université de Nantes

UFR de Médecine et Techniques Médicales

Formation continue

Année universitaire 2016/2017

Mémoire pour l'obtention du

Diplôme Inter Universitaire de « Prise en charge de la douleur »

Présenté par

Maxime TELLIER

(Né le 03/04/1993)

Prise en charge des douleurs chroniques oro-faciales

Analyse de pratiques au sein de la consultation spécialisée du CHU Hôtel Dieu à Nantes

Directeur de mémoire : Dr. KIMAKHE Saïd

Responsable pédagogique : Pr. NIZARD Julien

Remerciements

J'adresse mes remerciements aux personnes qui m'ont aidé dans la réalisation de ce mémoire.

En premier lieu, je remercie Monsieur le Professeur Julien NIZARD, responsable de ce DIU Prise en charge de la douleur, pour avoir accepté ma candidature et ma présence au sein de la formation. Merci également pour vos conseils et votre écoute lors des échanges que nous avons pu avoir lors des journées de formation.

Je remercie également tous les intervenants du DIU Prise en charge de la douleur qui ont eu l'occasion de m'enseigner et de me transmettre leur expérience.

Je remercie Monsieur le Docteur KIMAKHE Saïd, maître de conférences des universités et praticien hospitalier à temps partiel au Centre Hospitalo Universitaire de Nantes dans le service de Centre de Soins Dentaires. En tant que Directeur de mémoire tout d'abord, il m'a guidé et m'a permis de structurer mon travail avec une grande rigueur. Aussi, il m'a beaucoup appris lors de ces mois de consultations en douleurs oro-faciales et a su m'apporter les notions fondamentales dans la prise en charge d'un patient souffrant de douleurs chroniques.

Lexique

DAM : Désordres de l'appareil manducateur

CETD : Centre d'évaluation de de traitement de la douleur

UFR : Unité de formation et de recherche

IASP: International association of study of pain

BMS : Burning Mouth Syndrom

AVP : Accident de la voie publique

RTE : Reprise de traitement endodontique

AAOP : American association of pain

ATM : Articulation temporo mandibulaire

SNC : Système Nerveux Central

DDS : Dent de sagesse

RC : Relation centrée

OIM : Occlusion d'intercuspidie maximale

EN : Echelle numérique

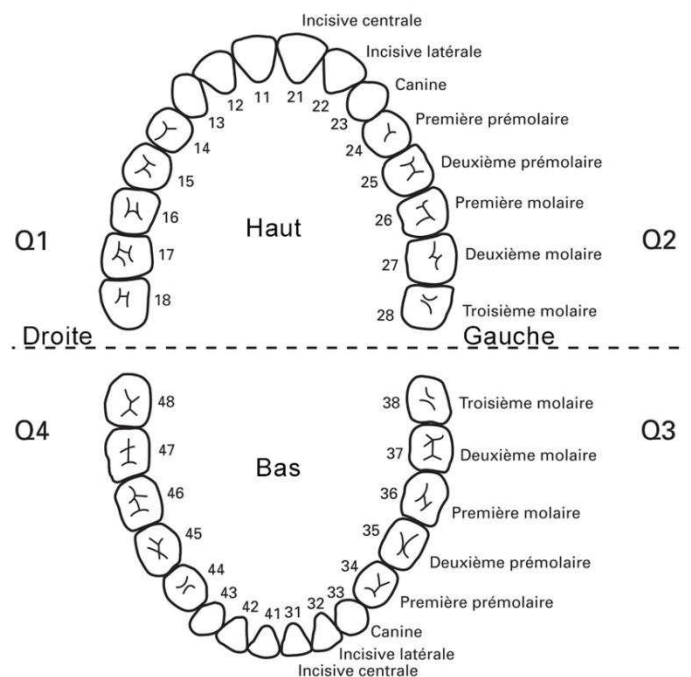
CC : Couronne coulée

CCM : Couronne céramo-métallique

En lien avec les cuspides :

- P : palatine
- M : mésiale / MP : mésio-palatine
- D : distale / DV : disto-vestibulaire
- V : vestibulaire
- L : linguale

QDSA : Questionnaire De Saint Antoine



Remerciements	70
Lexique	71
1) Introduction	73
2) Présentation	74
3) La douleur	78
a. Concepts et définitions	75
b. Douleur aiguë et douleur chronique	76
4) Rappels anatomiques.....	77
5) Profils des douleurs chroniques orofaciales	82
a. Algies faciales neuropathiques	82
1-La névralgie essentielle du trijumeau	83
2-Les algies orofaciales post opératoire	83
3-Les névralgies trigéminales symptomatiques	84
4-La névralgie du glosso pharyngien	84
5-La névralgie du nerf intermédiaire de Wrisberg	85
b. Douleurs orofaciales idiopathiques persistantes	85
1-L'algie faciale atypique	85
2-L'odontalgie atypique	85
3-Stomatodynie et Glossodynie (Burn Mouth Syndrome)	86
4-Désordres de l'appareil manducateur	86
6) Présentation de cas cliniques.....	91
7) Conclusion	112

1) Introduction :

En France, près de 1 personne sur 5 est atteinte d'une douleur chronique, ce qui représente près de 13 millions de personnes (selon l'HAS). Il est important d'avoir à l'esprit qu'un patient douloureux chronique est une personne porteuse d'une souffrance à la fois physique et surtout psychologique. Cette dernière composante est un paramètre difficile à appréhender pour un professionnel de santé non formé ce qui le confronte souvent à une difficulté de prise en charge l'amenant soit à un renoncement, soit, malgré lui, à une prise en charge inadéquate pour le patient douloureux. Dans la douleur chronique et notamment au niveau de la sphère oro-faciale, la qualité de vie du patient est presque toujours altérée, et avec elle, parfois, celle de l'entourage de la personne. La prise en charge de ces patients représente donc un enjeu majeur dans la vocation qu'a un professionnel de santé, c'est-à-dire, apporter un soin à un patient en vue d'améliorer son état de santé au sens global (psychologique et physique).

Au sein de la consultation douleurs oro-faciales au Centre de Soins Dentaires, trois types de patients sont pris en charge : les patients atteints d'algies faciales neuropathiques, les patients porteurs de DAM et les patients présentant des douleurs oro-faciales idiopathiques persistantes.

L'intérêt de ce travail d'analyse de pratiques est double. Il me servira à la fois pour comprendre quels sont les acteurs intervenant dans la prise en charge de ces patients et les enjeux de cette dernière et à la fois de support à un travail plus large de rédaction d'une thèse d'exercice sur les douleurs chroniques oro-faciales.

Pour ce faire, j'ai suivi une dizaine de patients consultant sur la période s'étalant de janvier 2017 à juin 2017. L'étude de ces cas tentera de mettre en lumière les différences de prise en charge au sein de profils de patients très polymorphes consultant pour des douleurs oro-faciales au Centre de Soins Dentaires de l'Hôpital Hôtel Dieu à Nantes. Cette consultation est en effet partie prenante d'un organigramme discuté et validé entre elle et les autres acteurs de la prise en charge (la neurochirurgie, la psychothérapie comportementale, le CETD, le service d'hospitalisation psychiatrique...). Toutefois, avant d'aborder le déroulement des consultations, les protagonistes et l'articulation pluridisciplinaire mise en place, je ferai de brefs rappels sur les notions de douleur au sens global, puis sur l'anatomie de la sphère oro-faciale.

2) Présentation

Actuellement en formation initiale au sein de l'UFR d'Odontologie en 5^e année, je déroge quelque peu aux règles de la formation continue et ne pratique que depuis 18 mois au sein du Centre de Soins Dentaires.

En tant qu'externes, nous sommes confrontés à des situations où les patients manifestent des symptômes de douleurs chroniques oro-faciales, malgré les cours et la documentation que l'on puisse avoir, nous nous trouvons démunis voire bien évidemment, incompetents, pour réaliser une démarche diagnostique et encore moins une thérapeutique.

Durant ma première année d'externat, j'ai eu l'occasion de rencontrer deux patients douloureux chroniques face auxquels j'ai éprouvé un sentiment d'impuissance voire même une frustration d'ordre professionnelle en tant que futur praticien, de ne pouvoir apporter une aide ou au moins diriger un patient vers quelqu'un qui pourra l'aider.

Avant d'entamer cette formation, n'ayant pas encore acquis de connaissances spécifiques concernant cette thématique j'ai ainsi souhaité compléter ma propre formation et me suis engagé dans ce diplôme interuniversitaire «Prise en charge de la douleur».

Outre l'intérêt que je porte aux douleurs chroniques en général mais beaucoup plus spécifiquement aux douleurs chroniques oro-faciales j'ai donc fait le choix pour mon travail de me rapprocher de la consultation douleurs oro-faciales.

Au sein de ces consultations j'ai pu me rendre compte du polymorphisme des profils présentés par les patients atteints de ces douleurs oro-faciales chroniques ainsi que des difficultés de leur prise en charge.

3) La douleur

a. Concepts et définitions

La définition de la douleur est une notion qui n'a fait qu'évoluer au cours des siècles. En effet, sa signification n'est pas la même entre l'Antiquité et nos temps modernes par exemple. A l'époque de nombreux auteurs comme Celse, Hippocrate ou Galien, s'intéressent à qualifier et décrire la douleur. Ce dernier, auteur d'une immense œuvre comptant plus de 15.000 pages sur la médecine fait mention dans son traité « *De locis affectis* » de descriptions de la douleur. Celle-ci est donc définie par les adjectifs qui lui sont associés (en poignard, serrante, irradiante...). A l'ère de la médecine antique, le médecin était dépositaire du savoir et la seule chose que lui apportait le malade était la description de sa douleur qui permettrait ainsi un diagnostic.

Puis, au fur et à mesure, notamment avec la Renaissance, de nouvelles définitions plus globales apparurent comme celle de Descartes en 1664 « La douleur n'est ni plus ni moins qu'un signal d'alarme, dont la seule fonction est de signaler une lésion corporelle ». Cette définition, partielle, s'intéressait alors uniquement à la douleur sous sa forme aiguë et n'apportait pas d'information concernant une douleur de type chronique qui, alors, n'est plus un signal d'alarme mais toute autre chose.

Il faudra attendre la deuxième moitié du XXe siècle pour voir apparaître des définitions de la douleur intégrant précisément et à part entière d'autres dimensions que physique. Ainsi, l'International Association for the Study of Pain (IASP) propose en 1979 la définition suivante : « Une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire réel ou potentiel ou décrit en terme d'un tel dommage » à laquelle l'HAS (Haute Autorité de Santé) ajouta l'idée que la douleur est « susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien être du patient. »

Cette dernière définition nous servira de référence dans la définition de la douleur car elle intègre les 4 composantes actuelles de travail sur la douleur :

- Sensitive
- Affective / Emotionnelle
- Cognitive
- Comportementale

La composante sensitive fait intervenir les voies physiques de la douleur (localisation, intensité, sensation) ; la voie affective ou émotionnelle met en jeu tout l'affect du sujet (comment le patient vit sa douleur) ; la notion cognitive convoque tous les processus d'intégration centrale au niveau du cerveau (pensées du patient, interprétation de son expérience douloureuse) ; enfin la composante comportementale intègre quant à elle toute la sémiologie observable chez le patient (gestes physiques, action verbale et non verbale...).

b. Douleur aiguë et douleur chronique

Il existe deux grandes catégories de douleurs qui ne fonctionnent pas sur le même principe temporel : la douleur aiguë et la douleur chronique.

Au sens aigu, une douleur est un symptôme qui sert «de signal d'alarme» au corps et lui permet de se rendre compte d'un dysfonctionnement ou d'un stimulus extérieur délétère. Elle intervient sur une période courte et ne provient en général que d'un seul facteur. [1,2,3]

La réaction physiologique du sujet est caractéristique (sueur, accélération du rythme cardiaque, dilatation de la pupille, hypertension artérielle...) et la résultante psychologique est plutôt axée sur un sentiment d'anxiété.

L'objectif du traitement de cette douleur sera curatif, soit par l'élimination de la cause, soit par inhibition du mécanisme douloureux. [1,2,3]

Au sens chronique, la dimension de la douleur est tout autre. On se retrouve dans un contexte où la douleur est une pathologie inutile et délétère sur le plan psycho-social. Sa temporalité est récurrente voire permanente.

L'étiologie est toujours plurifactorielle et met en place des facteurs prédisposants, des facteurs déclenchants et des facteurs entretenants qui amènent le sujet à se trouver dans un contexte dépressif important.

L'objectif du traitement de ces patients n'est ici pas simplement curatif mais surtout réadaptatif, c'est-à-dire qu'il faudra, dans certaines circonstances, apprendre au patient à vivre avec sa douleur et à la subir le moins possible.

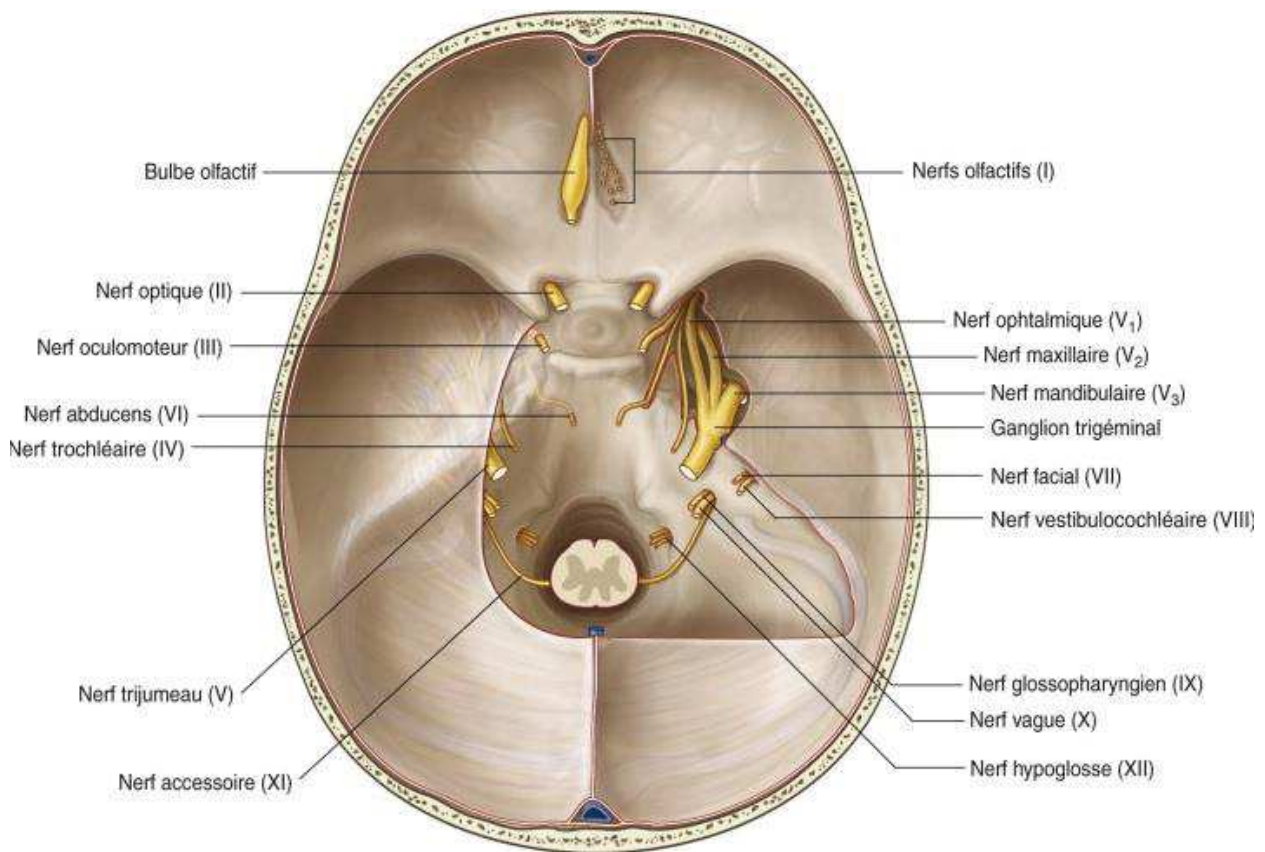
Il faut bien comprendre que les processus mis en jeu dans les douleurs aiguës ne sont pas les mêmes dans les douleurs chroniques. Il est donc important de ne pas considérer les douloureux chroniques comme des patients portant une douleur aiguë depuis des mois voire des années car c'est le meilleur moyen de poser un mauvais diagnostic et entretenir la chronicisation de leur douleur. [1,2,3]

4) Rappels anatomiques

Lors des consultations douleurs chroniques de la sphère oro-faciale, nous sommes confrontés pour l'immense majorité à des troubles au niveau du nerf trijumeau (V) et de façon anecdotique à des névralgies du nerf glossopharyngien (IX). Les rappels anatomiques permettront de valider les bases pour comprendre la sémiologie des douleurs chroniques oro-faciales.

Le trijumeau est le nerf le plus important de l'innervation sensitive de la face mais prend également en charge la fonction motrice des principaux muscles masticateurs.

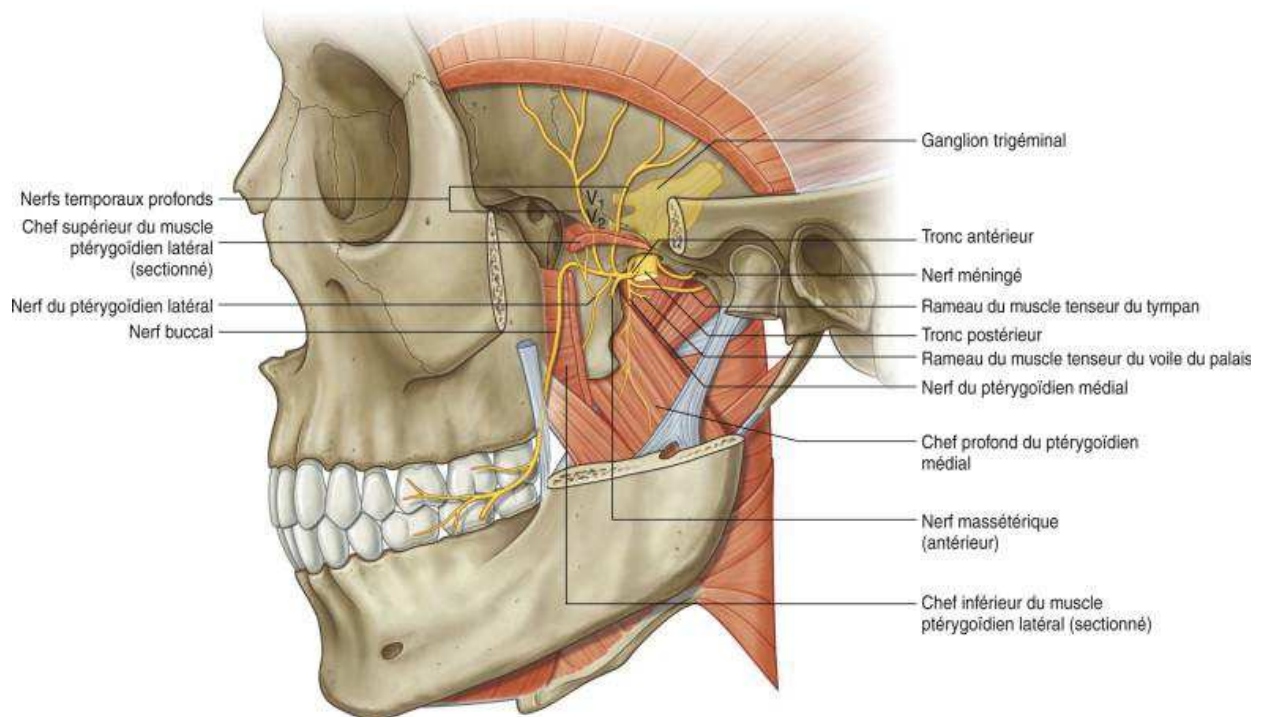
Ce nerf prend racine au niveau du tronc cérébral et émerge à la surface antérieure du pont par une grosse racine sensitive et une petite racine motrice. Ces racines se dirigent en avant depuis la fosse crânienne postérieure vers la fosse crânienne moyenne, en passant au-dessus du bord médial de la portion pétreuse de l'os temporal.



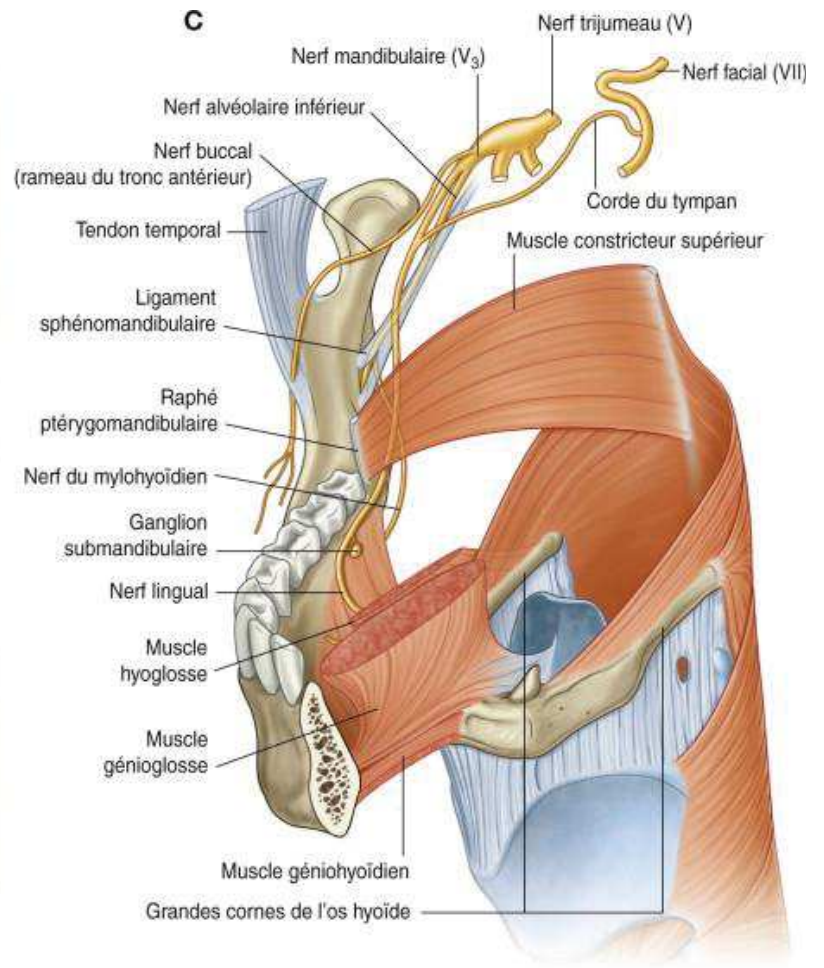
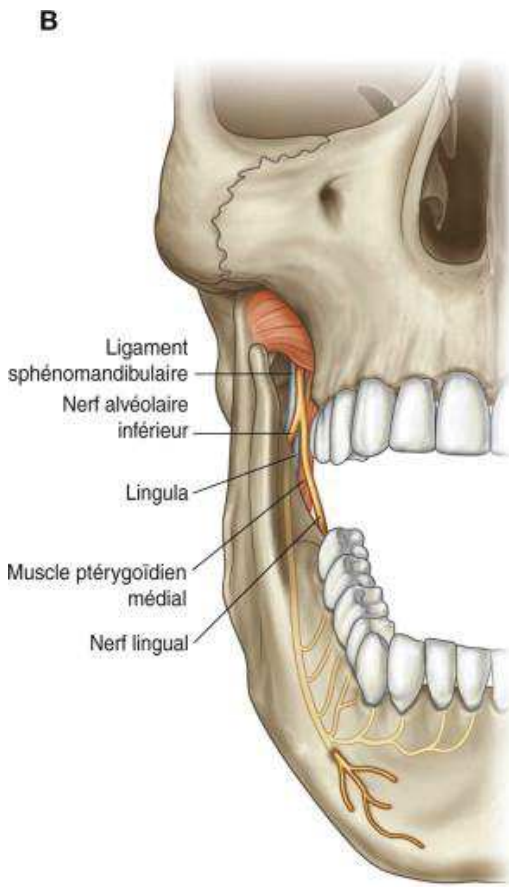
Dans la fosse crânienne moyenne, la racine sensitive entre dans le ganglion trigéminai (ganglion de Gasser) qui contient les corps cellulaires des neurones sensitifs du nerf trijumeau. Ce ganglion est situé dans une fossette à la surface antérieure de la portion pétreuse de l'os temporal, dans une cavité dure. La racine motrice est en dessous et est complètement séparée de la racine sensitive à ce niveau. De ce ganglion naissent les 3 rameaux terminaux du nerf trijumeau (de haut en bas) : nerf ophtalmique (V₁), nerf maxillaire (V₂) et nerf mandibulaire (V₃). [4]

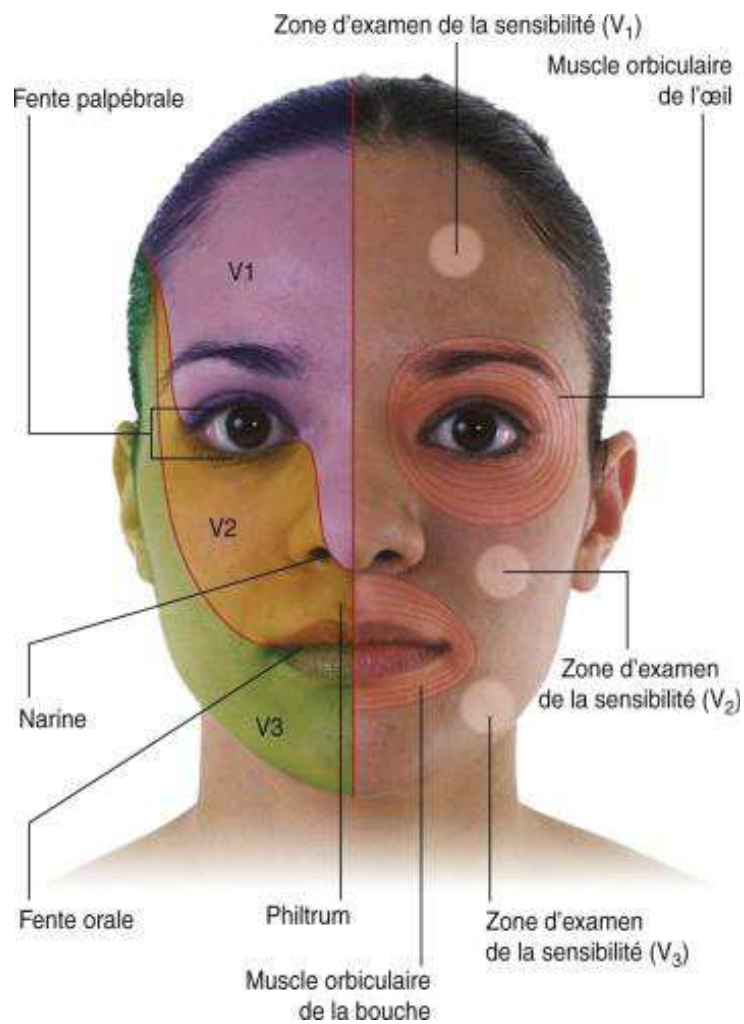
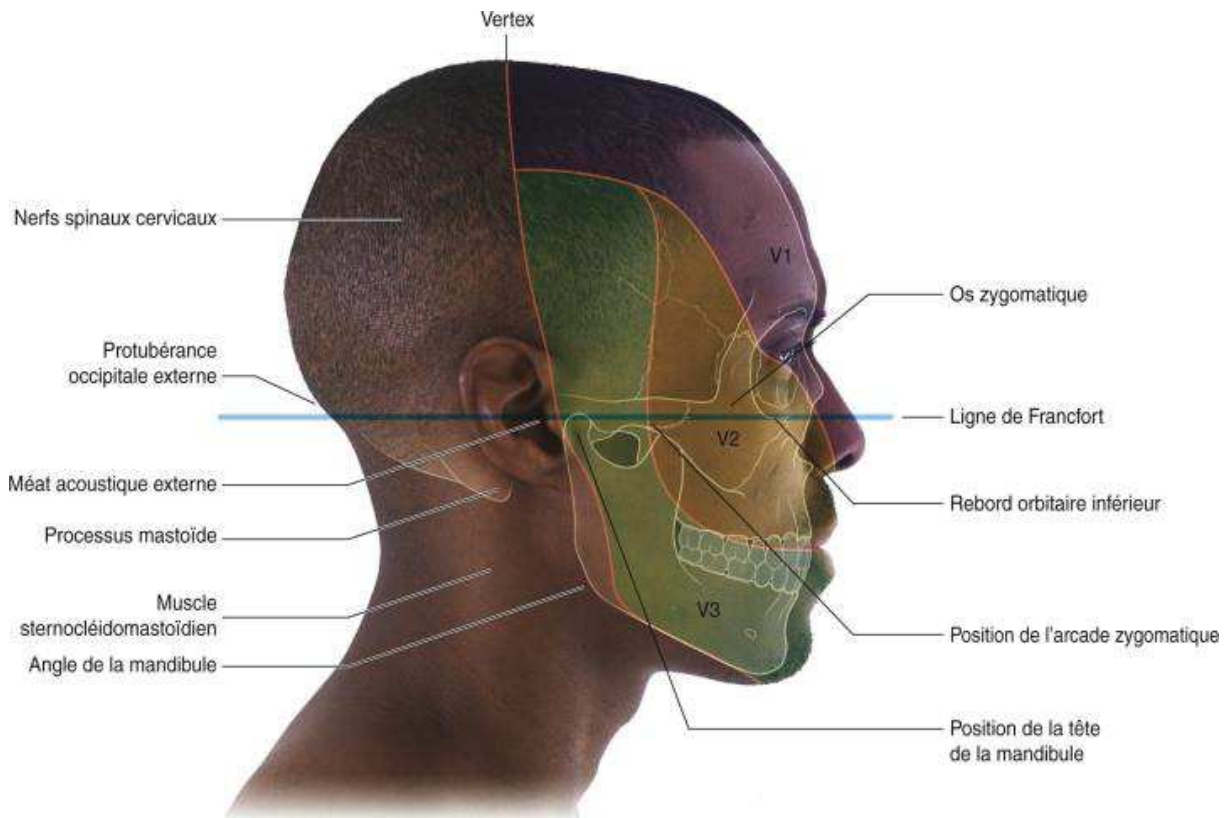
Le nerf ophtalmique (V₁) chemine le long de la paroi latérale du sinus caverneux pour entrer dans l'orbite par la fissure orbitaire supérieure. Il conduit les fibres sensitives provenant des yeux, de la conjonctive et du contenu orbitaire en incluant la glande lacrymale. Il reçoit aussi des rameaux sensitifs de la cavité nasale, du sinus frontal, des cellules ethmoïdales, de la faux du cerveau, de la dure-mère de la fosse crânienne antérieure et des portions supérieures de la tente du cervelet, de la paupière supérieure, de l'arête nasale et de la partie antérieure du scalp. [4]

Le nerf maxillaire (V2) prend le même chemin mais sort de la cavité crânienne par le foramen rond puis entre dans la fosse ptérygo-palatine. Il reçoit des rameaux sensitifs de la dure-mère de la fosse crânienne moyenne, du naso-pharynx, du palais, de la cavité nasale, des dents maxillaires, du sinus maxillaire, de la peau de la face latérale du nez, de la paupière inférieure, de la joue et de la lèvre supérieure. [4]



Le nerf mandibulaire (V3) sort quant à lui du crâne par le foramen ovale. C'est le seul à cheminer avec la racine motrice du trijumeau qui innerve les 4 muscles masticateurs (temporal, masséter, ptérygoïdien latéral, ptérygoïdien médial) le muscle tenseur du tympan, le tenseur du voile du palais, le ventre antérieur du digastrique et le muscle mylo-hyoïdien (plancher de la bouche). Ses fibres sensitives reçoivent la sensibilité de la peau de la partie inférieure de la face, de la joue, de la lèvre inférieure, de l'oreille, du méat acoustique externe et de la région temporale, des deux tiers antérieurs de la langue, des dents de la mâchoire inférieure, des cellules aériques mastoïdiennes, des muqueuses de la joue, de la mandibule et de la dure-mère de la fosse crânienne moyenne. [4]





Le nerf glossopharyngien (IX) naît par plusieurs racines au niveau de la face antérolatérale de la partie supérieure de la moelle allongée. Elles croisent la fosse crânienne postérieure et entrent dans le foramen jugulaire avant de former des ganglions qui donneront naissance à l'innervation sensitive du tiers postérieur de la langue, des amygdales palatines, de l'oropharynx et des muqueuses de l'oreille moyenne et de la trompe auditive.

5) Profils des douleurs chroniques orofaciales

En 2013 l'IASP introduit le concept de douleurs alvéolodentaires persistantes qui regroupe différentes affections auparavant distinctes. Les DAM, l'Algie faciale atypique, l'Odontalgie atypique et le Burning Mouth Syndrom ne sont qu'une seule et même entité clinique, qu'une seule pathologie qui s'exprime dans différents tissus de la région alvéolodentaire. Si la douleur se situe au niveau de l'articulation temporo-mandibulaire et des muscles masticateurs c'est un DAM. Si c'est une douleur diffuse au niveau des muscles et des tissus superficiels de la face c'est l'algie faciale atypique. Pour l'odontalgie atypique la douleur se situera au niveau d'une dent ou de l'alvéole d'une dent extraite. Et pour le BMS c'est une sensation de brûlure au niveau de la muqueuse buccale. Toutes ces douleurs alvéolodentaires persistantes ont des points communs et suivent les mêmes mécanismes. Elles touchent préférentiellement les femmes après 50 ans et se caractérisent par des douleurs persistantes sans signes de pathologies structurelles ou d'autres causes spécifiques identifiées.

Au sein de la consultation douleurs oro-faciales nous recevons deux grandes catégories de patients, à savoir : Les patients souffrant d'algies faciales neuropathiques et ceux souffrant de douleurs orofaciales idiopathiques persistantes.

a. Algies faciales neuropathiques

Famille d'algies de la face regroupant 5 pathologies : la névralgie essentielle du trijumeau, les névralgies trigéminales symptomatiques ou secondaires, la névralgie du glossopharyngien, la névralgie du nerf intermédiaire de Wrisberg et enfin les algies orofaciales post-opératoires. [5,6,7]

Dans le cadre de la consultation douleurs orofaciales, la majorité des patients présentant une algie faciale neuropathique sont des patients atteints d'une algie orofaciale post-opératoire ou d'une névralgie essentielle du trijumeau. Nous rencontrons les autres atteintes dans une proportion moindre.

1- La névralgie essentielle du trijumeau

Peut se présenter sous la forme typique ou atypique. Par soucis de clarté nous traiterons la forme typique en laissant la forme atypique de côté. Cette pathologie présente une prévalence de 5/100.000 avec une prévalence légèrement plus importante chez les hommes et un pic de fréquence aux alentours de 50 à 60 ans. Le diagnostic est clinique et repose sur 4 critères que sont la typologie de la douleur, sa topographie, sa circonstance de déclenchement et la négativité de l'examen neurologique.

Typiquement la douleur se présente comme paroxystique et intense, de façon unilatérale, d'emblée très forte, sous forme de décharges électriques avec une zone gâchette réfractaire, imprévisible, et sensible à la carbamazépine (qui peut faire valeur de diagnostic).

2- Les algies orofaciales post opératoire

Ces douleurs ont pour origine 2 principales étiologies dans la sphère oro-faciale : les AVP et les actes thérapeutiques iatrogéniques. Parmi ces derniers, les dépassements de matériaux d'obturation endodontique, les avulsions dentaires notamment les dents de sagesse ou encore l'implantologie.

L'existence de douleurs préopératoires, fréquentes dans la sphère bucco-dentaire par le retard de consultation des patients, est l'un des facteurs principaux d'apparition de ces douleurs et de leur chronicisation, et ce, par le phénomène de sensibilisation périphérique.

Les douleurs post opératoires immédiates aux extractions dents de sagesse se résolvent rapidement mais une infime proportion devient chronique et nécessite une prise en charge spécifique.

Le traitement de ces douleurs devrait d'abord être étiologique par la prévention des complications post-opératoire inhérentes aux gestes thérapeutiques menés par les praticiens.

Dans un second temps, la gestion des douleurs post-opératoires aiguës sera principalement basée sur une réintervention (RTE, curetage alvéolaire, chirurgie endodontique...) et une prescription médicamenteuse reposant sur 4 molécules :

- Prégabaline (prescription à dose progressive sur 1 mois)
- Prednisone (effet anti-inflammatoire et anti-compressif)
- Naftidrofuryl (anti-ischémiant)
- Vitamines B1 et B6 (favorise cicatrisation nerveuse)

Malgré tout si la douleur se chronicise, la prolongation de la prescription de Prégabaline ou le recours à d'autres molécules sera nécessaire et passera par : Clonazepam, ou Carbamazepine 18 mois à dose efficace, en réévaluant tous les mois la récupération nerveuse. Si des séquelles persistent la thérapeutique devra donc être maintenue à vie.

En complément de ces médications, une approche psycho-comportementale sera proposée aux patients dont les traitements seront au très long cours. L'objectif sera d'apporter un coping positif à ces patients qui auront à faire face à des douleurs récurrentes.

3- Les névralgies trigéminales symptomatiques

S'oppose en tout point à la névralgie essentielle du trijumeau et se retrouve chez les sujets jeunes avec une douleur continue sans salves, sans période réfractaire ni zone gâchette de façon moins intense et préférentiellement dans le territoire du V1. L'examen neurologique sera perturbé avec une allodynie et une hypoesthésie globale de la face.

4- La névralgie du glosso pharyngien

Egalement idiopathique, la douleur se localise au niveau postérieur de la cavité buccale et au niveau auditif (amygdale, base de langue, conduit auditif externe et peut irradier dans l'oreille et l'angle de la mandibule). Elle est déclenchée par la toux, la déglutition, la phonation et la rotation du cou. Typiquement les patients décrivent avoir du mal à prononcer leurs premières phrases lors d'une conversation ou à déglutir les premières bouchées alimentaires, puis une diminution des symptômes s'effectue.

5- *La névralgie du nerf intermédiaire de Wrisberg*

Fait souvent suite à une névralgie post-zostérienne, sa zone de déclenchement atteint le conduit auditif et la région profonde de l'oreille. Elle se déclenche lors de la première prise alimentaire et peut s'accompagner d'une éruption cutanée dans la zone de Ramsay-Hunt (pavillon externe de l'oreille) ou d'un goût métallique ou encore d'une paralysie faciale.

b. Douleurs orofaciales idiopathiques persistantes

On retrouve 3 formes différentes dont le diagnostic est plus ou moins difficile à poser.

1- L'algie faciale atypique

La symptomatologie est très fruste et déroutante. Cette pathologie survient en moyenne vers 50 ans, avec une douleur non insomnante, continue, profonde, très diffuse potentiellement aggravée par la mastication et sans zone gâchette. L'examen neurologique ne révèle rien d'anormal, il faut alors ne pas négliger des étiologies exobuccales.

2- L'odontalgie atypique

Retrouvée sur une dent saine, présente sur l'arcade, et désignée nommément par le patient. La symptomatologie décrite n'est en aucun cas corrélée à l'état de la dent. La douleur apparaît spontanément d'emblée modérée à sévère et s'aggrave avec le temps. Tout geste thérapeutique (soins, endodontie, extractions) sur l'organe dentaire incriminé est vain. La prévalence est extrêmement faible et touche majoritairement les femmes. Le diagnostic peut être conforté par des traitements topiques à base de lidocaïne ou de capsaïcine qui soulagent les douleurs.

Le traitement de choix est l'Amitriptyline (LAROXYL) 25 à 100mg/j [11]

3- Stomatodynie et Glossodynie (Burn Mouth Syndrome)

Survient préférentiellement chez la femme en période de ménopause. La douleur est assez caractéristique, et s'apparente à une brûlure plus ou moins importante, de façon bilatérale. Elle débute le matin et s'intensifie en fin de journée. Toutefois, l'alimentation diminue les symptômes et le sommeil n'est pas perturbé.

L'examen clinique ne montre aucune lésion sur les zones atteintes mais souvent des patients exerçant des tractions démesurées de leur langue probablement possibles grâce à une répétition quotidienne, de la part du patient, à la recherche de lésions.

Les douleurs peuvent être associées à une xérostomie (sensation de bouche sèche), il faut donc être attentif à ne pas prescrire d'antidépresseurs qui pourraient aggraver ce symptôme.

4- Désordres de l'appareil manducateur

D'après la définition du CNO (Collège national d'occlusodontie) de 2001 les DAM sont « l'expression symptomatique d'une myoarthropathie de l'appareil manducateur » équivalent du terme anglais « Temporomandibular disorders » (défini par l'AAOP). Ainsi, un bruit articulaire, une algie, une dyskinésie, un inconfort ou une gêne fonctionnelle au niveau de l'ATM peut être un signe évocateur de diagnostic de DAM.

Cette pathologie est extrêmement répandue dans la population, 3 personnes sur 4 en sont porteuses. Néanmoins seule environ 1 personne sur 10 nécessite un traitement en lien avec ce trouble. Touchant préférentiellement les adultes entre 15 et 45 ans et les femmes plus que les hommes, cette pathologie résulte d'une perturbation de l'équilibre entre les arcades dentaires, l'ATM et le système musculaire manducateur. [12]

Il conviendra de différencier les dysfonctionnements d'origine musculaires et les dysfonctionnements d'origine articulaire (parfois combinés).

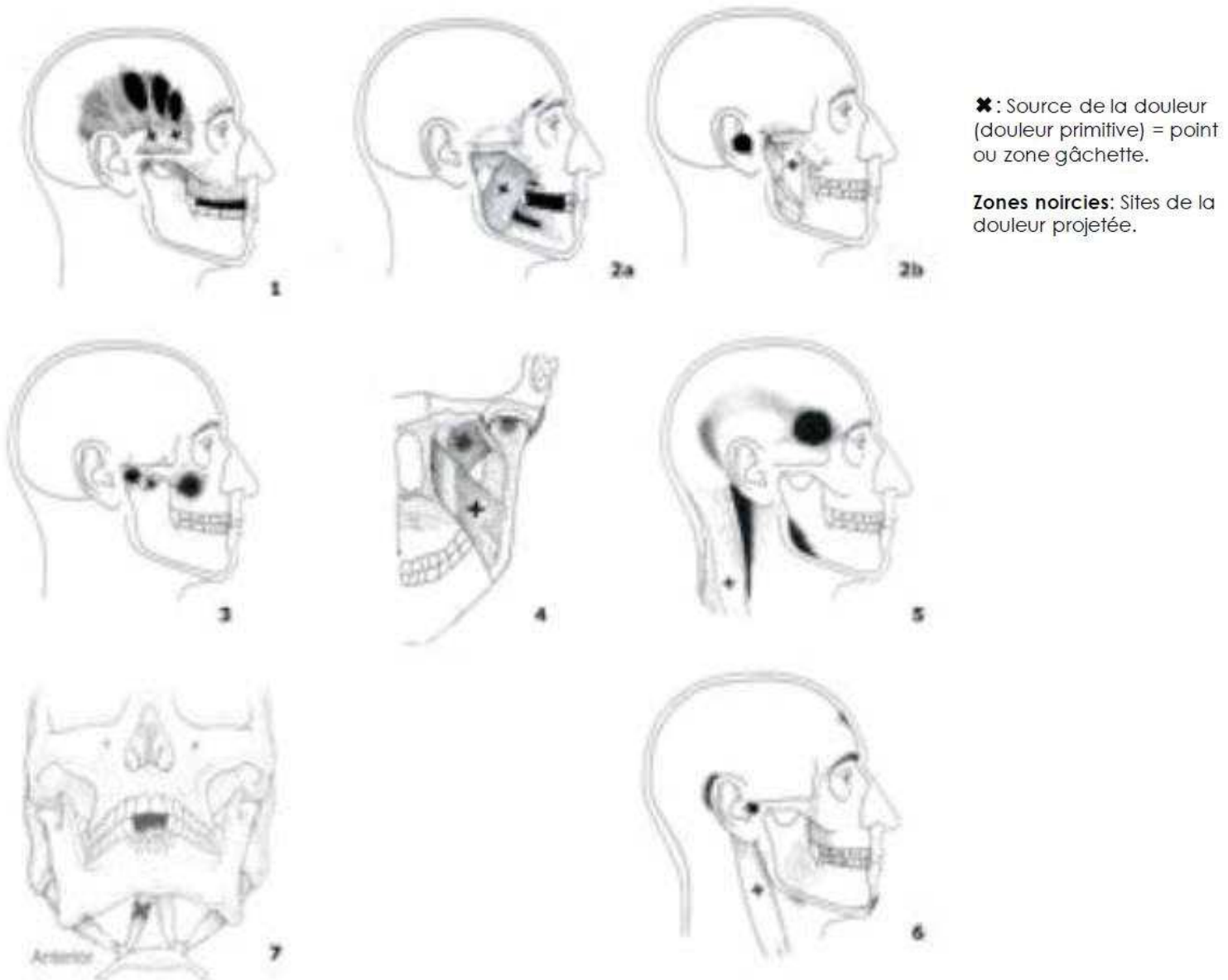
Sur le plan musculaire, les DAM peuvent se manifester sous la forme aiguë par :

- **Un réflexe d'éclissage** : Réponse musculaire réflexe de contraction induite par le SNC dans le but de protéger une région traumatisée. Cette réponse entraîne une limitation de la cinétique mandibulaire avec des douleurs sévères à la mobilisation mais nulles au repos.
- **Une courbature** : Contraction musculaire prolongée faisant souvent suite à un réflexe d'éclissage ne cédant pas, à un traumatisme important (utilisation abusive d'un groupe musculaire) ou encore au stress. La limitation des mouvements mandibulaires est moins importante mais une douleur légère survient même au repos.
- **Un spasme** : Violente contraction musculaire (crampe ou crispation) induite par le SNC. Plus rare au niveau de la sphère oro faciale elle se distingue par une douleur importante au repos ainsi qu'une palpation extrêmement douloureuse du muscle qui est dur et très ferme.

A la forme chronique les DAM d'origine musculaire se présenteront sous 3 formes principales :

- **La douleur myofasciale** : Douleur musculaire régionale latente avec la présence de trigger points au sein des muscles. A la palpation ces zones déclenchent des douleurs référées dans des zones caractéristiques (schéma de Travell et Simons). Leur étiologie est diverse notamment le stress, les troubles du sommeil, les parafunctions (bruxisme, mauvaise posture...) Ce trouble est la cause la plus fréquente de douleur musculaire de la sphère oro-faciale.
- **Myosite** : Inflammation interne du muscle répondant au traitement anti-inflammatoire. Elle est causée par une courbature prolongée, une douleur myofasciale non traitée ou une infection virale ou bactérienne (plus rare). Les douleurs sont présentes au repos et accentuées à la mobilisation.

- **Contracture** : Raccourcissement réversible ou non des fibres musculaires, faisant suite à un trouble musculaire prolongé dans le but de diminuer l'amplitude de la cinétique et de ne pas déclencher la douleur. D'origine myotatique l'atteinte sera réversible, en revanche d'origine fibreuse la contracture sera permanente. [12,14]



Topographie des douleurs référées, en fonction de la localisation musculaire des points gâchettes (Travell et Simons)

Les DAM peuvent également avoir pour étiologie des dysfonctionnements articulaires. On retrouve alors 4 atteintes principales :

- Désunion Condyllo-Discale de grade I : Désunion partielle du disque articulaire et de la surface condylienne au repos avec réunion lors de l'ouverture buccale. On parle ainsi de luxation discale partielle réductible. Cliniquement on observe un claquement unique possiblement douloureux lors de l'ouverture de la mandibule.
- Désunion Condyllo-Discale de grade II : Désunion totale cette fois, du disque et de la tête condylienne au repos avec réunion lors de l'ouverture buccale. La luxation est ici totale et réductible. L'examen clinique révèle une ouverture de la mandibule « en baïonnette » avec une déviation du côté luxé avant recentrage. On observe toujours un claquement possiblement douloureux.
- Désunion Condyllo-Discale de grade III : Désunion totale sans réassociation disco condylienne. Apparaissant toujours sous la forme aiguë par un blocage bouche fermée, elle dure moins de quelques jours et apparaît brutalement suite à une ouverture forcée (extraction des DDS, intubation, trauma...). Une douleur moyenne à forte apparaît soudainement au niveau de l'ATM puis irradie sur la sphère temporo-mandibulaire. L'ouverture buccale est alors limitée à 15~20mm au lieu de 35~40mm. Cette désunion totale peut, si elle n'est pas traitée, passer à la chronicité et induire des remaniements osseux et fibreux difficilement réversibles par adaptation. La symptomatologie aiguë se réduit fortement même en l'absence de traitement.
- Arthrose ou désunion Condyllo-Discale de grade IV : Lyse des surfaces articulaires condyllo-disco-temporales et ankylose. Elle peut survenir dans le cas de polyarthrites rhumatoïdes, de désunion de grade III chronique non traitée ou encore d'accident infectieux (arthrite septique). La cinétique mandibulaire est alors partiellement limitée, les douleurs inexistantes sauf en phase inflammatoire et un dérouillage matinal apparaissent. Le patient doit ainsi débloquer sa mandibule en se réveillant pour gagner en amplitude d'ouverture. Des crépitements nets peuvent être observés à l'examen clinique. L'image radiologique pathognomonique est un condyle « en bec de perroquet » (ostéophyte) [16,17]

En ce qui concerne le traitement de ces pathologies aucun n'est encore validé par « l'Evidence Based Medecine », et de fait on ne peut parler que de prise en charge et non pas de traitement. Cette prise en charge repose sur 2 axes majeurs : La favorisation d'une adaptation fonctionnelle comme le fait naturellement l'organisme, et la mise en place de soins le moins invasifs et le plus réversible possible. [18]

Comme mentionné un peu plus haut, les différents troubles à l'origine de DAM présentent une étiologie fréquemment retrouvée, à savoir le stress et l'anxiété. Ainsi, une prise en charge psychologique basée sur des techniques de relaxation comme la relaxation de Schultze ou des thérapies complémentaires (ostéopathie, acupuncture) apporte des clés importantes au patient dans sa gestion émotionnelle [19,20]. Couplé à cet axe psychologique peuvent être associés des thérapeutiques étiologiques reposant sur la mise en place d'orthèses occlusales en cas de troubles de l'articulé, communément appelées gouttières [21]. Enfin en cas de DAM sévères, des interventions chirurgicales peuvent être proposées mais celles-ci concernent très peu de patients car l'objectif est de recourir le moins possible à ces interventions car les taux de récurrence sont très fréquents et l'ATM est une région qui supporte mal le délabrement induit par les chirurgies.

Le consensus autour de la prise en charge dégage donc 3 thérapeutiques classées de A à C par ordre croissant de la moins invasive à la plus invasive.

Ainsi la thérapeutique de classe A repose sur une prise en charge psychologique (dialogue, rééducation comportementale) pharmacologique et physique. La classe B ajoute l'intervention de dispositifs interocclusaux (gouttières occlusales) et enfin la classe C recourt aux prothèses plus complexes et/ou à la chirurgie. Chaque patient devra bénéficier de la thérapeutique de classe A et/ou B avant d'évoquer la classe C.

6) Présentation de cas cliniques

Après ces rappels théoriques je vais vous présenter quelques-uns des patients que j'ai eu l'occasion de suivre durant ces 6 mois de consultations. L'ordre de présentation des cas suivra le plan précédent par soucis de cohérence et pour permettre un report plus simple aux notions théoriques.

Patient 1 : Monsieur D 34 ans

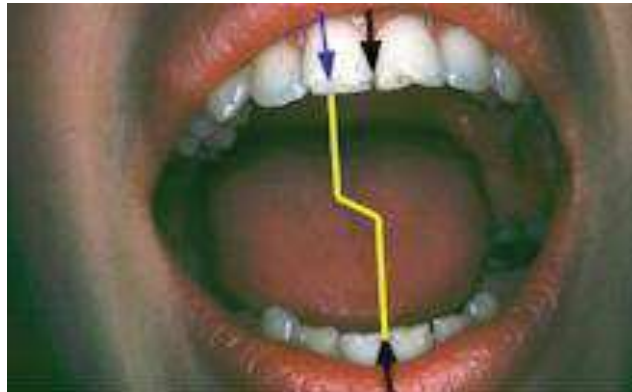
Docker à Saint Nazaire (horaires en 3/8 avec emploi du temps extrêmement modulable) monsieur D âgé de 34 ans qui ne présente pas d'antécédents médico-chirurgicaux particuliers ni d'addictions (alcool, tabac). Le patient décrit des douleurs musculaires mandibulaires avec une limitation d'ouverture buccale qui se manifeste tous les matins et ce depuis 2 ans pour laquelle il réalise des exercices d'étirement et de massages masséterins et temporaux tous les matins pour pouvoir réouvrir normalement et éliminer les sensations d'engourdissement. Il a consulté son chirurgien-dentiste, son médecin généraliste puis un kinésithérapeute et un ostéopathe qui, ces deux derniers, ont permis de soulager ses douleurs de manière temporaire grâce à des exercices d'étirement. Sont aussi rapportés des claquements dans la journée, des céphalées fréquentes à la base de l'occipital et qui irradient par l'arrière sur le côté droit au niveau du temporal et de l'œil.

De plus, le patient relate ne plus pratiquer d'activités sportives depuis 8 mois suite à un accident en « quad ». Il rapporte aussi qu'il gère bien le stress lié à sa vie professionnelle et qu'il ne souffre pas de troubles du sommeil en lien avec les douleurs qu'il nous décrit.

Enfin, à travers les différents échanges avec Monsieur D, ce dernier reconnaît effectuer des mouvements dysfonctionnels d'ouverture buccale pour vérifier la présence du ressaut articulaire. Ces mouvements présumés parafunctionnels sont un facteur supplémentaire de pérennisation du trouble ostéo-articulaire dont souffre le patient et nous lui conseillons de les réduire au maximum.

L'examen clinique révèle une déviation du chemin d'ouverture par un trajet en baïonnette accompagnée à la palpation des masséters des bandes tendues du côté droit (Désunion Condylodiscale de

grade II). L'examen occlusal montre une fonction groupe à droite et à gauche (guidages dento-dentaires répartis des molaires à la canine) une diduction droite limitée (mouvement latéral de la mandibule sur l'avant et la droite) et un test de morsure qui permet de faire le diagnostic différentiel entre un DAM musculaire et articulaire s'est révélé négatif (morsure sur un coin de bois au niveau des molaires postérieures).



Ouverture buccale en baïonnette

Les hypothèses diagnostiques retenues tendraient, au vue de la symptomatologie des douleurs au départ de la base de l'os occipital et irradiant vers le haut du crâne, vers une suspicion d'une névralgie d'Arnold et au vue de la symptomatologie ostéo-musculo-articulaire vers une désunion condylo-discale de grade II associée à un serrement nocturne des dents.

Dans un premier temps, nous avons procédé à la réalisation d'une gouttière de désocclusion et à un organigramme de réévaluation :

1. Si amélioration des symptômes, le diagnostic de désunion condylo-discale sera posé et pour ce qui est de la symptomatologie irradiante de la nuque vers le sommet du crâne et la région temporale homolatérale, elle pourrait être attribuée à une douleur rapportée ou projetée.
2. Si pas d'amélioration, le patient devra être orienté vers une consultation en neurologie pour infirmer ou affirmer une potentielle névralgie d'Arnold.

Commentaire :

Actuellement, cette planification de réévaluation est en cours.

Le patient a présenté, dans ce cas, des manifestations cliniques et symptomatiques de troubles ostéo-articulaires (douleurs, bruit articulaire, parafunctions, déviation de l'ouverture buccale le matin...). Par ailleurs le patient semble présenter une composante psycho-affective, très peu marquée voire absente, en lien avec ses douleurs chroniques. Par conséquent, dans ce cas précis, une gestion par gouttière de désocclusion est le moyen le plus adapté dans un premier temps, suivi très régulièrement de réévaluations afin d'ajuster cette thérapeutique par orthèses et si nécessaire de réaliser des investigations complémentaires notamment pour exclure définitivement une éventuelle névralgie d'Arnold.

Ce patient fut parmi les premiers que j'eus l'occasion de rencontrer lors des consultations spécifiques des douleurs orofaciales chroniques. Il me permit d'approcher la structure et le déroulement d'une consultation dans cette vacation.

Patient 2 : Madame E 35 ans

Madame E est une jeune femme de 35 ans, dynamique, qui travaille dans l'évènementiel sportif et qui est mariée à un directeur sportif d'une équipe professionnelle de cyclisme. Elle a également à sa charge 2 enfants âgés de 2 et 5 ans.

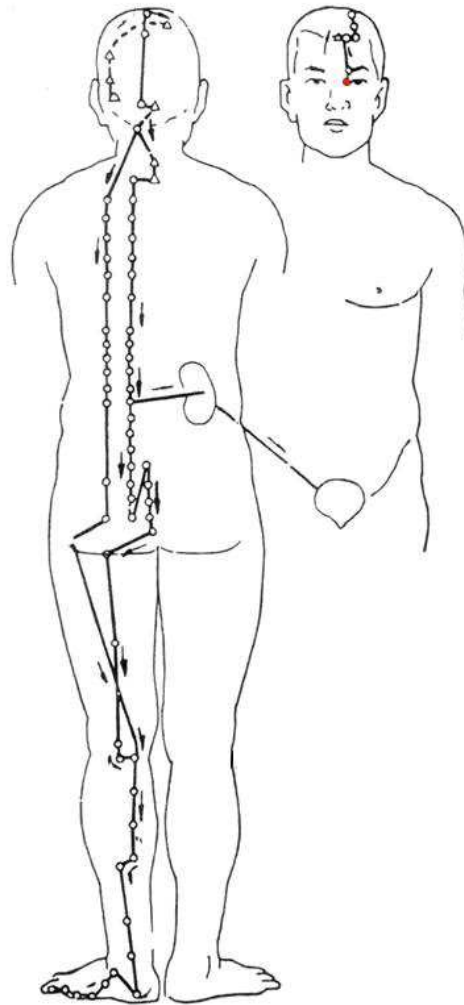
La patiente consulte pour des douleurs chroniques depuis 2 ans, au niveau du côté mandibulaire gauche ne perturbant pas son sommeil et se réveille plutôt de bonne humeur malgré des douleurs cervicales plus ou moins latentes. Sans antécédents médico-chirurgicaux notables, elle a consulté quatre ostéopathes, un podologue et une kinésithérapeute. Les séances effectuées par cette dernière lui ont apporté un soulagement partiel se manifestant par une diminution de l'intensité de ses douleurs mandibulaires durant quelques semaines.

Au fil de la consultation elle nous rapporte une diminution par 4 de la fréquence de son activité sportive et par 3 de ses performances athlétiques ; elle nous révèle être stressée et plus irritable qu'auparavant (elle s'emporte assez facilement face à des contrariétés). Elle avoue consacrer beaucoup plus de temps à son travail au détriment de sa vie personnelle.

Ces douleurs chroniques qui provoquent des tensions musculaires se décrivent plus précisément (montrées du doigt par la patiente) selon un trajet à point de départ du fascia interne du fessier moyen droit, suivant une voie ascendante d'une part, par le dos puis l'épaule et enfin vers la mâchoire et d'autre part, par une voie descendante via l'ischiojambier en direction de l'espace poplité droit pour se terminer dans la cheville droite.

L'examen clinique ne met en évidence aucune atteinte dentaire ou parodontale mais plutôt une tension musculaire au sein des muscles manducateurs (masséter, digastrique et temporal).

Au vue de la discrimination symptomatique globale de cette douleur et des trajets décrit par la patiente, l'hypothèse diagnostique prise en référence selon le concept de la médecine traditionnelle chinoise supposait une manifestation sur le trajet du méridien de la vessie (zu tai yang).



Trajet du zu tai yang

Dans un premier temps nous avons proposé à la patiente une prise en charge par un médecin acupuncteur. Cette stratégie n'exclue pas qu'elle puisse être revue et suivie en complément de cette prise en charge pour ce qui est des douleurs oro-faciales si elles persistaient.

Commentaire :

Cette ouverture d'orientation diagnostique qui m'a été initiée auprès du Dr Kimakhe me permet d'élargir mes connaissances vers une posture de prise en charge des patients dans leur globalité. Aussi, c'est l'un des premiers cas qui m'a permis de comprendre comment orienter l'anamnèse pour découvrir certaines clés, détenues par les consultants, qui nous permettraient d'améliorer la pertinence du diagnostic proposé.

Patiente 3 : Monsieur G 47 ans

Monsieur G est un homme de 47 ans breton, marié et enseignant depuis 22 ans en tant que professeur des écoles. Depuis de nombreux mois il souffre d'acouphènes associés à un claquement précoce (intervenant dans les premiers mm d'ouverture buccale) au niveau de l'articulation temporo-mandibulaire droite.

Il ne présente pas d'antécédents médico-chirurgicaux particuliers, et a consulté un médecin ORL et un chirurgien-dentiste qui n'ont pu mettre en évidence de lésion somatique en lien avec la gêne décrite. Afin de diminuer celle-ci, le patient a une mastication unilatérale préférentiellement à droite.

Au cours de l'anamnèse il décrit ses acouphènes comme un sifflement aigu, continu, en coups de sonnette qui l'empêche de dormir et qui s'aggrave dans un environnement calme et silencieux.

L'examen clinique permet d'écarter une participation musculaire car les palpations des muscles masséters et temporaux ne sont pas douloureuses. La manipulation en RC (mise en position postérieure non forcée de la mandibule) met en lumière une prématurité importante à gauche sur la cuspide MP de la 25. L'analyse occlusale met en lumière quant à elle, un contact trop important sur la cuspide P de la 15, sur le pont d'émail et la cuspide P de la CC sur la dent 16. Aussi, une malposition de deux DDS est notable : la 18 étant égressée et la 48 vestibulée.

Tout d'abord, le traitement initial consiste à corriger les déséquilibres de l'occlusion par des retouches mineures des tissus dentaires afin d'évaluer le ressenti du patient. Il est donc réalisé un meulage sélectif à l'aide d'une turbine et d'une fraise à polir en site de (cf photos ci-dessous) :

- Cuspide MP 16 (versant palatin)
- Cuspides MV et DV 17 (recul du pont d'émail et diminution de hauteur)
- Cuspide P de 18 (élimination d'une éventuelle prématurité)
- Cuspide MP 25 (prématurité en RC)
- Sillon 37 (surocclusion avec l'amalgame antagoniste)
- Cuspide P de la 26 (au niveau de l'amalgame)



Le résultat ainsi obtenu témoigne d'une occlusion ressentie mieux équilibrée apportant au patient un confort en OIM et des contacts également répartis en RC.

Concernant la suite du traitement, il se base sur trois axes :

1. Elimination des facteurs déstabilisant l'occlusion.
2. Diminution par thérapie comportementale des forces musculaires développées par le patient sur l'appareil manducateur.

3. Mise en place d'une orthèse occlusale nocturne de déprogrammation neuro-musculaire. Elle permet aussi au patient la protection des arcades dentaires contre le bruxisme

Ainsi, il est proposé au patient d'extraire les deux dents de sagesse (18 et 48) en malposition et ne présentant aucun intérêt fonctionnel et esthétique, de mettre en place une gouttière de désocclusion et enfin de consulter un kinésithérapeute ou un ostéopathe pour réaliser des exercices d'étirement et de souplesse et ainsi détendre la musculature.

En revanche en ce qui concerne les acouphènes, leur traitement reste très difficile et incertain le patient est ainsi prévenu.

Commentaire :

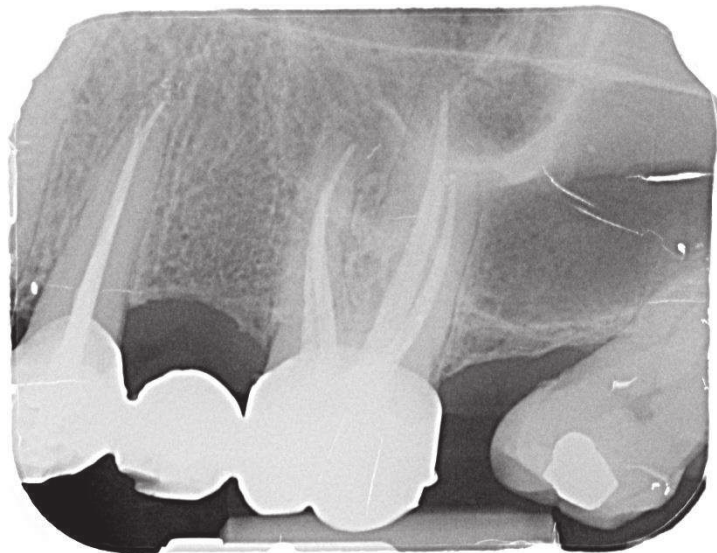
Après les premiers meulages et polissages, le patient décrivait d'ores et déjà un mieux dans son calage en occlusion et semblait retrouver une position de convenance inter maxillaire satisfaisante et confortable. Sa plus grande inquiétude concerne les acouphènes car ce sont ces derniers qui altèrent le plus sa qualité de vie. Ces acouphènes lors d'une consultation ORL, une origine pathologique de l'oreille interne a été écartée. Nous avons donc mis en place un suivi avec le chirurgien-dentiste traitant pour une réévaluation de l'état de la gouttière et de l'évolution des symptômes.

Patient 4 : Monsieur C 62 ans

Monsieur C présente des douleurs depuis 2 mois, irradiantes et paralysantes au niveau de l'hémiface gauche en partant du maxillaire, passant par la région sous orbitaire, la tempe gauche et jusqu'au front.

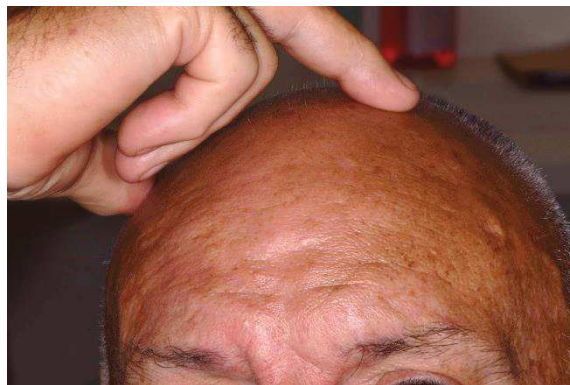
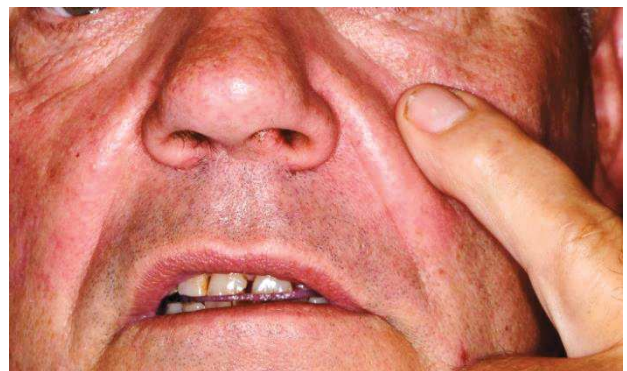
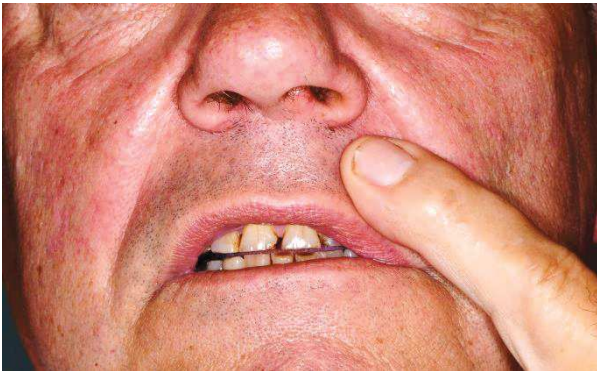
Le patient présente un diabète de type 2 équilibré avec une médication à base de Sitagliptine (contrôle de la glycémie), de Repaglinide (traitement du diabète t2) et de Metformine (antidiabétique). Une intervention concernant son ménisque du genou gauche a été réalisée récemment en avril 2017.

Monsieur C se présente ainsi en consultation après avoir vu son dentiste qui a procédé à la réfection du bridge secteur 2 il y a 1 an (qui avait provoqué des douleurs) et à la reprise des traitements endodontiques sur 24 et 26 avec chirurgie endodontique sur racine MV de 26.



Cliché rétro-alvéolaire centré sur 26

A l'interrogatoire, le patient décrit une douleur fulgurante d'EN 6/10 qui l'immobilise lorsqu'il stimule des zones précises au niveau de la face avec une période réfractaire.



L'examen clinique ne révèle aucune anomalie dentaire ou parodontale, aucun problème musculaire. Toutefois, il met en évidence des zones gâchettes (cf photos ci-dessus).

Son médecin généraliste lui a délivré une prescription de Carbamazépine (Tégrétol 200mg en 2 prises par jour) qui soulage très nettement les douleurs décrites précédemment.

L'hypothèse diagnostique ainsi privilégiée au regard de la sémiologie décrite et de la réponse au traitement médicamenteux est une névralgie essentielle du trijumeau.

Dans le cadre d'une suspicion de névralgie essentielle du trijumeau, la thérapeutique à adopter est toujours médicamenteuse dans un premier temps. Elle repose sur la prescription de Carbamazépine à la posologie de 200mg minimum par jour. Dans ce cas précis, le patient bénéficiait déjà de cette médication et nous pouvions ainsi évaluer son efficacité. Néanmoins, nous savons que 80% de ces névralgies du trijumeau ont pour origine un conflit vasculo-nerveux ponto-cérébelleux (très souvent entre l'artère cérébelleuse supérieure et l'émergence cérébral du tronc nerveux du trijumeau). Malgré l'efficacité du traitement médicamenteux (comme pour Monsieur C) il est possible que le conflit ponto-cérébelleux puisse être d'origine tumorale par le développement d'une tumeur gliale par exemple. Ainsi, une IRM et une consultation avec un neurochirurgien sont prescrites au patient, pour objectiver l'origine de cette névralgie du trijumeau, concomitamment à la poursuite du traitement médicamenteux.

Commentaire :

Dans ce cas précis, le patient répondait de façon très efficace au traitement médicamenteux. Ainsi, nous avons prolongé sa prescription tout en informant le patient qu'une tolérance pouvait éventuellement se manifester à moyen voir long terme et qu'une modification de la posologie serait envisageable le cas échéant.

Ce cas de névralgie du trijumeau est un cas absolument typique de ceux qui nous sont décrits dans les cours magistraux, il m'a ainsi permis de mettre en pratique les connaissances que j'avais pu acquérir et de pouvoir reconnaître plus facilement cette pathologie.

Patient 5 : Monsieur B 67 ans

Monsieur B est sujet à des douleurs d'EN 2 voire 3 au niveau du secteur 4 molaire avec des picotements de la lèvre inférieure gauche et du menton.

Le patient présente une hypercholestérolémie et une insuffisance coronarienne traitées, ainsi qu'un tabagisme actif. Il est sous médication Crestor et Kardegic.

La première consultation de Monsieur B au centre de soins dentaires débute le 24 novembre 2015 pour l'extraction des dents 47 et 48 suite à des échecs de traitements endodontiques. Un mois plus tard, fin décembre 2015, le patient se présente à nouveau en consultation pour des douleurs continues d'EN 5/10 jusqu'à 9/10 en crise, au niveau du site extractionnel secteur 4. La prise de paracétamol semble le soulager de façon partielle mais estimée significative. Une révision chirurgicale du site opératoire est menée le jour même.

Cinq semaines plus tard, le 10 février 2016, le patient consulte de nouveau en rapportant un fond douloureux persistant (EN 6/10) et non soulagé malgré la révision du site opératoire. Il décrit également de nouveaux symptômes à savoir : un picotement au niveau de la lèvre inférieure droite et du menton (1).

La palpation exo-buccale montre une adénopathie submandibulaire droite et une palpation endobuccale vestibulaire douloureuse en regard du site 4. Une prescription d'amoxicilline et de prednisolone est délivrée au patient.

Une semaine plus tard lors d'un rendez-vous de contrôle le patient décrit toujours une hypoesthésie labiale inférieure droite et des douleurs à la mastication malgré une résolution de l'adénopathie submandibulaire. La décision de réaliser un Cone-Beam (CBCT) (2). L'analyse de cet examen met en évidence la présence d'une anomalie anatomique : dédoublement du trajet du nerf alvéolaire inférieur au niveau du site extractionnel.

Suite à cette découverte de cette particularité anatomique une ostéoplastie alvéolaire linguale est réalisée sur le site de 48 en vue de l'ablation d'une esquille osseuse traumatisante et une médication à base de Prégabaline (Lyrica à 150mg/j) est alors prescrite à Monsieur B pour une période de 15 jours ré-évaluables. Une semaine plus tard, le patient nous rapporte un retour progressif à la normal de la sensibilité de la lèvre inférieure droite et une très nette amélioration de ses douleurs (EN 0).

Le Lyrica est donc arrêté au bout de 4 semaines et un suivi a été programmé à un an.

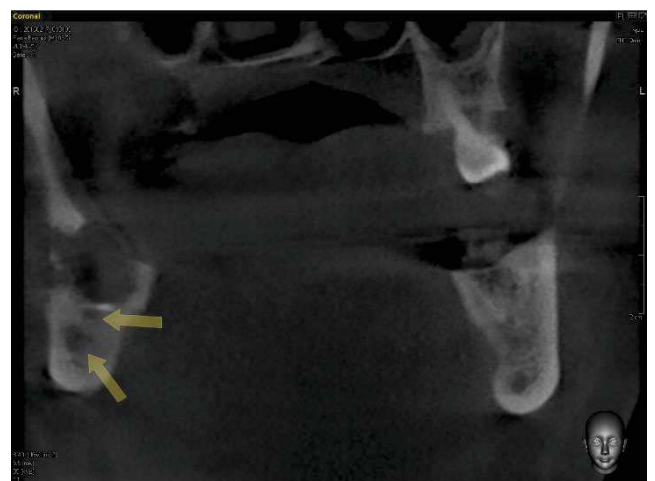
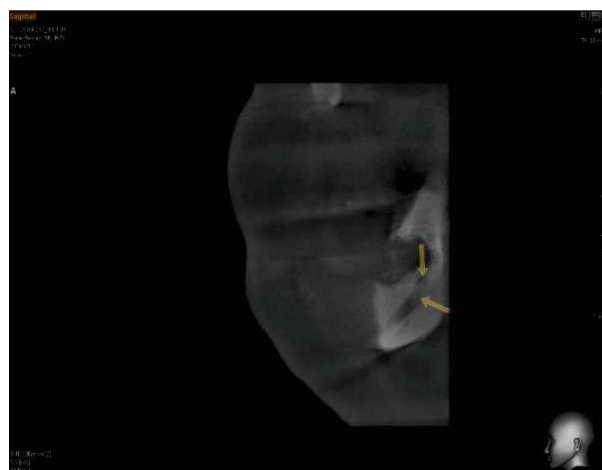
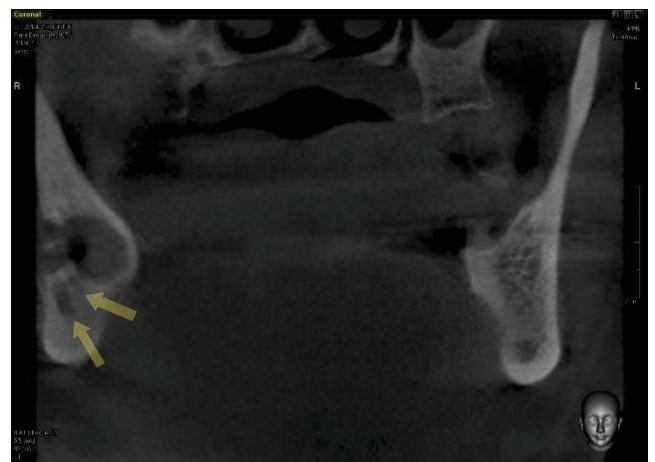
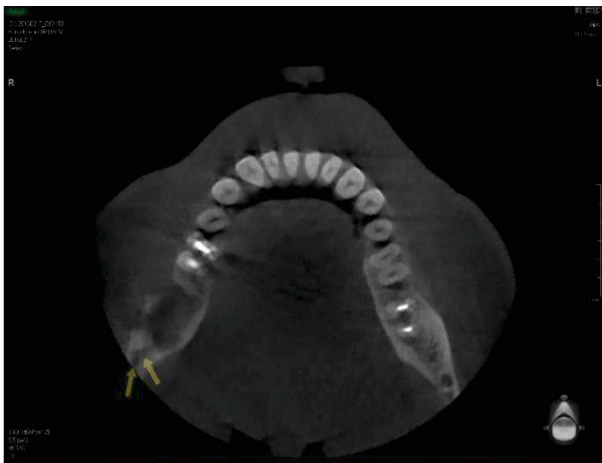
Lors de cette dernière consultation en février 2017, un CBCT est de nouveau réalisé pour évaluer la cicatrisation osseuse.

Monsieur B ne décrit aucune douleur et une grande satisfaction devant la sédation des symptômes qu'il présentait un an plus tôt.

(1)



(2)



Commentaire :

Ce cas de douleur post opératoire illustre extrêmement bien l'importance d'une prise en charge précoce des douleurs post-opératoires car avec un traitement à la Prégabaline sur une période courte de 1 à 4 semaines on constate un amendement total et prolongé des douleurs dans le temps.

Patient 6 : Madame B 35 ans

Madame B est mariée à un étiopathe la soignant pour des douleurs articulaires depuis 15 ans, elle n'a pas d'activité professionnelle mais a la charge de la gestion de la construction d'une nouvelle maison familiale et de ses 5 enfants dont un de 8 ans, sujet à des TED.

Depuis 8 ans, elle est sujette à une gêne entre les dents 45 et 46, gêne qui intervient avec une cyclicité mensuelle. Adressée par sa parodontiste, elle ne présente pas d'antécédents médico-chirurgicaux particuliers et sa dentiste ne retrouve pas de pathologies pouvant expliquer sa symptomatologie.

La patiente rapporte un rythme de vie effréné dédié à sa famille où elle a du mal à prendre du temps pour elle.

Elle nous décrit une douleur qui ne perturbe pas le sommeil, et qui n'impacte pas sa qualité de vie. Ni la prise d'effergan®, ni d'aspirine ne soulage sa douleur. Le brossage est plutôt sensible au niveau gingival mais la mastication n'accentue pas la symptomatologie.

L'examen clinique met en évidence une béance antérieure, le port de gouttières nocturnes, un antécédent de traumatisme sur la 11 (extraite il y a 2 ans) et une classe II-1 d'Angle (proalvéolie des incisives maxillaires supérieures). A l'inspection, le point de Valex supérieur D (émergence du nerf infra-orbitaire) est douloureux, la gencive saine, la palpation non douloureuse. En revanche la percussion axiale et le test de morsure sont douloureux sur la 46.

Les examens complémentaires effectués grâce au test DN4 et QDSA rapportent respectivement des scores de 2/10 et de 33 avec une composante essentiellement somatique.

Au vue des symptômes décrits par la patiente, de l'histoire médicale de la dent 46 notamment (dent ayant subi plusieurs interventions rapportées comme douloureuses) l'hypothèse diagnostique envisagée s'oriente vers souffrance incriminant les multiples soins passés.

Aucun traitement étiologique ne peut être mis en place. Compte tenu de l'expression peu marquée de la douleur, de son faible retentissement sur la qualité de vie de la patiente. Une approche psycho-comportementale est privilégiée et la patiente, plutôt réceptive à cette approche, est sensibilisée aux techniques de relaxation et de diminution du stress.

Commentaire :

Ce cas est intéressant dans la mesure où il met en lumière l'importance de la relation soignant soigné. La consultation a duré une bonne heure et a permis au décours de questions sur l'environnement psycho-social de la patiente de l'amener à évoquer des sujets qu'elle n'imaginait pas comme pouvant influencer sa perception douloureuse. Ainsi, elle a pu comprendre l'hypothèse étiologique que nous lui avons soumise mais surtout la manière dont sa façon de vivre, en consacrant peu de temps à elle, beaucoup aux autres et notamment à son fils de 8 ans, pouvait diminuer sa résilience à la douleur. Très curieuse elle a d'elle-même été demandeuse de procédés pour diminuer son stress et se détendre tout en prenant quelques moments pour elle.

Devant l'absence objective de signes organiques pouvant expliquer les douleurs manifestée par la patiente, l'hypothèse diagnostic évoquée pourrait être en lien avec une possible modification des systèmes de neurones convergents provoquant une expression de la douleur dans un territoire cliniquement sain (mémorisation de la douleur et projection ultérieure).

Patient 7 : Madame L 69 ans

Madame L présente des douleurs très fortes à l'alimentation avec une hypoesthésie de l'hémiface droite. Elle a déjà consulté son médecin traitant qui lui a prescrit une forte dose de corticoïdes (50mg par jour pendant 8j), aux dires de la patiente, du fait d'antécédents familiaux d'une maladie de Horton. Suite à cette médication, aucun changement n'était notable et l'hypothèse diagnostique d'une artérite fut ainsi écartée par son médecin.

La patiente décrit des douleurs à 10/10 non soulagées par le paracétamol, l'aspirine ou la codéine lors de ses crises.

Un scanner encéphalique est donc réalisé au centre René Gauducheau à la demande de son médecin. Cet examen révèle un rétrécissement du canal osseux au niveau occipital à l'émergence anatomique du nerf d'Arnold.

En consultation la patiente nous décrit des douleurs insupportables déclenchées par la première prise alimentaire et par la parole. Ces douleurs s'estompent en quelques minutes et permettent une fonction normale par la suite. Ce tableau s'accompagne de signes vaso-moteurs unilatéraux droits (rhinorrhée et larmolement).

Le diagnostic s'oriente vers une névralgie réfractaire du glossopharyngien et une possible interférence avec le trijumeau qui expliquerait les douleurs neuropathiques de l'hémiface droite.

Un traitement basé sur une prescription concertée avec le médecin traitant pour la mise en place d'une médication Carbamazépine (Tégréto 200mg/jour) pour conforter le diagnostic de névralgie est proposé à la patiente.

Un rendez-vous était prévu avec un neurologue fin avril mais aucun retour n'a pu nous être communiqué par son médecin traitant.

Commentaires :

Avec cette sémiologie typique d'une névralgie du glossopharyngien, la prise en charge de cette patiente s'intègre totalement dans le travail pluridisciplinaire, en particulier avec le médecin traitant, pilier central de cette prise en charge. Le rôle de la consultation aura été un rôle de conseil et d'affinement au diagnostic qui sera complété par le neurologue.

Patient 8 : Monsieur R 65 ans

Monsieur R, enseignant à la retraite qui apporte son soutien tous les matins à un parent atteint d'Alzheimer nous décrit ce jour une douleur lancinante au niveau maxillaire postérieur à gauche (EN 7/10) provoquée presque systématiquement par le chaud sinon spontanée, survenant de façon aléatoire mais très régulière sans toutefois être insomnante. La prise de paracétamol, d'aspirine ou d'opiacés faibles ne soulage nullement ses douleurs.

Le patient ne présente pas d'antécédents médico-chirurgicaux particuliers, toutefois il est sous médication Urbanyl (anxiolytique), Mysoline (antidépresseur) et Fluoxétine (antidépresseur).

Il a consulté un neurologue qui n'a pu mettre en évidence de pathologie neurologique en lien avec ces douleurs orofaciales.

Le tableau décrit par Monsieur R débute en Octobre 2013 de façon spontanée au niveau des dents 26 et 27 déjà dévitalisées et couronnées. Son dentiste procède ainsi aux retraitements endodontiques et à la réfection prothétique sans succès concernant la diminution des douleurs. Une chirurgie apicale est également réalisée pour éliminer un granulome péri-radulaire. La persistance des douleurs amène le praticien à extraire la 28 mais cela n'amende pas non plus les douleurs.

Le patient décrit plus précisément une douleur lancinante d'EN (6-7/10) provoquée presque systématiquement par le chaud et sinon spontanée de manière aléatoire et très régulière (pas insomnante). Aucune diminution de la douleur n'est rapportée après la prise de paracétamol, d'aspirine ou d'opiacés faibles. La qualité de vie du patient est altérée de façon significative sur un terrain propice à un épisode anxio-dépressif.

Suite à une première consultation, un essai avec une hypnothérapeute a été tenté pour prendre en charge la composante psycho-comportementale de cette douleur mais le patient n'a pas adhéré à cette solution.

L'examen clinique ne révèle aucune pathologie de l'ATM, aucune atteinte dentaire ou parodontale ni muqueuse au niveau du secteur 2. Le questionnaire DN4 rapporte un score de zéro.

Devant ce tableau atypique, un diagnostic par élimination semble être la meilleure solution pour trouver ce dont le patient souffre. La première hypothèse diagnostique privilégiée, dans ce cas, une douleur neuropathique naissante ou passée inaperçue malgré le DN4 à 0.

Un contact avec le médecin généraliste pour la mise en place d'une prescription Prégabaline (Lyrica) à la posologie de 150mg par jour en 2 prises est réalisée, suivie d'une évaluation de l'efficacité de la

prescription. Tout d'abord un contact téléphonique est pris 5j après le début de la prescription. Monsieur R décrit une amélioration nette de l'état de mal douloureux sans effets secondaires significatifs rapportés.

Quinze jours plus tard le patient est revu en consultation et confirme l'amélioration en 2 points. En premier lieu une diminution de la récurrence des douleurs passant de quasi quotidienne à seulement 2 occurrences sur les deux dernières semaines. Dans un second temps c'est la diminution de la durée des crises douloureuses qui soulage le patient. Cette dernière passe d'une journée complète à une plage de seulement 2h. Devant l'efficacité du traitement la poursuite de la médication est confirmée en accord avec le patient. Un contrôle sera effectué en Octobre 2017.

Patient 9 : Madame B 69 ans

Madame B âgée de 69 ans nous est adressée par le Dr Kuhn pour faire le point sur des douleurs oro-faciales. La patiente ne présente aucun antécédent médico-chirurgical notable mais bénéficie d'une médication à base de Cymbalta (antidépresseur tricyclique) et de Zyprexa (antipsychotique).

Elle nous décrit une douleur localisée au niveau du bord de la langue gauche en rapport avec un implant posé en site de 36 ainsi que des difficultés à la déglutition et une xérostomie importante. L'alimentation épicée aggrave la sensation de brûlure sur le côté gauche de la langue et la patiente nous indique vouloir extraire l'implant en site de 36, responsable à ses yeux, de tous ses maux.

L'examen clinique révèle des percussions non douloureuses sur les implants en site de 35,36 et 37 , une palpation linguale bilatérale des bords de langue et mobilisation droite et gauche non douloureuses, enfin, pas d'inflammation péri implantaire ni de problèmes parodontaux.



Compte-tenu de la symptomatologie présentée par la patiente, l'hypothèse diagnostic de Stomatoglossodynie est retenue.

Au vue du contexte psychologique et de la focalisation ainsi que l'ancrage psychologique sur le dit implant 36, nous pensons qu'en accord avec la patiente et en présence de son mari, la résolution de cette problématique de douleurs orofaciales n'est pas en lien avec une quelconque pathologie liée à cet implant. Par ailleurs, cet ancrage semble être strictement d'origine nocive, qui (recherche permanente par la langue de l'existence et l'implantation du dit implant), par des mouvements réitérés est à l'origine des douleurs submandibulaires.

En accord avec la patiente et en présence de son mari il semblerait, sans porter préjudice sur une éventuelle conception prothétique implanto-portée sous forme de bridge implant 35 à implant 37, que l'explantation de l'implant en site de 36, qui est légèrement lingualé, pourrait résoudre la problématique d'ancrage psychologique de la patiente. Toutefois, sans un effort de mise en place de stratégies de coping, l'explantation de cet implant en site de 36 ne pourrait à elle seule résoudre les douleurs chroniques présentées par la patiente.

Commentaire :

Lors de cette consultation, un travail très solide et précis de communication a dû être mené avec la patiente pour extraire du contexte psychologique difficile les notions importantes. Au vue de l'ancrage psychologique très fort sur l'implant et grâce à la présence d'un proche témoin (le mari) nous avons convenu d'un accord avec la patiente pour parvenir à une solution ménageant les bénéfices pour chacun. A savoir pour nous, ne pas menacer la conception prothétique sous-jacente à la pose des implants, et pour la patiente, parvenir à une situation tolérable d'un point de vue psychologique pour sa gestion des douleurs.

Ce cas a pu m'initier à la prise en charge d'une personne ne pouvant entrer dans un espace permettant le dialogue et me donner certaines clés pour amener progressivement le patient à résonner sur les mêmes notions que nous et instaurer un dialogue constructif.

7) Conclusion

Ce travail m'a ainsi permis de mieux discerner les deux grandes catégories de pathologies chroniques oro-faciales que sont les algies faciales neuropathiques et les douleurs oro-faciales idiopathiques persistantes.

La présentation de ces différents cas cliniques permet de saisir les différentes problématiques qui se présentent aux équipes de soins en charge de patients souffrant de ces douleurs chroniques oro-faciales et de comprendre l'organisation et l'articulation de la prise en charge entre ces différents acteurs.

Il est indéniable que la prise en charge comportementale de ce type de patients est parfois très complexe, néanmoins il est assurément indispensable de garder à l'esprit que l'écoute portée aux plaintes qui nous sont exprimées est la première et la plus importante pierre posée sur le chemin de nos patients en vue de leur amélioration.

A titre plus personnel, je suis extrêmement satisfait de ce diplôme inter-universitaire de Prise en Charge de la Douleur. Sur le plan professionnel, il m'a apporté plus que je ne pouvais l'imaginer. Je suis désormais beaucoup plus à l'aise dans l'abord des patients et le recueil de leur plainte, qu'elle soit aiguë ou chronique, en rapport avec la douleur ou non. J'ai encore beaucoup à apprendre de toute évidence, mais je me sens déjà mieux armé pour me confronter aux différentes situations qui se présenteront tôt ou tard à moi. Sur le plan personnel, ce travail de réflexion autour de la relation entre le soignant, le soigné et les proches m'a aussi amené à prendre du recul et à être plus attentif à la façon dont je communiquais avec les autres au sens plus large du terme.

TELLIER (Maxime). – Douleurs orofaciales : implication du centre de soins dentaires dans le réseau du centre d'évaluation et de traitement de la douleur. – 115 f. ; 1 ill ; 1 tabl. ; 3 graph. ; 31 ref. ; 30 cm (Thèse : Chir. Dent. ; Nantes ; 2019).

Résumé

Les douleurs chroniques orofaciales sont des pathologies complexes à prendre en charge. Cet ouvrage dresse un état des lieux de la consultation spécialisée douleurs orofaciales du CHU de Nantes. A l'aide de questionnaires et d'observations cliniques, après avoir mis en évidence les résultats obtenus par la consultation, des pistes d'amélioration seront proposées. Ainsi des axes de travail pourront être envisagés afin d'améliorer la prise en charge offerte aux patients souffrant de douleurs chroniques orofaciales consultant au CHU de Nantes.

Rubrique de classement : Pathologie buccale et péri buccale

Mots clés MeSH

Douleur chronique – Chronic pain
Centres antidouleur – Pain clinics
Enquêtes et questionnaires – Surveys and questionnaires
Satisfaction des patients – Patient satisfaction

Jury

Président : Professeur Lesclous P.
Assesseur : Docteur Enkel B.
Directeur : Docteur Kimakhe S.
Co-Directeur : Professeur Nizard J.

Adresse de l'auteur

33 route de Vannes – 44100 Nantes
mtellier1@live.fr