

Gestion de la douleur chez les athlètes de haut niveau : synthèse ReFORM de la position de consensus du CIO

Pain management in elite athletes: ReFORM synthesis of the IOC consensus statement

P.M. Tscholl^{a,b}
B. Forthomme^{a,c}
J. Cabri^{a,d}
S. Le Garrec^{a,e}
J.-F. Kaux^{a,c}
P. Edouard^{a,f,g}
A. Bourgeois^h
R. Seil^{a,d,i,j}
G. Martens^{a1}

^aReFORM IOC Research Centre for Prevention of Injury and Protection of Athlete Health, Belgium

^bDepartment of orthopaedic surgery and traumatology, Geneva university hospitals, Geneva, Switzerland

^cPhysical medicine and sport traumatology department, Sports, FIFA Medical Centre of Excellence, FIMS Collaborative Centre of Sports Medicine, University and University Hospital of Liege, Liege, Belgique

^dLuxembourg Institute of Research in Orthopedics, Sports Medicine and Science, Luxembourg

^eFrench National Institute of Sport (INSEP), Paris, France

^fDepartment of clinical and exercise physiology, sports medicine unit, university Hospital of Saint-Étienne, Saint-Étienne, France

^gInter-university laboratory of human movement science (LIBM EA 7424), university of Lyon, University Jean Monnet, 42023 Saint Étienne, France

^hInstitut National du Sport du Québec (INS), Montréal, QC, Canada

ⁱClinique du sport, Centre Hospitalier de Luxembourg, Luxembourg

^jService de chirurgie orthopédique, Centre Hospitalier de Luxembourg, Luxembourg

INTRODUCTION

La déclaration de consensus du CIO sur la gestion de la douleur chez les athlètes de haut niveau émet des recommandations visant à harmoniser les pratiques et à promouvoir une approche multimodale de cette problématique [1].

L'utilisation importante d'antalgiques et d'anti-inflammatoires lors de compétitions de haut niveau montre combien la douleur est un aspect important de la vie des sportifs. Plusieurs sondages auprès des médecins du sport en charge d'athlètes de haut niveau ont montré que ces médicaments ne sont pas

uniquement prescrits pour traiter la blessure et diminuer la douleur ressentie, mais également pour poursuivre la pratique sportive, voire même prévenir des douleurs qui pourraient survenir à l'effort.

La bonne gestion de la douleur chez l'athlète de haut niveau reste un champ hautement complexe, nécessitant des notions tant pharmacologiques que cliniques. Une approche multidisciplinaire somatique est nécessaire dans les douleurs chroniques, accompagnée d'une prise en charge biopsychosociale, tout en appliquant les conventions et les règles de bonnes pratiques et de lutte contre le dopage pour maintenir la santé physique et mentale de l'athlète.

¹Au nom de l'équipe ReForm.

Auteur correspondant.

G. Martens,

Service de Médecine Physique et Réadaptation, Centre Hospitalier Universitaire de Liège, 1, avenue de l'Hôpital, 4000 Liège, Belgique
Adresse e-mail :
geraldine.martens@chuliege.be

10.1016/j.jts.2022.03.002

doi:© 2022 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

FAIRE LE BON DIAGNOSTIC POUR CHOISIR LE BON TRAITEMENT

L'origine de la douleur, son historique, les facteurs impliqués, représentent la base pour la compréhension et le choix du traitement. Une douleur aiguë post-traumatique ne peut pas être comparée à une douleur chronique, ni à une douleur récurrente ou de type surcharge (*Tableau I*).

L'information douloureuse peut provenir des tissus endommagés ou d'une inflammation, souvent concomitante en post-traumatique (douleur nociceptive ou inflammatoire), du nerf lui-même (douleur neuropathique lors d'une lésion ou maladie des nerfs comme chez les athlètes paralympiques, par exemple) ou être l'expression d'une chronicisation du problème (nociplastique, algopathique, nocipathique).

Une blessure peut ne pas être algique ; a contrario, une douleur peut exister sans blessure. La prise en charge de la douleur ne se limite pas uniquement au diagnostic structurel, mais également à son origine. Son traitement ne s'avère donc pas forcément identique à celui de la blessure.

Les facteurs influençant la perception de la douleur de l'athlète sont multiples, comme le stress, les facteurs psychosociaux, la santé mentale. Une compréhension et une approche pluridisciplinaire sont par conséquent nécessaires.

STRATÉGIES DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Les options non-pharmacologiques ou non-médicamenteuses sont à envisager en première intention ; elles prennent

en compte les facteurs neurobiologiques, psychologiques et cognitifs, contextuels et environnementaux. L'éducation du patient joue un rôle primordial, non seulement pour la compréhension de l'origine multifactorielle de la douleur mais aussi pour optimiser la compliance au traitement. Les différentes modalités thérapeutiques, actives ou passives, s'envisagent de manière individuelle en fonction du bilan initial effectué par le kinésithérapeute analysant le déficit fonctionnel. Les techniques actives utilisées restent centrées principalement sur le mouvement et l'exercice, le renforcement musculaire selon les différentes filières énergétiques et la correction des facteurs biomécaniques contribuant à la douleur. Dans des situations de douleurs chroniques ou de rééducation de longue durée (après une chirurgie par exemple), les aspects psychosociaux et psychologiques doivent faire partie de l'analyse. La douleur chronique peut masquer une peur ou une anxiété généralisée qui devra être traitée par une prise en charge efficace. L'hygiène de vie et notamment le sommeil, le repos et l'alimentation en font partie, bien entendu.

Concernant l'approche médicamenteuse, la stratégie la plus courante dans un contexte aigu ou chronique est l'utilisation d'agents pharmacologiques variés. Le choix du traitement dépend de la situation (*Tableau I*). La prescription médicamenteuse doit être individualisée, ciblée et suivre plusieurs principes : un seul médicament à la fois si possible, donné avec le consentement éclairé de l'athlète, à la dose minimale effective tout en respectant les caractéristiques pharmacologiques et les règles de l'antidopage. Le traitement ne doit pas être prescrit dans le but de prévenir la douleur ou une blessure.

Tableau I. Stratégies médicamenteuses en fonction de la durée post-blessure.

I. Traitement médicamenteux immédiat d'une douleur aiguë (avec retour au sport)

Ne jamais mettre à risque la santé de l'athlète ni aggraver la blessure
Antalgie par paracétamol ou AINS (anti-inflammatoires non-stéroïdiens) oral ou local
Indication limitée à une injection d'AINS
Pas de rôle pour les opiacés ou dérivés dans ce contexte (effet défavorable pour la performance)
Infiltration d'articulations portantes à éviter
Pas d'utilité pour les infiltrations à la cortisone ou au PRP sur le terrain

II. Traitement médicamenteux d'une douleur aiguë au-delà du jour même de la blessure et inférieure à 6 semaines

Toujours en combinaison avec des mesures non-pharmacologiques dépendant du diagnostic et de l'origine de la douleur
Médication initiale ne dépassant pas 5 jours et réévaluation régulière
Type de médication^a en fonction du contexte de la blessure et de la phase d'inflammation nécessaire pour la guérison tissulaire

III. Traitement médicamenteux d'une douleur aiguë et sévère au-delà du jour même de la blessure et inférieure à 6 semaines

Antalgie immédiate et adéquate essentielle pour la rééducation précoce
Nécessité d'opioïdes pour certains athlètes, en tenant compte du contexte biopsychosocial, de la blessure et de l'individu
Pas de prescription d'opioïdes dépassant 5 jours sans réévaluation
Information aux athlètes des risques liés aux opioïdes

IV. Traitement médicamenteux d'une douleur subaiguë (> 6 semaines) et chronique (> 12 semaines)

Pas d'évidence pour l'utilisation de paracétamol ou d'AINS au-delà de 6 semaines
Remise en question régulière du diagnostic et du traitement
Objectif du traitement de la douleur évoluant avec l'amélioration de la fonction
Traitement multimodal, incluant les facteurs biopsychosociaux (appréhension de re-blessure, dépression, équipe sportive...)
Modulation de la douleur et de sa perception nécessitant dans certains cas particuliers l'utilisation d'anti-épileptiques, d'antidépresseurs, de patchs capsaïcine ou lidocaïne

^aparacétamol, AINS ou injections de cortisone.

MONITORER L'EFFICACITÉ DU TRAITEMENT CHOISI

L'objectif du traitement vise à ramener l'athlète à son meilleur niveau de performance, sans douleur et en évitant la récurrence. Le/la sportif.ve doit comprendre que l'efficacité thérapeutique n'est pas toujours corrélée avec la guérison tissulaire et ne dépend pas uniquement de l'entrée nociceptive. La communication des objectifs et des différentes étapes de la prise en charge ainsi que la responsabilisation de l'athlète dans ce processus restent essentielles pour maintenir sa confiance et sa motivation. En cas d'absence d'efficacité du traitement antalgique, le diagnostic initial et l'évolution de la blessure doivent être réévalués et les facteurs non-structuraux éventuels pouvant influencer ou maintenir la douleur doivent être identifiés.

SITUATION PARTICULIÈRE

Les parathlètes constituent un groupe particulier dans la prise en charge de la douleur. En effet, ils présentent régulièrement des douleurs fantômes ou localisées sur un moignon, parfois de la spasticité ou encore des douleurs en lien avec leur déficience spécifique. Une approche spécialisée s'avère essentielle pour traiter des douleurs chroniques et/ou neuropathiques dans ce contexte.

QUESTIONS ÉTHIQUES ET CULTURELLES

La perception de la douleur ainsi que sa verbalisation peuvent changer en fonction de l'origine de l'athlète, du type de sport pratiqué mais aussi du sexe. Le choix libre et volontaire du/de la sportif.ve de participer à une activité physique « malgré la douleur » ne semble pas toujours évident. Le corps médical se

doit d'appliquer le code médical du CIO, insistant sur le fait que « la santé et le bien-être des athlètes sont prioritaires et l'emportent sur les aspects compétitifs, économiques, juridiques ou politiques ».

La traduction francophone intégrale de la position de consensus originale est disponible en ligne (*Annexe 1*).

Cette publication fait partie du projet de traduction-synthèse des positions de consensus du CIO porté par le Réseau Francophone Olympique de la Recherche en Médecine du sport (ReFORM) et présenté dans un précédent éditorial [2].

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

SUPPLÉMENT EN LIGNE. MATÉRIEL COMPLÉMENTAIRE

Le matériel complémentaire (Annexe 1) accompagnant la version en ligne de cet article est disponible sur <http://www.sciencedirect.com> et <https://doi.org/10.1016/j.jts.2022.03.002>.

RÉFÉRENCES

- [1] Hainline B, Derman W, Vernec A, Budgett R, Deie M, Dvořák J, et al. International Olympic Committee consensus statement on pain management in elite athletes. *Br J Sport Med* 2017;51(17):1245–58. doi: [10.1136/BJSPORTS-2017-097884](https://doi.org/10.1136/BJSPORTS-2017-097884).
- [2] Martens G, Edouard P, Tscholl PM, Bieuzen F, Winkler L, Cabri J, et al. La traduction et la synthèse des positions de consensus du CIO : la première mission de ReFORM pour une meilleure diffusion des connaissances vers la francophonie. *J Traumatol Sport* 2021;38(3):127–8. doi: [10.1016/j.jts.2021.07.002](https://doi.org/10.1016/j.jts.2021.07.002).