

RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

**Douleur chronique :
reconnaître le syndrome douloureux chronique,
l'évaluer et orienter le patient**

Consensus formalisé

ARGUMENTAIRE

Décembre 2008

Les recommandations et la synthèse des recommandations issues de cette évaluation
sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé
Service communication
2 avenue du Stade de France - F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. :+33 (0)1 55 93 70 00 - Fax :+33 (0)1 55 93 74 00

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de Santé en décembre 2008.

© Haute Autorité de Santé – 2008

Sommaire

Abréviations et acronymes	5
Méthode de travail.....	6
1 Méthode : consensus formalisé	6
2 Gestion des conflits d'intérêts.....	9
3 Recherche documentaire	9
3.1 Sources d'informations	9
3.2 Stratégie de recherche	9
Argumentaire.....	13
1 Introduction	13
1.1 Contexte	13
1.2 Objectifs de ce travail	14
1.3 Limites de ce travail	15
1.4 Questions examinées dans ce document	15
1.5 Patients concernés	16
1.6 Professionnels concernés	16
1.7 Méthodologie et niveaux de preuve	16
2 Douleur chronique : définitions et épidémiologie	17
2.1 Définitions : analyse de la littérature	17
2.2 Données épidémiologiques : analyse de la littérature	20
2.3 Recommandations HAS	22
3 Quels sont les objectifs et limites de la prise en charge ?	23
4 Identifier et évaluer en première intention une douleur chronique.....	25
4.1 Rappel Anaes 1999-2000	25
4.2 Limites et difficultés rencontrées	26
4.3 Recommandations internationales	30
4.4 Recommandations HAS	31
5 Orienter un patient présentant une douleur chronique vers une structure spécialisée	32
5.1 Indications d'une prise en charge interdisciplinaire	32
5.2 Éléments à transmettre à la structure douleur lors de la première demande d'avis	40
5.3 Recommandations HAS	41
6 Évaluer une douleur chronique en structure spécialisée	42
6.1 Objectifs et contenu de l'évaluation dans les recommandations internationales	42
6.2 Dimensions et outils d'évaluation de la douleur chronique en structure douleur	45
6.3 Recommandations HAS	46
7 Orienter le patient à l'issue de l'évaluation en structure douleur	48
7.1 Le contexte français en 2007	48
7.2 Recommandations internationales	54
7.3 Recommandations HAS	55

Annexe 1. Évolution de l'organisation des structures douleur en France	57
Annexe 2. Résultats de l'enquête de pratiques HAS-SFETD (extraits)	60
Annexe 3. Prévalence de la douleur chronique en population générale	65
Annexe 4. Évaluation du patient atteint de douleur chronique	66
Annexe 5. Gradation de l'ICSI	73
Annexe 6. Caractéristiques du dossier de médecine générale « orienté problème »	74
Annexe 7. Évaluation initiale du patient atteint de douleur chronique (<i>Wisconsin Medical Society</i>)	76
Annexe 8. Règles de cotation	78
Annexe 9. Résultats des cotations individuelles du groupe de cotation	81
Annexe 10. Résultats des cotations individuelles du groupe de lecture.....	102
Références bibliographiques	113
Participants.....	118

Abréviations et acronymes

Tableau 1. Abréviations et acronymes.

Abréviation	Libellé
ACR	Société savante <i>American College of Rheumatology</i>
AHCPR	<i>Agency for Health Care Policy and Research</i> actuellement nommée <i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
AHRQ	
AMA	Société savante <i>American Medical Association</i>
Anaes	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ASA	Société savante <i>American Society of anesthesiologists</i>
BPI	<i>Brief Pain Inventory</i>
CETD	Centre d'étude et de traitement de la douleur
CF	Consensus formalisé
Cnamts	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
DGS	Direction générale de la santé - Ministère de la Santé - France
Dhos	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins - Ministère de la Santé - France
ECPA	Échelle comportementale d'évaluation de la douleur chez la personne âgée non communicante
EVA	Échelle visuelle analogique
FNCLCC	Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer
HAD	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
HAS	Haute Autorité de Santé
IASP	Société savante <i>International Association for the Study of Pain</i>
ICSI	<i>Institute For Clinical Systems Improvement</i>
MG	Médecins généralistes
MPI	<i>Multidimensional Pain Inventory</i>
MPQ	<i>MacGill Pain Questionnaire</i>
ND	Non documenté
NHS	Services publics de santé britanniques <i>National Health Services</i>
ORL	Médecins otorhinolaryngologistes
PACA	Région Provence-Alpes-Côte d'Azur
PMPs	Programmes de lutte contre la douleur <i>Pain Management Programs</i>
POMR	Type d'organisation du dossier médical <i>Problem Oriented Medical Records</i>
QCD	Questionnaire concis sur les douleurs, version française courte du <i>Brief Pain Inventory</i>
QDSA	Questionnaire de la douleur de Saint-Antoine, version française du <i>MacGill Pain Questionnaire</i>
Sanesco-Sofres	Organisme de sondage
SOAP	Organisation du dossier médical selon les critères suivants : <i>Subjective – Objective – Assessment - Plan</i>
VHA	Services de santé américains, gérés par la <i>Veterans Health Administration</i>

Méthode de travail

1 Méthode : consensus formalisé

Les recommandations professionnelles sont définies comme « des propositions développées selon une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».

La méthode de consensus formalisé (CF) est l'une des méthodes utilisées par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour élaborer des recommandations professionnelles. Elle repose, d'une part, sur l'analyse et la synthèse critiques de la littérature médicale disponible, et, d'autre part, sur l'avis d'un groupe multidisciplinaire de professionnels concernés par le thème des recommandations.

► **Choix du thème de travail**

Les thèmes de recommandations professionnelles sont choisis par le Collège de la HAS. Ce choix tient compte des priorités de santé publique et des demandes exprimées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le Collège de la HAS peut également retenir des thèmes proposés par des sociétés savantes, l'Institut national du cancer, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'Union nationale des professionnels de santé, des organisations représentatives des professionnels ou des établissements de santé, des associations agréées d'usagers.

Pour chaque thème retenu, la méthode de travail comprend les étapes suivantes.

► **Comité d'organisation**

Un comité d'organisation est réuni par la HAS. Il est composé de représentants des sociétés savantes, des associations professionnelles ou d'usagers, et, le cas échéant, des agences sanitaires et des institutions concernées. Ce comité définit précisément le thème de travail, les questions à traiter, les populations de patients et les professionnels concernés. Il signale les travaux pertinents existants, notamment les recommandations. Il propose des professionnels susceptibles de participer aux groupes de pilotage, de cotation et de lecture. Ultérieurement, il participe au groupe de lecture.

► **Groupe de pilotage**

Un groupe de pilotage est constitué par la HAS. Il est composé de professionnels de santé, ayant un mode d'exercice public ou privé, d'origine géographique ou d'écoles de pensée diverses, et, si besoin, d'autres professionnels concernés et de représentants d'associations de patients et d'usagers. Dans le cas présent, la moitié de ses membres ont une activité en consultation, unité ou centre de lutte contre la douleur chronique. Un chargé de projet est désigné par la HAS pour sélectionner, analyser et synthétiser la littérature médicale et scientifique pertinente. Il rédige ensuite l'argumentaire scientifique des recommandations en définissant le niveau de preuve des études retenues. Ce travail est réalisé sous le contrôle du chef de projet de la HAS. Le groupe de pilotage rédige ensuite une liste de propositions destinée à être soumise au groupe de cotation.

► **Groupe de cotation**

Un groupe de cotation est constitué par la HAS. Il est composé de professionnels impliqués au quotidien dans la situation clinique étudiée, sélectionnés selon les mêmes critères que le groupe de pilotage. Les membres du groupe de cotation reçoivent un questionnaire dans lequel ils cotent individuellement chaque proposition émise par le groupe de pilotage, à l'aide d'une échelle numérique discontinue, en tenant compte du niveau de preuve disponible et de leur expérience pratique (1^{re} cotation individuelle). Une réunion du groupe de cotation est

organisée sous la direction du chef de projet de la HAS pour présenter et discuter les résultats de cette première cotation et pour confronter les expériences professionnelles des participants et les données de la littérature. En fonction des résultats, des modifications ou des précisions peuvent être apportées aux propositions. Aussitôt après cette réunion, il est demandé aux membres du groupe de cotation de coter individuellement les propositions issues de la réunion (2^e cotation individuelle). Les membres du groupe de cotation qui ne retournent pas leurs cotations individuelles ou qui ne participent pas à la réunion sont exclus du groupe de cotation. Les propositions cotées, les règles de cotation et l'analyse des réponses sont présentées en annexe, ainsi que les résultats des cotations individuelles.

► **Rédaction de la première version des recommandations**

Au terme du processus de cotation, une première version du texte des recommandations est rédigée par le chef de projet de la HAS à partir des consensus identifiés. Elle est soumise au groupe de pilotage qui en vérifie la cohérence, avant envoi en groupe de lecture.

► **Groupe de lecture**

Un groupe de lecture est constitué par la HAS selon les mêmes critères que le groupe de pilotage. La moitié des membres sollicités avaient un mode d'exercice en dehors de structures spécialisées. Il est consulté par courrier et donne un avis consultatif sur le fond et la forme du document, en particulier sur la lisibilité, l'applicabilité et l'acceptabilité des recommandations. Ce groupe de lecture externe est complété par des relecteurs de la commission spécialisée de la HAS en charge des recommandations professionnelles (comité de validation). Le texte est adressé pour information aux institutions suivantes : ministère de la Santé (DGS, DSS, Dhos), Caisses nationales d'assurance maladie (CNAMTS, MSA, RSI).

► **Version finale des recommandations**

L'argumentaire est modifié ou complété, s'il y a lieu, après analyse critique des articles adressés par le groupe de lecture. Après analyse des commentaires du groupe de lecture, les groupes de pilotage et de cotation rédigent ensemble la version finale des recommandations grâce à des échanges par courriel ou au cours d'une réunion commune sous la direction du chef de projet de la HAS. Si des recommandations sont modifiées sur le fond, une troisième cotation en réunion est réalisée par le groupe de cotation.

La version finale de l'argumentaire et des recommandations et le processus de réalisation sont discutés par le comité de validation. À sa demande, l'argumentaire et les recommandations peuvent être revus par le groupe de travail. La commission rend son avis au Collège de la HAS.

► **Validation par le Collège de la HAS**

Sur proposition du comité de validation, le Collège de la HAS valide le rapport final et autorise sa diffusion.

► **Diffusion**

La HAS met en ligne sur son site (www.has-sante.fr) l'intégralité de l'argumentaire, les recommandations et leur synthèse. La synthèse et les recommandations peuvent être éditées par la HAS.

► **Travail interne à la HAS**

Un chef de projet de la HAS assure la conformité et la coordination de l'ensemble du travail suivant les principes méthodologiques de la HAS.

Une recherche documentaire approfondie est effectuée par interrogation systématique des banques de données bibliographiques médicales et scientifiques sur une période adaptée à chaque thème. En fonction du thème traité, elle est complétée, si besoin, par l'interrogation d'autres bases de données spécifiques. Une étape commune à toutes les études consiste à rechercher systématiquement les recommandations pour la pratique clinique, conférences

de consensus, articles de décision médicale, revues systématiques, méta-analyses et autres travaux d'évaluation déjà publiés au plan national et international. Tous les sites Internet utiles (agences gouvernementales, sociétés savantes, etc.) sont explorés. Les documents non accessibles par les circuits conventionnels de diffusion de l'information (littérature grise) sont recherchés par tous les moyens disponibles. Par ailleurs, les textes législatifs et réglementaires pouvant avoir un rapport avec le thème sont consultés. Les recherches initiales sont réalisées dès le démarrage du travail et permettent de construire l'argumentaire. Elles sont mises à jour régulièrement jusqu'au terme du projet. L'examen des références citées dans les articles analysés permet de sélectionner des articles non identifiés lors de l'interrogation des différentes sources d'information. Enfin, les membres des groupes de travail et de lecture peuvent transmettre des articles de leur propre fonds bibliographique. Les langues retenues sont le français et l'anglais.

► Gradation des recommandations

Chaque article sélectionné est analysé selon les principes de lecture critique de la littérature à l'aide de grilles de lecture, ce qui permet d'affecter à chacun un niveau de preuve scientifique. Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, de A à C selon l'échelle proposée par la HAS (tableau 2).

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (études thérapeutiques)	Grade des recommandations
<p style="text-align: center;">Niveau 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Essais comparatifs randomisés de forte puissance • Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés • Analyse de décision basée sur des études bien menées 	<p>A Preuve scientifique établie</p>
<p style="text-align: center;">Niveau 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Essais comparatifs randomisés de faible puissance • Études comparatives non randomisées bien menées • Études de cohorte 	<p>B Présomption scientifique</p>
<p style="text-align: center;">Niveau 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Études cas-témoins 	
<p style="text-align: center;">Niveau 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Études comparatives comportant des biais importants • Études rétrospectives • Séries de cas 	<p>C Faible niveau de preuve</p>

En l'absence d'études, ce qui est la situation la plus fréquente lorsque la méthode de consensus formalisé est utilisée, les recommandations sont fondées sur un accord professionnel formalisé au sein du groupe de cotation réuni par la HAS, après consultation du groupe de lecture. Dans ce texte, les recommandations non gradées sont fondées sur un accord professionnel formalisé. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Pour en savoir plus sur la méthode d'élaboration des recommandations professionnelles par consensus formalisé, se référer au guide publié par la HAS en 2006 : « Bases méthodologiques pour l'élaboration de recommandations professionnelles par consensus formalisé ». Ce guide est téléchargeable sur le site Internet de la HAS : www.has-sante.fr.

2 Gestion des conflits d'intérêts

Les membres du comité d'organisation, du groupe de pilotage et du groupe de cotation ont communiqué leurs déclarations d'intérêts à la HAS. Elles ont été analysées et prises en compte en vue d'éviter les conflits d'intérêts. Les intérêts financiers en rapport avec des laboratoires pharmaceutiques n'ont pas été considérés comme pouvant être sources de conflits d'intérêts dans la mesure où les aspects thérapeutiques de la douleur chronique sont exclus de ce travail. La constitution des groupes de pilotage et de lecture a cherché à équilibrer le nombre de professionnels exerçant en ou hors structures spécialisées d'évaluation et de traitement de la douleur.

3 Recherche documentaire

3.1 Sources d'informations

3.1.1 Bases de données bibliographiques automatisées :

- *Medline* (National Library of Medicine, États-Unis) ;
- *Embase* (Elsevier, Pays-Bas) ;
- BDSP (Banque de données en santé publique, Rennes) ;
- Pascal (CNRS-INIST, France).

3.1.2 Autres sources :

- *Cochrane Library* (Grande-Bretagne) ;
- *National Guideline Clearinghouse* (États-Unis) ;
- *HTA Database* (International network of agencies for health technology assessment - INAHTA) ;
- sociétés savantes compétentes dans le domaine étudié ;
- Internet : moteurs de recherche.

La recherche a porté sur les types d'études ou sujets définis lors du comité d'organisation avec le chef de projet.

3.2 Stratégie de recherche

La stratégie d'interrogation de Medline, Embase et Pascal précise les termes de recherche utilisés pour chaque sujet ou type d'étude et la période de recherche.

Les termes de recherche sont soit des termes issus d'un thesaurus (descripteurs du MESH pour Medline), soit des termes du titre ou du résumé (mots libres).

Ils sont combinés en autant d'étapes que nécessaire à l'aide des opérateurs « ET » « OU » « SAUF ».

Une présentation synthétique sous forme de tableau (tableau 3) reprend les étapes successives et souligne les résultats en termes de :

- nombre total de références obtenues ;
- nombre d'articles cités dans la bibliographie finale.

Tableau 3. Stratégie de recherche documentaire		
Type d'étude/Sujet	Période de recherche	Nombre de références
Termes utilisés		
Recommandations	1999- juin 2008	M, E : 536
Étape 1 <i>Pain</i> OU <i>Pain</i> [titre] OU <i>Chronic Pain</i> OU <i>Chronic Pain</i> [titre, résumé]		
ET		
Étape 2 <i>Guideline*</i> OU <i>Practice guideline</i> OU <i>Health planning guidelines</i> OU <i>Recommendation</i> [titre] OU <i>Consensus development conferences</i> OU <i>Consensus development conferences, NIH</i> OU <i>Consensus conference</i> [titre, résumé] OU <i>Consensus statement</i> [titre, résumé]		
Méta-analyses, revues de littérature	1999- juin 2008	M, E : 314
Étape 1		
ET		
Étape 3 <i>Meta Analysis</i> OU <i>Meta Analysis</i> [titre] OU <i>Review Literature</i> OU <i>Systematic Review</i> OU <i>Review Effectiveness</i> [titre]		
Médecine générale : essais contrôlés	1999- juin 2008	M, E : 168
Étape 1		
ET		
Étape 4 <i>Family Practice</i> OU <i>Physicians, Family</i> OU <i>General Practice</i> OU <i>General Practitioner</i> OU <i>General* Practitio*</i> [titre, résumé]		
ET		
Étape 5 <i>Controlled Clinical Trial</i> OU <i>Randomized Controlled Trial*</i> OU <i>Single-Blind Method</i> OU <i>Single Blind Procedure</i> OU <i>Double-Blind Method</i> OU <i>Double Blind Procedure</i> OU <i>Random Allocation</i> OU <i>Randomization</i> OU <i>Random*</i> [titre] OU <i>Controlled Study</i> OU <i>Major Clinical Study</i> OU <i>Cross-Over Studies</i> OU <i>Crossover Procedure</i>		
Médecine générale : études cas-témoins, études de cohorte	1999- juin 2008	M, E : 174
Étape 1		
ET		
Étape 4		
ET		
Étape 6 <i>Cohort Studies</i> OU <i>Cohort Analysis</i> OU <i>Longitudinal Study(ies)</i> OU <i>Follow-Up Studies</i> OU <i>Follow Up</i> OU <i>Prospective Study(ies)</i>		
Prise en charge multidisciplinaire : essais contrôlés	1999- juin 2008	M, E : 281
Étape 1		
ET		
Étape 7 <i>Pain Clinics</i> OU <i>Pain Clinic</i> OU <i>Ambulatory Care Facilities</i> OU <i>Ambulatory Care</i> OU <i>Outpatient Care</i> OU <i>Outpatients</i> OU <i>Physician-Patient Relations</i> OU <i>Professional-Family Relations</i> OU <i>Professional-Patient Relations</i> OU <i>Doctor Patient Relation</i> OU <i>Interprofessional Relations</i> OU <i>Interdisciplinary</i>		

<p><i>Communication OU Physician-Nurse Relations OU Public Relations OU Doctor Nurse Relation OU multidisciplinary [titre]</i></p> <p>ET</p> <p>Étape 5</p> <p>Prise en charge multidisciplinaire : études cas-témoins, études de cohorte</p> <p>Étape 1</p> <p>ET</p> <p>Étape 7</p> <p>ET</p> <p>Étape 6</p>	1999- juin 2008	M, E : 265
<p>Retour au travail : essais contrôlés</p> <p>Étape 1</p> <p>ET</p> <p>Étape 8 <i>Rehabilitation OU Return to Work [titre]</i></p> <p>ET</p> <p>Étape 5</p> <p>Retour au travail : études cas-témoins, études de cohorte</p> <p>Étape 1</p> <p>ET</p> <p>Étape 8</p> <p>ET</p> <p>Étape 6</p>	1999- juin 2008	M, E : 162
<p>Attente du patient : essais contrôlés</p> <p>Étape 1</p> <p>ET</p> <p>Étape 9 <i>Patient Satisfaction OU Patient Expectation [titre]</i></p> <p>ET</p> <p>Étape 5</p> <p>Attente du patient : études cas-témoins, études de cohorte</p> <p>Étape 1</p> <p>ET</p> <p>Étape 9</p> <p>ET</p> <p>Étape 6</p>	1999- juin 2008	M, E : 82
<p>Littérature francophone</p> <p>Étape 10 Douleur ET Médecine Générale</p> <p>OU</p> <p>Étape 11 (Douleur persistante OU douleur rebelle OU douleur chronique) ET (épidémiologie OU prévalence OU incidence OU registre*)</p>	1990- mai 2008	P : 100 P : 119

Nombre total de références obtenues	2500
Nombre total d'articles analysés	275
Nombre d'articles cités	92

M : Medline ; E : Embase ; P : Pascal

Remarque : la littérature médicale concernant les thérapeutiques de la douleur chronique est abondante, mais celle qui s'intéresse aux aspects organisationnels (parcours de soins cohérent) repose essentiellement sur des recommandations et consensus professionnels. Il existe très peu d'essais comparant prise en charge interdisciplinaire et prise en charge classique du patient atteint de douleur chronique. Ils sont signalés dans l'argumentaire. C'est donc surtout à partir des recommandations qu'a été construit le présent document.

Argumentaire

1 Introduction

1.1 Contexte

Les limitations d'activités professionnelles ou domestiques du fait de la douleur sont importantes chez 6 % des personnes de 25-64 ans, 15 % des 65-84 ans et 33 % des personnes de 85 ans et plus (1). Cette forte prévalence contribue à ce que la douleur chronique ait fait l'objet en France de rapports et réglementations spécifiques du ministère de la Santé dès 1991 (2). En 1994, une circulaire précisait les modalités de prise de charge par le médecin traitant au domicile et de la liaison à établir avec les établissements de santé pour avis diagnostique (évaluation et orientation thérapeutique, à la demande du médecin traitant) ou hospitalisation si nécessaire (traitement et suivi à long terme, en collaboration avec le médecin traitant, les services de soins et d'hospitalisation à domicile) (3). Depuis cette circulaire, la prise en charge du patient atteint de douleur chronique, plus particulièrement en cas de douleur chronique rebelle¹, est une priorité nationale.

Le premier « programme national de lutte contre la douleur », en 1998, finançait la mise en place, à l'échelle nationale, de structures² multidisciplinaires pour l'évaluation et le traitement de la douleur chronique persistante, dans le cadre des établissements de santé.

En 2002, une deuxième phase (2002-2005) rappelait les objectifs atteints (4) : information des usagers, création de 96 structures contre la douleur chronique rebelle, formation des professionnels, recommandations « labellisées », amélioration des pratiques thérapeutiques. Le rapport notait cependant que les structures multidisciplinaires de prise en charge de la douleur chronique étaient encore mal connues du public et des médecins libéraux et que les délais d'attente pour une première consultation restaient longs (délais non quantifiés). Le programme prévoyait donc, en ce qui concerne ce point d'organisation des soins, de nouvelles mesures dans les établissements de santé (accréditation, guide méthodologique (5,6,92) et hors établissements (réseau expérimental d'évaluation et de traitement de la douleur chronique). Cette même année, paraissait la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité des soins qui reconnaît le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne (7).

La troisième phase du plan (2006-2010) note les disparités régionales de prise en charge de la douleur (8). Les initiatives sont nombreuses, mais la communication et le partage d'expériences restent insuffisants pour que le dispositif soit réellement efficace. Le plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 repose sur quatre axes dont la structuration de la filière de soins où 5 mesures prioritaires sont proposées :

- actualiser les principes d'organisation de la lutte contre la douleur chronique rebelle prévue en 1998 (circulaire DGS/DH n° 98-47 du 4 février 1998 (9)) : cette actualisation sera faite par la Dhos à l'issue de ce travail de la HAS ;
- faciliter l'accès aux structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle (renforcement en personnels, amélioration des conditions d'accueil des patients) ;
- partager les expériences sur les organisations et actions mises en place, notamment dans les régions ;
- renforcer l'action des réseaux de santé dans ce domaine ;

¹ La terminologie « douleur chronique rebelle » n'est employée dans ce document que lorsqu'il est fait référence aux textes réglementaires qui l'utilisent.

² Dans la suite du texte, sont appelées « structures spécialisées » les structures multidisciplinaires pour l'évaluation et le traitement de la douleur chronique telles que définies dans la circulaire du 4 février 1998 relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle. Bull off 1998;98/9 (Direction générale de la santé).

- définir et intégrer des objectifs et indicateurs d'amélioration de la prise en charge de la douleur.

Plusieurs organismes sont impliqués dans ce cadre général : la Dhos, la Cnamts (travail en cours pour valoriser la consultation longue concernant la douleur chronique), l'Afssaps (recommandations sur la prise en charge des douleurs chroniques de l'enfant et de l'adolescent) ; la HAS est en outre sollicitée sur de nombreux autres aspects qui ne sont pas spécifiques de la douleur chronique rebelle : évaluation des pratiques professionnelles, formation médicale continue, outils de prévention de la douleur lors d'actes potentiellement douloureux, etc.).

En 2007, le « plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques » (10) met en évidence que la prise en charge de la douleur est la première des attentes des associations de patients.

Dans ce contexte, la SFETD a saisi la HAS en 2007 pour l'élaboration de recommandations visant à favoriser la mise en œuvre de parcours de soins adaptés pour les patients exprimant une douleur chronique. La HAS a retenu deux projets complémentaires :

- des recommandations professionnelles centrées sur les aspects cliniques (identification de la douleur chronique et critères cliniques d'orientation des patients vers les structures spécialisées), objet du présent travail ;
- des recommandations de santé publique, centrées sur les aspects organisationnels (type et organisation des structures d'évaluation et de traitement de la douleur chronique). Ces recommandations font l'objet d'un travail distinct, au sein du service d'évaluation économique et santé publique de la HAS, et sont basées sur une enquête de pratique au sein de ces structures³.

Le groupe de pilotage a proposé au groupe de cotation que soit discutée, en ce qui concerne la prise en charge du patient atteint de douleur chronique, la qualification de « rebelle » pour les deux raisons suivantes :

- la terminologie « douleur chronique rebelle » n'est pas employée et ne correspond à aucune définition de la littérature médicale internationale (la dénomination anglo-saxonne « *untractable pain* » correspond à un sens différent) ;
- le caractère « rebelle » à tout traitement d'une douleur chronique n'est ni nécessaire (mieux vaut agir avant...) ni suffisant (il n'existe pas dans ce cas de « solution miracle ») pour décider de référer ou non à une structure douleur.

1.2 Objectifs de ce travail

Les résultats d'enquêtes régionales montrent que la prise en charge des patients atteints de douleur chronique est très disparate en France (11). L'enjeu de ces recommandations est d'améliorer la qualité de vie des patients présentant une douleur chronique, partant du principe que toute douleur exprimée doit être entendue et suivie d'un traitement adapté.

L'objectif de ces recommandations est de favoriser la mise en œuvre de parcours de soins adaptés pour les patients exprimant une douleur chronique et de favoriser les échanges entre les professionnels des structures spécialisées et ceux qui leur adressent des patients.

En effet, le recueil des avis des professionnels réunis par la HAS au sein du comité d'organisation, en présence des représentants de la SFETD (demandeur) et de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos), avait pointé deux points essentiels à traiter :

³ Les données de l'enquête de pratique relatives au profil clinique et au parcours du patient sont détaillées en annexe 2 ; la méthode de cette enquête et l'ensemble des résultats seront décrits en détail dans les recommandations de santé publique (en cours).

- actualiser la recommandation « Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire » réalisée par un groupe de travail de l'Anaes en 1999 (12). À partir de la définition très générale de l'IASP que partage l'ensemble des acteurs concernés par le traitement de la douleur, il s'agit :
 - d'identifier les patients atteints de douleur chronique (évaluation clinique et examens complémentaires indispensables dès le premier niveau d'accès aux soins) et mettre en œuvre les interventions nécessaires à ce niveau ;
 - de définir des critères décisionnels permettant, à partir de différents « profils » de patients, d'identifier parmi eux ceux pour lesquels une expertise multidisciplinaire de second niveau est indispensable en structure spécialisée (« population cible » des structures spécialisées de lutte contre la douleur chronique) ;
 - de définir le rôle et la place respectifs de structures ou catégories professionnelles telles que les équipes mobiles douleur, les structures de soins palliatifs, les professionnels non médecins dans le traitement et le suivi de la douleur chronique (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, psychologues).
- favoriser la mise en œuvre de parcours de soins adaptés, donc :
 - améliorer la participation des acteurs concernés ;
 - prendre en compte les besoins et souhaits (aspects cliniques nosologiques usuels mais aussi psychosociaux) des patients concernés ;
 - prendre en charge rapidement dans les « structures douleur » de second niveau les patients présentant une douleur chronique (le délai d'attente pour ces patients est aujourd'hui de 3 à 4 mois).

1.3 Limites de ce travail

Les aspects thérapeutiques de la prise en charge de la douleur ne sont pas abordés. L'analyse de la littérature s'est basée sur une recherche documentaire effectuée par symptôme ou syndrome et non par pathologie. Les situations nécessitant des modes ou lieux de prise en charge particulière (par exemple, pour les personnes en situation de handicap, les personnes ayant une pathologie psychiatrique ou les personnes âgées atteintes de démence) n'ont pas été exclues *a priori* de ce travail, mais ne font pas l'objet de recommandations spécifiques.

1.4 Questions examinées dans ce document

Les questions auxquelles répondent les recommandations sont les suivantes :

- comment identifier les patients présentant une douleur chronique ?
- quels patients orienter vers une structure spécialisée d'évaluation et de traitement de la douleur chronique ?
- quels éléments transmettre entre professionnels pour et à l'issue de la première évaluation en structure spécialisée ?
- quel contenu pour la première évaluation en structure spécialisée d'évaluation et de traitement de la douleur chronique ?
- quels critères décisionnels permettent d'orienter le patient à l'issue de cette première évaluation ?

Des recommandations en santé publique seront traitées parallèlement dans une étude en cours au sein du service d'évaluation économique et santé publique de la HAS, à partir d'une enquête de pratique au sein de ces structures⁴. Ces recommandations, centrées sur les aspects organisationnels (type et organisation des structures d'évaluation et de traitement de la douleur chronique) ont pour objectif d'évaluer l'adéquation entre l'offre proposée par les structures de lutte contre la douleur chronique actuellement en place et les besoins des

⁴ Les données de l'enquête de pratique relatives au profil clinique et au parcours du patient sont détaillées en annexe 2 ; la méthode de cette enquête et l'ensemble des résultats seront décrits en détail dans les recommandations de santé publique (en cours).

patients (demande). Les questions suivantes proposées par le comité d'organisation relèvent de cette seconde recommandation et ne sont pas abordées dans le présent document :

- quelle est la pertinence d'une organisation en trois types de structures spécialisées de lutte contre la douleur chronique (consultation, unité, centre) ?
- comment déterminer, organiser, coordonner et valoriser l'intervention des différents professionnels au sein des structures douleur de leur établissement ?
- quelles sont les articulations souhaitables entre les structures spécialisées de lutte contre la douleur chronique et les autres structures, dont celles de soins palliatifs, et la coordination souhaitable entre les structures spécialisées de lutte contre la douleur chronique pour enfants et celles pour adultes ?

1.5 Patients concernés

Toute personne exprimant une douleur chronique, quel que soit son âge, en dehors de la période néonatale. Cette période a été exclue car la notion de parcours de soins n'est pas pertinente pour les enfants hospitalisés en service de néonatalogie. La prise en compte de la douleur de l'enfant en période néonatale est néanmoins essentielle, et doit se faire au sein même de l'unité de néonatalogie.

1.6 Professionnels concernés

Les recommandations sont destinées à tous les professionnels de santé amenés à suivre une personne exprimant une douleur chronique, en établissements de santé, en réseau de santé ou à domicile, et notamment les médecins amenés à coordonner le parcours du patient entre médecine de ville ou services hospitaliers et structures spécialisées dans l'évaluation et le traitement de la douleur (liste non limitative) :

- cibles principales :
 - médecins généralistes ou spécialistes, exerçant en ambulatoire ou en établissements sanitaires ou médico-sociaux,
 - médecins des structures spécialisées dans l'évaluation et le traitement de la douleur (anesthésistes, rhumatologues, neurologues, psychiatres, etc.) ;
- cibles secondaires : tout professionnel de santé, psychologues.

1.7 Méthodologie et niveaux de preuve

Le système de santé français, le système de santé australien et la *Veterans Health Administration* (VHA) des États-Unis, ont fait de la prise en charge de la douleur chronique une priorité, proposant ainsi, selon un récent rapport canadien, des « modèles » organisationnels (13) pour trois raisons :

- engagement clair à l'égard des services de santé affectés à la douleur chronique et du contrôle de leur qualité ;
- services fournis à tous les habitants d'une région ou à un groupe particulier ;
- quantité suffisante d'informations sur les programmes en cours.

L'analyse de la littérature consacrée à ces aspects organisationnels est l'un des éléments importants de ce document. La VHA proposait notamment en 2005 un manuel de mise en œuvre des programmes multidisciplinaires répondant, dans ce contexte particulier, aux questions posées sur les processus de coordination des soins.

Les méta-analyses et revues systématiques parues depuis la dernière recommandation de l'Anaes (12) consacrées à la prise en charge de la douleur chronique sont également analysées dans ce document, ainsi que les recommandations internationales sur ce sujet.

2 Douleur chronique : définitions et épidémiologie

2.1 Définitions : analyse de la littérature

Différentes définitions sont proposées dans la littérature médicale, les unes faisant surtout référence à la durée de la douleur, les autres insistant sur son caractère syndromique. Le groupe de pilotage a souhaité au préalable clarifier ces définitions.

2.1.1 Définitions de la douleur chronique

L'une des définitions les plus citées de la douleur est celle de l'*International Association for the Study of Pain* (IASP) : « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion » (13,14).

Cette première définition assez vague témoigne de la nature subjective de la douleur autant que de sa complexité. La douleur est une expérience subjective qui interfère autant avec le psychique et le social qu'avec les fonctions physiques. C'est une construction multidimensionnelle où il est difficile de faire la part des signes objectifs – biologiques – de la maladie et celle de l'expérience subjective d'inconfort et de dysfonctionnement. La douleur chronique agit directement sur celui qui en souffre (d'emblée et/ou secondairement), mais aussi sur son entourage familial et social, y compris de travail (environnement et conditions) : tous ces éléments doivent être pris en compte au moment de la prise en charge (11).

Le deuxième aspect de cette question concerne le caractère « chronique » de la douleur. La définition de l'IASP prend en compte à la fois la durée et le caractère approprié ou non de la douleur : la douleur chronique est une douleur qui persiste au-delà du délai habituel de cicatrisation (habituellement 3 mois) (13). De plus, alors qu'une douleur aiguë est généralement la réponse appropriée à sa cause (par exemple, la cicatrisation après une blessure), la douleur chronique n'a pas ce caractère (11).

Le groupe de travail de la recommandation de l'Anaes proposait en 1999 une définition « combinée » très proche de la douleur chronique : « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion, évoluant depuis plus de 3 à 6 mois et/ou susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient, attribuable à toute cause non maligne » (12).

D'autres définitions ont été proposées (15) :

- « La douleur est un ensemble d'expériences complexes, non une sensation univoque produite par un stimulus unique » ;
- « La douleur est ce que la personne atteinte de douleur chronique dit qu'elle est, existant dès lors qu'elle affirme la ressentir ».

Ces deux dernières définitions, moins usuelles, ont l'avantage de recentrer toute prise en charge sur le patient.

Le tableau 4 récapitule, à titre indicatif et non limitatif, les grandes catégories de douleur chronique proposées par l'agence québécoise d'évaluation en 2006 (13) et par la circulaire DGS/DH n° 98-47 du 4 février 1998 (9), confirmée en 2006 (8). On peut noter que le terme anglo-saxon « *chronic pain* » exclut par définition les douleurs cancéreuses, bien que rien ne permette *a priori* d'en faire une entité clinique différente.

Tableau 4. Types de douleur chronique

« Chronic pain » selon l'AETMIS (Québec) (13)						
Musculo-squelettique	Neuropathique		Céphalées		Autres	
Dorsalgie	Zona/néuralgie post-herpétique		Migraine		Anémie falciforme (drépanocytose)	
Arthrite*			Céphalée de tension		Hémophilie	
Douleur temporo-mandibulaire	Douleur du membre fantôme		Céphalée vasculaire de Horton		Syndrome du côlon irritable	
Fibromyalgie	Neuropathie diabétique					
Douleur myofasciale	Syndrome du canal carpien					
	Syndrome douloureux régional complexe					
« Douleur chronique rebelle » selon la DGS (France) (8)						
Rhumatologique	Neurologique (ou neuropathique)		Abdomino-pelvienne	Autres douleurs	Cancers évolutifs	Douleurs liées au sida
Lombalgies	Périphériques (post-traumatiques, post-chirurgicales, post-zostériennes, post-radiques, métaboliques, etc.)		Sans précisions	Sans précisions	Sans précisions	Sans précisions
Lombosciatalgies chroniques						
Fibromyalgies						
Algodystrophies						
Autres cas	Centrales (douleurs cranio-faciales, migraines, céphalées de tension, algies vasculaires de la face, néuralgies faciales)					
	Autres					

* Polyarthrite ou arthrose

Ces listes, non exhaustives ou limitatives, n'ont pour but que de donner un aperçu général à partir des exemples retenus.

« Quel que soit son mécanisme initiateur, somatique, neurologique ou psychologique, la douleur proprement dite [...] est un phénomène complexe dont la perception fait intervenir quatre composantes interactives : sensori-discriminative, affective et émotionnelle, cognitive et enfin comportementale. L'ensemble de ces dimensions est lui-même sous l'influence de facteurs environnementaux, professionnels, familiaux, sociaux et culturels, passés ou présents (modèle conceptuel biopsychosocial de la douleur) » (12). D'autres modèles conceptuels permettent de décrire la douleur chronique, à chaque fois dans une approche multidimensionnelle (16,17). De nombreux systèmes participent au phénomène de la douleur : sensoriel (localisation, nature de la douleur, durée, etc.), moteur (déroulement des mouvements, augmentation de la douleur, posture antalgique, raccourcissement musculaire, asymétrie, atrophie, etc.), autonome (symptômes concomitants : transpiration, respiration rapide, insomnie etc.), affectif (humeur, dépression, modification de la tolérance à la frustration, altération de l'image de soi, idées suicidaires, etc.), cognitif (expériences douloureuses antérieures, longs séjours à l'hôpital, expériences précédentes avec des médecins, attentes vis-à-vis des traitements, etc.). C'est cet ensemble qui justifie une prise en charge de la personne douloureuse plus que de sa douleur (figure 1).

Figure 1 Biopsychosocial model for pain courtesy of Medical Illustrations Department, Glasgow Royal Infirmary, adapted from Waddell et al (1993)

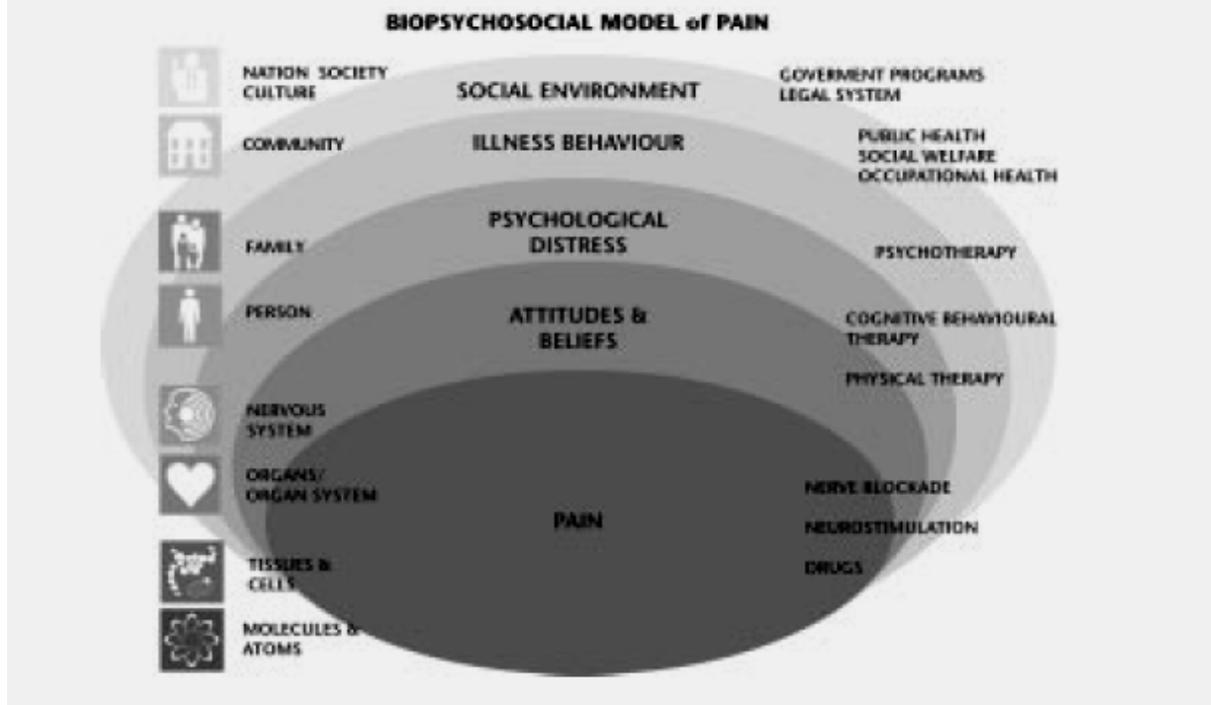


Figure 1. Modèle biopsychosocial de la douleur. *Biopsychosocial model for pain. Courtesy of Medical Illustrations Department, Glasgow Royal Infirmary, adapted from Waddell 1993 (18)*

Pour toutes ces affections douloureuses, le caractère « chronique » peut être lié (19) :

- au caractère permanent et évolutif de l'affection ;
- aux interférences émotionnelles, cognitives et relationnelles ;
- à la difficulté de la reconnaissance et de l'écoute de ces « autres » dimensions ;
- à l'inefficacité du traitement, etc.

Il n'existe pas de définitions standard ou de critères pour caractériser les douleurs chroniques « sévères » ou « rebelles ». La classification internationale des maladies (CIM10) code la « douleur chronique irréductible » (R52.1) sans en donner de définition, et la classe parmi les douleurs « ne pouvant être rapportées à un seul organe ou une seule partie du corps ». Le plan douleur 2006-2010 (8) note qu'elles sont sources de handicaps et d'altérations majeures de la qualité de vie, induisent une consommation importante de soins et d'arrêts de travail (11), ce qui correspond au terme anglais « *chronic pain* » défini dans la revue systématique canadienne citée. Il existe plus de 100 échelles destinées à évaluer la douleur (20). L'échelle visuelle analogique, probablement la plus utilisée, qui cote la douleur de 0 (aucune douleur) à 100 mm (la plus importante) a fait l'objet d'essais randomisés en double aveugle. Une étude des données de 11 de ces essais en 1997 proposait de définir la douleur comme modérée entre 31 et 54 mm, sévère au-delà de 55 mm (15). L'*American Pain Society* et l'*US Agency for Health Care Policy and Research*, à partir des études liant douleur et capacité fonctionnelle courante, évaluaient qu'au-delà de 50 mm, la douleur avait un important retentissement fonctionnel (15).

2.1.2 Définitions du syndrome douloureux chronique

Le concept de douleur chronique fait seulement appel à la notion de durée, alors que la pratique courante montre que les procédures de traitement de la douleur aiguë peuvent être insuffisantes. Le concept de « syndrome de douleur chronique » tente de montrer la complexité du phénomène

douloureux chronique, devenu une maladie à part entière, et de sa prise en charge (12). Selon l'*American Medical Association* (AMA) et divers guides de pratique clinique (19,21) et méta-analyses (21), le syndrome de douleur chronique existe lorsque le patient présente plusieurs des conditions suivantes :

- douleur persistante ou récurrente ;
- durant au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale, ou est associée à un processus pathologique intermittent ou chronique ;
- répondant mal au traitement médical et/ou invasif approprié ;
- accompagnée d'une altération significative et durable du statut fonctionnel.

Il peut également y avoir dysthymie et/ou angoisse – hostilité, mais ce n'est pas nécessaire au diagnostic.

La définition proposée par l'*American Society of anesthesiologists* (ASA) est très proche (19) : le syndrome de douleur chronique peut être en rapport avec des données somatiques mais est en outre associé à au moins deux des conditions suivantes :

- une régression significative et progressive de la capacité fonctionnelle et relationnelle dans les activités de la vie journalière, au domicile comme au travail ;
- une demande excessive de recours à des médicaments ou à des procédures médicales souvent invasives tout en reconnaissant leur inefficacité à soulager ;
- un trouble de l'humeur (dépression, anhédonie, etc.) ;
- un sentiment de révolte et de revendication ou au contraire de résignation et d'impuissance, souvent accompagné d'une hostilité envers les soignants, traduisant l'incapacité de s'adapter à la situation.

2.2 Données épidémiologiques : analyse de la littérature

Il est difficile d'évaluer la prévalence de la douleur chronique en population générale du fait des variations des échantillons étudiés, des différentes méthodes utilisées pour colliger les données et de l'incertitude de la définition de la douleur chronique. Cela explique les grandes différences constatées d'une étude à l'autre (22).

2.2.1 Revues systématiques

Dans la revue systématique de la littérature (22) retenue dans le guide québécois (13), la prévalence de la douleur chronique variait de 11,5 à 55,2 % en moyenne, 35,5 % dans les 4 études où elle était définie selon les critères de l'IASP. La douleur chronique grave ou qui impose de fortes limitations fonctionnelles pourrait affecter 11 % de la population d'adultes dans la population générale canadienne (13). Il apparaît au total, malgré les variations de prévalence constatées, que :

- la prévalence de la douleur chronique augmente avec l'âge ;
- elle touche plus de femmes que d'hommes ;
- les 3 types les plus fréquents, hors douleur cancéreuse, sont les rachialgies, les céphalées et les arthralgies.

Les données de cette revue ont été actualisées l'année suivante par l'IASP (23). Les auteurs ont sélectionné 13 études (parmi les 32 potentiellement éligibles) faites entre 1991 et 2002 répondant à leurs critères de qualité. Les données sont similaires à celles d'études antérieures, avec une prévalence de la douleur chronique variant de 10,1 à 55,2 %.

Sept études ont utilisé la définition de l'IASP (ou une définition très proche), avec une prévalence moyenne de la douleur chronique de 35,5 % (11,5-55,2), plus importante chez les femmes (essentiellement des douleurs d'origine musculo-squelettique) que chez les hommes : en moyenne 39,6 % (13,4-55,5) vs 31 % (9,1-54,9). La prévalence de la douleur chronique sévère est évaluée à 11 % chez l'adulte.

Trois études ont utilisé la définition de l'*American College of Rheumatology* (ACR) : douleur siégeant corps entier (partie droite et gauche, au-dessous et au-dessus de la taille) accompagnée de douleur squelettique axiale (cervicale, thoracique, ou lombaire) durant plus de

3 mois. La prévalence moyenne de ce type de douleur était de 11,8 % (10,1-13), 7,2 % (3-10,5) chez les hommes et 14,7 % (14,7-14,9) chez les femmes.

Les 3 dernières études concernent les enfants de moins de 18 ans (1 étude concernant la prévalence de la douleur chronique selon l'IASP de 25 %, et 8 % « très fréquente et intense ») et les personnes âgées (2 études : prévalence de 50,2 % selon l'IASP dans une étude, 32,4 % dans l'autre – 23,7 % chez les hommes, 40,1 % chez les femmes). Ces 13 études sont rapportées en annexe 3.

2.2.2 Données françaises

► Enquêtes épidémiologiques en population générale

En 2003, l'enquête décennale nationale Santé de l'Insee comportait deux questions relatives à la douleur perçue par les personnes interrogées (1,24). Cette enquête a été réalisée auprès d'un échantillon représentatif de 25 713 personnes de 17 ans ou plus vivant en ménage ordinaire en métropole, aptes à remplir un autoquestionnaire. À la question « au cours des 4 dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs physiques ? », la réponse est « douleurs grandes ou très grandes » pour environ 30 % des personnes de 85 ans et plus, 12 % des 65-84 ans, 6 % des 25-64 ans et 4 % des 15-24 ans. À la question « au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité dans votre travail ou vos activités domestiques ? », la réponse est « beaucoup-énormément » pour environ 33 % des personnes de 85 ans et plus, 15 % des 65-84 ans, 6 % des 25-64 ans et 3 % des 15-24 ans.

En 2004, l'enquête STOPNET a estimé la prévalence de la douleur chronique et des douleurs neuropathiques en population générale à partir de questionnaires postaux adressés à un échantillon représentatif de 30 155 personnes de plus de 18 ans (25). 23 712 questionnaires ont pu être exploités. 31,7 % [IC₉₅ : 31,1-32,3] de la population signale des douleurs chroniques quotidiennes depuis plus de 3 mois. La prévalence est plus élevée chez les femmes (35 % [IC₉₅ : 34,4-35,6]), augmente avec l'âge (jusqu'à 52 % [IC₉₅ : 51,5-53,0] chez les plus de 75 ans) et varie également selon le statut professionnel. L'intensité moyenne de la douleur est de 4,5 points ± 2,1 sur une échelle de 10 points. La prévalence des douleurs chroniques d'intensité supérieure ou égale à 4/10 est de 19,9 % [IC₉₅ : 19,5-20,4]. 6,9 % [IC₉₅ : 6,6-7,2] ont une douleur chronique associée à des signes de neuropathie. La durée d'évolution de la douleur chronique est supérieure ou égale à 3 ans pour 41,4 % et 48,7 % des personnes ayant une douleur chronique quotidienne, respectivement sans ou avec signes de neuropathie associée.

► Autres données

Une enquête de prévalence un jour donné a été effectuée auprès des personnes de plus de 65 ans hospitalisées dans l'ensemble des établissements de soins du CHU de Bordeaux en 2003 (26). 221 ont évalué leur douleur par autoquestionnaire et 365 patients ayant des troubles de la communication ou ne parlant pas français ont été évalués à partir de l'échelle Doloplus (27). 10,2 % des patients présentent des douleurs persistantes symptomatiques et 6,6 % présentent d'autres douleurs chroniques (26).

Le livre blanc de la douleur (11) donne pour la France les résultats d'une enquête téléphonique Sanesco/Sofres réalisée du 3 au 6 mars 2003 auprès d'un échantillon de 1 007 personnes représentatif de la population française des 18 ans et plus. Au cours des 2 dernières années précédant l'enquête, 78 % des patients avaient été concernés par la douleur (chronique ou non) (54 % personnellement, dont 28 % souffraient encore actuellement, 9 % par le biais d'un de leurs enfants de moins de 15 ans, 21 % plus indirectement).

La maladie représente pour 32 % des individus la cause principale de douleur (maladies rhumatismales en premier, puis ORL, puis cancéreuses, puis pathologies musculaires, ligamentaires et tendineuses).

La douleur provoquée vient en deuxième position (29 % des causes identifiées par les personnes interrogées) : interventions chirurgicales (15 %), douleurs induites par les soignants au cours

d'actes diagnostiques ou thérapeutiques (14 %). Seules 41 % de ces personnes avaient été informées que l'examen ou le soin était douloureux et 61 % n'avaient pas reçu de médicament antalgique préventif.

Les accidents concernent 20 % des causes de la douleur (accidents de la voie publique, du sport, du travail et domestiques).

D'autres causes sont mentionnées par 32 % des personnes : stress, efforts physiques, âge et vieillesse, mauvaises positions, mouvements répétitifs et faux mouvements. Parmi celles-ci, les douleurs abdominales et les douleurs dentaires sont significativement plus fréquentes chez l'enfant.

Le plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 (8) présente les rares données disponibles pour deux populations spécifiques :

- chez les enfants et adolescents, les maladies chroniques responsables de douleur sont le cancer (1 800 nouveaux cas par an dont 50 à 70 % vont souffrir), la migraine (10,6 % de la population des 5-15 ans), la mucoviscidose (1/3 500 naissances avec des douleurs chez 84 % des patients), la drépanocytose (1/1 100 naissances/an en Île de France). Les douleurs ostéo-articulaires touchent 24 % des adolescents de 11-14 ans, entraînent fréquemment (94 %) un handicap et ont des répercussions sur l'état de santé (84 % des enfants ayant consulté pour ce motif avant 15 ans ont mal au dos 25 ans plus tard) ;
- la prévalence de la douleur est très élevée chez les personnes âgées (25 à 30 % de celles vivant à leur domicile, 50 à 93 % de celles vivant en institution). Elle augmente avec l'âge surtout autour de 65 ans, la douleur sévère augmentant de plus de 10 % entre 65 et 95 ans. Elle est surtout d'origine musculo-squelettique ou cancéreuse, mais l'âge est aussi un facteur de risque pour certaines douleurs neuropathiques (diabète, post-zona...). La douleur est très vite responsable dans cette population de limitations fonctionnelles et de situation de handicap, d'autant plus que s'y associent polyopathie, polymédication ou isolement.

2.2.3 Douleurs et cancers

Les rapports entre douleur et cancer sont complexes : cancer n'est pas synonyme de douleur, et la douleur du patient ayant un cancer peut être due à de tout autres causes que son cancer, y compris les effets secondaires éventuels des traitements :

- un tiers des patients cancéreux ne souffrent pas de douleurs sévères ;
- parmi les 2/3 qui en souffrent, près de 90 % peuvent ou pourraient voir leurs douleurs soulagées simplement en appliquant les principes de base de gestion de la douleur ;
- 80 % de ces patients douloureux ont plus de deux types de douleurs, et 40 % sont douloureux avant la phase terminale de leur maladie (15) (données OMS).

En France, environ 200 000 nouveaux cas de cancers sont diagnostiqués chaque année. Parmi ces malades, plus de la moitié souffrent de douleurs à un moment ou à un autre de leur maladie (28). Au moment du diagnostic et aux stades précoces du cancer, 30 à 45 % des malades ont une douleur modérée à sévère sur les échelles d'évaluation ; au stade avancé : 75 % des patients. Parmi les malades algiques, 40 à 50 % ont une douleur d'intensité moyenne ou forte, 25 à 30 % décrivent une douleur très forte.

2.3 Recommandations HAS

La définition de la douleur proposée par l'*International Association for the Study of Pain*, la plus citée, témoigne de la nature **subjective** de la douleur autant que de sa **complexité** : la douleur est une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion ».

- **La douleur est donc ce que la personne qui en est atteinte dit qu'elle est.** Elle existe dès lors qu'elle affirme la ressentir, qu'une cause soit identifiée ou non.

- **La douleur chronique prise en compte dans ces recommandations est un syndrome multidimensionnel exprimé par la personne** qui en est atteinte. Il y a douleur chronique, quelles que soient sa topographie et son intensité, lorsque la douleur présente plusieurs des caractéristiques suivantes :
 - persistance ou récurrence ;
 - durée au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, notamment si la douleur évolue depuis plus de 3 mois ;
 - réponse insuffisante au traitement ;
 - détérioration significative et progressive du fait de la douleur, des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient dans ses activités de la vie journalière, au domicile comme à l'école ou au travail.
- La douleur chronique peut être accompagnée :
 - de manifestations psychopathologiques ;
 - d'une demande insistante par le patient, de recours à des médicaments ou à des procédures médicales souvent invasives, alors qu'il déclare leur inefficacité à soulager ;
 - d'une difficulté du patient à s'adapter à la situation.

Le terme « rebelle » utilisé dans le cadre de la définition administrative (9) relative à l'identification des structures spécialisées de lutte contre la douleur chronique n'est pas retenu dans cette recommandation. Son sens, ambigu et non consensuel, n'a pas d'utilité pour la décision médicale.

3 Quels sont les objectifs et limites de la prise en charge ?

3.1.1 Objectifs de la prise en charge de la douleur chronique

La plupart des interventions dans le domaine de la douleur chronique se donnent pour but de la réduire ou de la supprimer, quelles que soient ces interventions, pharmacologiques, chirurgicales, physiques ou de type cognitivo-comportemental. Cependant, certaines enquêtes menées auprès de patients montrent que cet objectif n'est pas atteint pour une proportion importante de patients. Une enquête menée par les médecins-conseils d'Île-de-France auprès de 1 815 patients de 15 à 80 ans ayant été remboursés pendant 3 mois consécutifs en 2002 d'une prescription d'antalgiques de palier II ou III ou de médicaments antimigraineux a montré que 24 % des patients chroniques douloureux non migraineux et 12 % des migraineux sont peu ou pas soulagés par la prise en charge proposée (29).

Selon de nombreuses études citées par McCracken (30), l'« acceptation » de sa douleur chronique par le patient qui s'en plaint est prédictrice d'une perception moindre de l'intensité de la douleur, d'une moindre interférence dans ses activités usuelles et d'une meilleure activité globale à moyen terme. Dans la série de 160 cas d'une structure universitaire spécialisée de la douleur (30), il est montré que cette acceptation est associée à moins d'anxiété et de conduites d'évitement, moins de dépression, un handicap physique et psychosocial moins marqué, un séjour quotidien au lit moins long, et un meilleur statut de travail, sans qu'il y ait corrélation avec l'intensité de la douleur. L'équipe américaine a par ailleurs développé et validé auprès de 50 patients traités dans la structure l'échelle PSST (*Pain Service Satisfaction Test*) permettant de comparer le degré de satisfaction des patients dans ce cas (31). Une prise en charge active par le patient lui-même serait donc gage de meilleurs résultats dans le contrôle de la douleur et son retentissement sur sa vie courante, comme l'a également montré une autre série hospitalière américaine de 269 cas (6).

Une autre étude auprès de 235 patients inclus dans un programme interdisciplinaire de prise en charge de la douleur chronique au Royaume-Uni a montré que le cœur du problème est le rôle actif donné au patient dans le processus d'acceptation. L'objectif de l'étude était d'évaluer, à l'aide du CPAQ (*Chronic Pain Acceptance Questionary*), les conditions

favorables à l'acceptation de la douleur chronique : cela nécessite qu'il poursuive et renforce ses activités de vie quotidienne, même s'il continue à souffrir (32). Une synthèse anglo-hollandaise a de même insisté sur le fait que les douleurs intenses ne sont pas nécessairement les plus invalidantes, et que les conduites d'évitement expliquent nombre de passages à la chronicité (33). Cela a été particulièrement démontré pour les lombalgies, les cervicalgies et douleurs musculo-squelettiques complexes chroniques, pour la fibromyalgie. Ces hypothèses ont été développées à partir du modèle transthéorique des changements comportementaux développé par Proschaska et Di Clemente (*in* (34)), selon lequel le résultat dépend du stade de « maturation » du patient vis-à-vis du problème. Ces différences ont été analysées dans un échantillon de 250 patients qui se plaignaient de douleur chronique suivis en centres multidisciplinaires de la douleur, « classifiés » selon leur profil de réponses au questionnaire PSOCQ (*Multidimensional pain stages of change questionnaire*) (34). Au stade de « précontemplation » (11 % de l'échantillon), les patients ne ressentaient qu'un très faible contrôle sur la douleur vécue comme un problème du médecin et pensaient qu'elle indiquait des dommages nécessitant un arrêt des activités ; au stade de « contemplation » (18 %), ils pensaient que c'était à eux de résoudre le problème, amélioreraient leur contrôle du phénomène douloureux et ne croyaient que modérément à des dégâts nécessitant un arrêt des activités ; au stade de « participation » (25 %), ils se percevaient eux-mêmes comme contrôlant leur douleur, étaient très actifs et ne pensaient plus que c'était le « problème du médecin » ; les stades d'« action non contemplative » (12 %) et d'« ambivalence » (33 %) pouvaient être considérés comme intermédiaires dans leurs représentations et actions.

On voit bien tout l'intérêt d'en arriver à une véritable participation du patient à la prise en charge de sa douleur, mais ce n'est qu'une petite partie du chemin. Il s'agit de résultats préliminaires d'études d'observation. D'autres études seraient nécessaires pour analyser plus précisément comment et sous quelles conditions l'acceptation de certains aspects de la douleur chronique peut bénéficier au patient qui en souffre.

Mais tout l'intérêt de ces études est de montrer que l'objectif de sédation ou de guérison du symptôme douleur ne peut être considéré comme le seul objectif de prise en charge de la douleur chronique. Celui-ci devient double, au moins pour certains patients et dans certaines circonstances : à la fois renforcer le contrôle de la douleur et leur permettre de poursuivre des activités normales.

3.1.2 Prise en charge pluridisciplinaire de la douleur chronique

La littérature anglo-saxonne médicale (35) utilise de nombreux termes pratiquement interchangeables pour désigner les programmes de prise en charge multidisciplinaire de la douleur, par exemple : *“multimodal treatments”, “multidisciplinary facilities (multidisciplinary pain centre, and multidisciplinary pain clinic)”, “multidisciplinary approach”, “multicomponent treatments”, “interdisciplinary team”, “multidisciplinary team”, “chronic pain rehabilitation”, “functional rehabilitation”, “multidisciplinary care”*. Trois modes de prise en charge sont en fait rencontrés :

- multimodale : interventions concomitantes et séparées de diverses natures, sous la direction d'un praticien « référent » ;
- multidisciplinaire : plusieurs disciplines interviennent, pas nécessairement dans le même lieu, et sans qu'il y ait nécessairement de coordination ;
- interdisciplinaire : coordination explicite entre les divers intervenants, avec des « temps » de réflexion commune permettant une intégration des objectifs de traitement.

Le patient est considéré comme un participant actif de ses propres soins, l'équipe jouant le rôle d'expertise et de conseil.

L'*International Association for the Study of Pain* (IASP) a défini 2 types de structures multidisciplinaires de la douleur selon leurs activités (les « cliniques », structures légères, et les « centres », structures plus lourdes habilitées en outre à la recherche et à l'enseignement) que l'on retrouve sous des formes un peu différentes en France (présentées

plus loin dans le paragraphe « contexte français »). Les objectifs de la prise en charge dans ces structures sont moins à visée « curative » qu'à visée de « réhabilitation » du patient douloureux. Ce n'est pas la douleur elle-même qui est au centre des préoccupations, mais les résultats en termes de qualité de vie, d'autonomie du patient (moindre dépendance vis-à-vis des médicaments et autres modes de prise en charge), de restauration physique, psychologique et fonctionnelle. Les traitements peuvent varier d'une structure à l'autre en fonction des disponibilités locales, mais l'interdisciplinarité reste le « noyau dur » de ce mode de prise en charge.

4 Identifier et évaluer en première intention une douleur chronique

4.1 Rappel Anaes 1999-2000

Les recommandations pour la pratique clinique proposées par l'Anaes en 1999 (12) rappelaient les principes généraux de cette évaluation en médecine ambulatoire, en signalant qu'elle demande :

- du temps (qu'il est possible de répartir sur plusieurs consultations) ;
- et un bilan étiologique complet, avec entretien, examen clinique et si besoin examens complémentaires.

Une grille d'entretien semi-structuré indiquait les éléments cliniques essentiels sur lesquels se fonde l'entretien avec le patient présentant une douleur chronique ; le groupe de travail proposait en outre, parmi les possibles « outils de base » de l'évaluation de la douleur chronique en médecine ambulatoire, d'en privilégier 5 pour la pratique⁵ (rappelés en annexe 4) :

- un schéma des zones douloureuses ;
- une mesure de l'intensité de la douleur par échelle visuelle analogique, numérique, ou verbale simple. Ces échelles d'auto-évaluation doivent être utilisées par le malade, sans influence du médecin ou de l'entourage. Elles ne permettent pas de diagnostiquer le(s) mécanisme(s) sous-jacent(s) mais de mieux détecter les patients ayant besoin d'un traitement symptomatique⁶ ;
- une liste de mots descriptifs de la douleur, dont les seules versions longues (MacGill Pain questionnaire : MPQ, traduit et adapté en français sous le nom de questionnaire de la douleur de Saint-Antoine, QDSA) ont été validées, mais d'application difficile (du fait de cette longueur) en médecine ambulatoire. Ces descriptifs peuvent faciliter la reconnaissance de certaines douleurs (par exemple les douleurs neurogènes) et apprécier le retentissement affectif de la douleur. L'expérience des utilisateurs indique que les versions courtes - non validées - peuvent apporter des informations utiles, notamment le QDSA abrégé ;
- une évaluation de l'éventuelle composante anxieuse et dépressive (version française de l'échelle HAD : *Hospital Anxiety and Depression Scale*) ;
- une évaluation du retentissement de la douleur sur le comportement quotidien, pour laquelle il n'existe pas d'instrument validé, en français, suffisamment court permettant d'apprécier ce retentissement. Le groupe de travail proposait d'utiliser une partie du questionnaire concis sur les douleurs (QCD) : version française courte du *Brief Pain Inventory* (BPI), chaque item coté étant considéré comme une information séparée (sans qu'il soit possible, en l'absence de validation, d'effectuer un score global). Le QCD utilise d'ailleurs les « outils » 1 et 2.

⁵ Seuls l'échelle visuelle analogique (EVA) et le questionnaire HAD sont validés.

⁶ Les scores obtenus ne permettent pas de déterminer le type de traitement nécessaire, ni de faire des comparaisons interindividuelles.

Le guide Anaes (12) décrit également et compare les qualités métrologiques d'autres instruments d'évaluation multidimensionnelle de la douleur (*Multidimensional Pain Inventory (MPI ou WHYPI), Dallas Pain Questionnaire*), d'explorations fonctionnelles de l'incapacité fonctionnelle, de détresse psychologique, de retentissement sur les comportements quotidiens. On peut se référer au document intégral, disponible en ligne sur le site de la HAS.

L'évaluation de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale a fait l'objet d'un autre guide de pratique de l'Anaes en 2000 (36). Il y est souligné que l'évaluation correcte de la douleur associe une échelle d'hétéro-évaluation et une analyse sémiologique et étiologique : « *l'évaluation en équipe pluridisciplinaire, la réévaluation fréquente et l'établissement d'une cinétique des scores sur la feuille de soins du patient ou le cahier de liaison à domicile au même titre que d'autres paramètres de surveillance seront le gage de la mise en route d'un traitement antalgique adapté* ». Deux échelles d'hétéro-évaluation sont proposées en annexe 4, en cours de validation en 2000 : l'échelle Doloplus-2[®] et l'échelle ECPA (échelle comportementale d'évaluation de la douleur chez la personne âgée non communicante). Depuis, ces deux échelles ont été validées (27,37). Pour plus d'informations concernant l'évaluation de la douleur d'une personne âgée « non communicante », c'est-à-dire incapable de verbaliser, comprendre ou participer, les professionnels peuvent se reporter à 3 études récentes (38-40), dont une revue systématique (40) et des recommandations par consensus d'experts interdisciplinaires (38).

4.2 Limites et difficultés rencontrées

Les informations recueillies selon les principes ci-dessus, couplées à la notion de durée d'évolution, devraient aider le praticien à la décision de demande d'avis spécialisés, d'orientation vers un réseau multidisciplinaire plus ou moins structuré, ou l'envoi vers une structure spécialisée dans la prise en charge de la douleur. Cependant, plusieurs études, résumées dans le tableau 5, ont analysé certaines limites et difficultés rencontrées dans l'application de ces principes dans notre système de soins (29,41-48).

L'évaluation de la douleur chronique en pratique ambulatoire pose problème : de temps, de connaissance, d'habitude, de pertinence. Même si l'on constate depuis 2000 une utilisation de plus en plus courante de l'échelle EVA (unidimensionnelle) de l'intensité de la douleur, les évaluations de type multidimensionnel restent l'exception, de même que les traces de cette évaluation dans le dossier médical. L'étude contrôlée de Pouchain *et al.* (42,43) montrait même que l'utilisation des échelles validées (EVA et HAD) n'apportait pas de bénéfice aux patients en termes de soulagement de la douleur et concluait que les recommandations préconisant l'utilisation de ces échelles n'étaient pas adaptées aux situations cliniques rencontrées en soins primaires. Il est cependant utile de rappeler qu'aucun outil d'évaluation ou de diagnostic n'a pour objectif de traiter le symptôme, mais a pour objectif d'évaluer le symptôme afin d'adapter le traitement. Si la douleur identifiée par l'outil d'évaluation n'est pas soulagée, il est possible que ce soit parce que le traitement ultérieur n'est pas adapté et non que l'outil est inadapté aux situations cliniques.

Une forte proportion des patients atteints de douleur chronique reste prise en charge exclusivement dans le secteur des soins primaires, avec un résultat satisfaisant dès qu'il y a reconnaissance du caractère spécifique du syndrome douloureux chronique (29,41-45).

Praticiens de première ligne et praticiens des structures spécialisées douleur communiquent peu ou mal : implantation très disparate des structures spécialisées de lutte contre la douleur chronique sur le territoire français, délais de rendez-vous trop longs, méconnaissance des professionnels, « outils » de communication inexistantes ou, comme le montre la remarque précédente, mal adaptés (29,41,44,45).

Ces remarques peuvent guider la réflexion sur le parcours de soins optimal du patient atteint de douleur chronique :

- l'aspect « évaluation » formalisé par les échelles de toute nature semble moins concerner la prise en charge habituelle du patient douloureux en soins primaires – par définition par un médecin qui connaît et suit son patient au long cours – que dans un contexte différent, notamment de type structure spécialisée ou hospitalier, d'où sont extraites les données scientifiques qui ont servi à l'élaboration des recommandations ;
- l'aspect « multidisciplinarité » de la prise en charge n'apparaît pas clairement dans ces études, en partie pour des raisons pratiques de difficultés d'accès qui nécessitent une réorganisation de l'offre actuelle ;
- les difficultés évidentes de « communication » laissent supposer la nécessité d'une approche de type « réseau » formalisé ou non, et en tout cas de possibilités d'échanges sur des dossiers dont les outils semblent à créer.

1 ^{er} auteur, année, référence	Type d'étude	Population	Intervention	Conclusions/commentaires
Schmidt 2000 (47)	Étude prospective auprès des 257 médecins généralistes (MG) aveyronnais	78 réponses (« paires » MG/patient douloureux)/douleurs cancéreuses	Évaluation multidimensionnelle de la douleur (questionnaire patient/questionnaire médecin) et observation des pratiques thérapeutiques	L'aspect multidimensionnel de la douleur est difficilement évalué (topographie dans 6,2 % des cas), entraînant un déficit de prescriptions antalgiques (dans 39,7 % des cas)
Vidal Jalton 2001 (41)	Enquête de pratique descriptive auprès d'un échantillon tiré au sort de 200 MG de Haute-Garonne	113 MG participants (56 % de l'échantillon)/pathologie ostéoarticulaire (61 %), neurologique (33 %) et divers	Entretien face à face avec recueil de données issues des dossiers médicaux (questions fermées et ouvertes)	<ul style="list-style-type: none"> - Attitude cohérente dans l'évaluation, approche centrée sur le patient, coordination des soins (recours spécialisé : 75 % des cas) - Déception/structures douleur (délais trop longs, communication insuffisante) - Lourdeur et inadaptation des outils d'évaluation proposés, peu utilisés (topographie 6,2 %, échelles d'intensité 27 %, retentissement psychologique 0,9 %)
Pouchain 2002 (42,43)	Étude randomisée multicentrique (médecins volontaires)	155 médecins de 20 régions de France ; 772 patients souffrant de douleurs chroniques de l'appareil locomoteur	<p>Groupe intervention : utilisation de l'EVA et de la HAD</p> <p>Groupe témoin : soins habituels</p> <p>Critère principal : soulagement des patients (auto-évalué)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Soulagement supérieur dans le groupe témoin - Pas de modifications significatives des prescriptions d'antalgiques - Inadaptation des « recommandations » à la pratique courante ?
Tajfel 2002 (44)	Étude transversale prospective dans 20 centres de 10 MG en Île-de-France (tirage au sort sur liste de 400 proposée par l'URML Île-de-France)	178 MG participants effectifs/3 291 patients (1 408 douloureux : rhumato 31 %, ORL 24 %, digestifs 14 %, céphalées 9 %, traumatisme 8 %, gynéco 1 %, cancer 1 %)	<ul style="list-style-type: none"> - Questionnaire médecin : description et mode de prise en charge de la douleur - Questionnaire patient à J4 : auto-évaluation (plus évidente pour les douleurs aiguës : délai court de 4 jours) 	<ul style="list-style-type: none"> - Prévalence importante de la douleur comme motif de consultation (43 %, dont 21 % de douleurs chroniques) mais très faible prévalence d'origine cancéreuse - Peu de recours à un spécialiste (7 %) et sollicitation rare (0,3 %) des structures douleur, malgré une bonne connaissance globale de leur existence - Utilisation peu fréquente des échelles d'évaluation (13,6 % des médecins pour 6 % des patients)

Tableau 5 (suite). Enquêtes et études sur les problèmes d'évaluation de la douleur en médecine générale en France depuis 1999

1 ^{er} auteur, année, référence	Type d'étude	Population	Intervention	Conclusions/commentaires
Liard 2002 (48)	Sondage auprès de 200 MG internautes : réponse à un questionnaire de 34 questions	198 réponses réparties sur le territoire français/200	Obstacles à la prise en charge : manque de temps, difficultés de l'évaluation de la douleur, souhaits de formation	60 % de ces médecins n'ont jamais ou très rarement utilisé les échelles d'évaluation de l'intensité de la douleur
UrcamIDF 2003 (29)	Enquête auprès de 1 815 patients douloureux chroniques d'Île-de-France et de leurs médecins	1 815 réponses de patients aux médecins-conseils, 1 502 questionnaires renseignés par les médecins prescripteurs	1 515 patients non migraineux (83 %, dont 76 % rhumatologiques), 300 migraineux (17 %) Douleur insuffisamment soulagée dans plus de la moitié des cas, avec fort retentissement dans la vie quotidienne	Difficultés pour 46 % des médecins : - dans l'évaluation de la douleur (dans ses aspects multiples) ; - liées à l'accès à l'offre de soins (pour 10 % : accès à une structure douleur, pour 9 % : accès à un spécialiste, pour 5 % : accès à l'hospitalisation)
Allaria-Lapierre 2007 (45)	Suivi par médecins-conseils à 3 et 6 mois de 2 sous-cohortes de patients douloureux chroniques (douleurs rhumatologiques et neuropathiques) en région PACA	A : 109 patients sans prise en charge spécialisée de la douleur B : 63 patients suivis par algologue ou structure douleur	A et B : scores d'intensité de la douleur (EVA) et anxiété dépression (HAD) comparables en début d'étude Réévaluation dans le groupe A à 3 et 6 mois. Les patients du groupe B n'ont pas été revus à 6 mois (considérés comme « modèle » de prise en charge spécifique)	- La prise en charge spécifique de la douleur est assurée dans plus de la moitié des cas dans le groupe A par le médecin traitant - Dans ce cas, la douleur est significativement améliorée à 6 mois (moyenne EVA 6,54 à M3, 5,97 à M6, p = 0,027 ; 5,55 à M3 et 5,05 à M6 en l'absence de prise en charge spécifique). - Difficultés : temps nécessaire, forte disparité intra-régionale en fonction de l'existence ou non de structures douleur, délais de rendez-vous trop longs en structure douleur
Dias 2006 (46)	Enquête par questionnaire postal/prise en charge douleur chronique auprès des 173 MG d'un bassin de population lorrain	84 réponses exploitables (partenaires, utilisation des échelles d'évaluation...)	Questionnaire de type déclaratif	- Les échelles unidimensionnelles sont fortement utilisées, contrairement aux échelles multidimensionnelles ou aux échelles d'hétéroévaluation, mais il y a peu de traces dans le dossier médical - Le travail pluridisciplinaire passe majoritairement par les structures douleur, moins par les spécialistes d'organe. La communication se fait essentiellement par courrier et téléphone - Les paramédicaux sont peu mis à contribution

4.3 Recommandations internationales

Dans la plus récente version du guide de pratique de l'ICSI (49), sur laquelle s'appuient notamment les recommandations américaines, il est rappelé en préambule que l'objectif est *d'assurer au mieux la prise en charge* de la douleur chronique, pas nécessairement de *l'éliminer*. Le traitement médicamenteux n'est donc pas la priorité dans une prise en charge globale qui vise à améliorer le statut fonctionnel du patient, ses aptitudes et sa qualité de vie.

Le guide de pratique de l'ICSI (49) propose pour l'évaluation de premier niveau du patient atteint de douleur chronique (définie comme un « droit ») une approche reposant sur ces principes (proposition fondée sur des preuves de niveau B, C, D, R⁷) :

- pour la douleur elle-même : topographie, intensité, description (caractéristiques), conséquences ;
- anamnèse et examen clinique complet, y compris pour les troubles anxieux ou dépressifs éventuellement associés ;
- évaluation des capacités fonctionnelles, de la qualité de vie, et de l'aptitude à assurer les activités habituelles de la vie courante.

L'ICSI rappelle que **l'auto-évaluation du patient est l'indicateur le plus fiable de l'existence et de l'intensité** de la douleur et donc l'élément central de toute évaluation de la douleur. L'ICSI recommande pour évaluer la douleur chronique des outils unidimensionnels (échelles d'évaluation de l'intensité de la douleur) et multidimensionnels (topographie, BPI et autres), outils qui selon les recommandations doivent être :

- adaptés au malade (selon son âge, ses croyances, son origine ethnique, son statut économique, psychologique, émotionnel) ;
- incluant obligatoirement une échelle d'évaluation multidimensionnelle ;
- explorant la localisation, les caractéristiques, l'intensité, la durée, les facteurs aggravants ou soulageant, la variabilité et la prédictibilité de la douleur ;
- très précocement dans le processus d'évaluation.

Il est recommandé **pour la première consultation d'utiliser une échelle multidimensionnelle** telle que la BPI pour appréhender correctement la douleur, le patient complétant le questionnaire avant de rencontrer le médecin ; de même pour les consultations suivantes. Selon l'ICSI, les échelles d'évaluation de l'intensité de la douleur ne devraient être utilisées que lors d'épisodes douloureux spécifiques au cours de l'évolution de la pathologie (preuves de niveau C et R).

Par ailleurs, la définition de la douleur chronique ne dépendant pas seulement de sa durée, mais de son retentissement sur le bien-être, le statut fonctionnel et la qualité de vie du malade, il faut envisager qu'une douleur peut devenir « chronique » et l'évaluer dans cette hypothèse dès qu'elle dure au-delà de 6 semaines, ou en tout cas avant la période de guérison prévisible (accord professionnel - niveau R).

Les recommandations britanniques (50,51) proposent une démarche analogue. Elles insistent sur le fait que certains patients atteints de douleur chronique peuvent être pris en charge exclusivement dans le secteur des soins primaires sous réserve de réel travail en équipe (réseau ?) de type multiprofessionnel (médecin, infirmier(e), psychologue, ergothérapeute, etc.) en liaison systématique avec la structure douleur locale de référence. Le guide de 2004 proposait un questionnaire pré-consultation standardisé à faire remplir au patient douloureux, l'interrogeant précisément sur les caractéristiques de sa douleur, son retentissement, la représentation qu'il s'en faisait, et les différentes prises en charge déjà effectuées.

⁷ Gradation de l'ICSI en annexe 5.

4.4 Recommandations HAS

4.4.1 Identifier une douleur chronique

Identifier une douleur chronique nécessite que le professionnel de santé recherche et reconnaisse la douleur du patient telle que ce dernier la ressent et l'exprime, ce qui ne préjuge en rien du type de sa douleur et de ses mécanismes.

Il est recommandé à tout professionnel de santé d'évoquer une douleur chronique dès lors que les critères de la définition ci-dessus sont retrouvés (§ 2.1). Certains signes cliniques doivent alerter le professionnel :

- douleur avec une composante anxieuse, dépressive ou autres manifestations psychopathologiques ;
- douleur résistant à l'analyse clinique et au traitement *a priori* bien conduit et suivi, conformément aux recommandations en cours ;
- douleur avec interprétations ou croyances du patient éloignées des interprétations du médecin concernant la douleur, ses causes, son retentissement ou ses traitements.

4.4.2 Évaluer en première intention un patient qui présente une douleur chronique

Le but de l'évaluation initiale, quel que soit le contexte de pratique ou de discipline médicale dans lequel elle est réalisée, est de permettre une description précise de la douleur, compréhensible par tous les acteurs amenés à consulter le dossier du patient. Au cours de l'exercice de leurs pratiques, divers professionnels de santé, en particulier les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et psychologues, sont amenés à identifier des patients ayant un syndrome douloureux chronique ; ces professionnels peuvent participer à l'évaluation et en avertir le médecin traitant.

Cette évaluation nécessite de connaître les antécédents médicaux, chirurgicaux personnels et familiaux du patient. Elle peut être longue et nécessiter plusieurs consultations.

Il est recommandé que cette évaluation comprenne :

- un bilan permettant de définir les caractéristiques de la douleur : conditions et circonstances de survenue de la douleur, topographie, intensité, facteurs déclenchant ou soulageant, durée et variabilité dans le temps, caractère nociceptif ou neuropathique. Ce bilan, à la recherche des causes de la douleur, comprend un entretien, dont une partie au moins est semi-structurée ou utilise des outils ou questionnaires validés, un examen clinique et les examens complémentaires nécessaires ;
- une auto-évaluation de l'intensité de la douleur, ou à défaut de participation possible du patient, une hétéro-évaluation qui lui soit adaptée, pouvant tenir compte de l'évaluation par ses proches, en particulier chez l'enfant ou en cas de troubles graves de la communication ;
- une recherche du retentissement social, scolaire ou professionnel et économique de la douleur chronique, y compris les procédures en cours (arrêt de travail, reclassement, litige, etc.) ;
- l'analyse des résultats des traitements antérieurs, médicamenteux ou non (réaction aux antalgiques usuels, observance par exemple) ;
- la recherche systématique des troubles anxieux, dépressifs ou des manifestations psychopathologiques induits ou associés, mais aussi des interprétations et croyances du patient vis-à-vis de sa douleur, ses causes, son retentissement ou ses traitements, qui seraient éloignées de celles du médecin, cette divergence pouvant retentir sur l'intensité de la douleur et les effets du traitement.

Il est recommandé de suivre l'évolution de la douleur à intervalles réguliers, si elle persiste malgré la prise en charge. Les échelles d'évaluation de la douleur chronique ou autres outils validés spécifiques de la pathologie sous-jacente peuvent fournir des repères utiles sur

l'évolution de la douleur dans le temps. Il ne faut pas attendre de ces outils un bénéfice sur l'intensité de la douleur.

5 Orienter un patient présentant une douleur chronique vers une structure spécialisée

Cette partie cherche à répondre aux deux questions suivantes :

- sur quels critères orienter le patient atteint de douleur chronique vers une structure spécialisée douleur ?
- quels éléments transmettre à la structure spécialisée d'évaluation et de traitement de la douleur lors de la première demande d'avis ?

La nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire de la douleur est apparue vraisemblablement lors de la Seconde Guerre mondiale et des conceptualisations qui ont suivi dans les années 1960-70 (52)). Ce modèle biopsychosocial de la douleur chronique (cf. § 2.1.1) a permis le développement progressif de structures interdisciplinaires où des professionnels de diverses disciplines travaillent ensemble dans un but commun, prennent des décisions thérapeutiques collectives, se rencontrent physiquement pour en discuter, utilisent un dossier médical commun, et impliquent le patient dans ces décisions. Les termes *interdisciplinaire* et *multidisciplinaire* ne sont donc pas interchangeables, représentant deux approches collectives différentes (cf. § 3.1.2). Cependant, les données de la littérature sur la prise en charge de la douleur chronique concernent plutôt les interventions multidisciplinaires (multimodales). Selon l'analyse faite en 2006 par l'agence québécoise d'évaluation des technologies en santé, trois « modèles » de systèmes de soins ont particulièrement développé le modèle interdisciplinaire : le système français (cf. § 7.1), le système australien (53), et la *Veterans Health Administration* américaine (54).

5.1 Indications d'une prise en charge interdisciplinaire

5.1.1 Revues systématiques

► Lombalgie chronique

Du strict point de vue d'une prise en charge multidisciplinaire, les études disponibles concernant la lombalgie chronique ont été analysées dans la récente recommandation européenne (55). Les auteurs n'ont retenu que 2 méta-analyses de qualité, toutes les deux revues *Cochrane* (56,57), éliminant 4 autres revues systématiques de qualité insuffisante (tableau 6). Ils ont retenu 6 essais randomisés additionnels répondant à des critères de qualité publiés après la méta-analyse de Guzmán *et al.*, avec les mêmes conclusions (ci-dessous). L'ensemble de ces études excluait les patients ayant une indication chirurgicale.

1^{er} auteur, année, référence	Nature	Intervention	Critères de jugement retenus	Commentaires
Guzmán 2001 (56)	Revue Cochrane (10 essais, 1 964 patients)	Prise en charge multidisciplinaire vs non multidisciplinaire	Douleur, état fonctionnel, reprise de travail, date de guérison	En cours d'actualisation par le groupe Cochrane au 30 juin 2008 (cf. conclusion dans le texte)
Schonstein 2003 (57)	Revue <i>Cochrane</i> (19 essais)	Programmes combinés entraînement physique intense /composants cognitivo-comportementaux	Durée de l'arrêt de travail	Réduction de l'absentéisme (preuve niveau A)

* Concerne également les cervicalgies

Au total :

- une prise en charge multidisciplinaire intensive comportant réhabilitation biopsychosociale et restauration fonctionnelle réduit la douleur, améliore l'état fonctionnel des patients lombalgiques chroniques, et favorise la reprise des activités professionnelles (preuves de niveau A) ;
- des interventions moins intensives ne donnent pas de résultats probants ;
- les modalités et intensités de traitement varient substantiellement d'une étude à l'autre, ce qui interdit les extrapolations et nécessite des recherches complémentaires ;
- les aspects coûts-efficacité n'apparaissent pas clairement dans ces études.

► **Cervicalgies et pathologies de l'épaule**

En ce qui concerne les cervicalgies et les pathologies de l'épaule, une revue systématique Cochrane (58) a inclus seulement 2 études répondant aux critères de sélection, malgré leur qualité insuffisante, parmi les presque 2 000 études relevées. Les auteurs ont conclu à l'insuffisance de preuves d'efficacité ou non-efficacité de programmes de réhabilitation de type multidisciplinaire dans ces indications et recommandent des essais dans ce domaine.

► **Douleurs chroniques du membre supérieur**

Une autre revue Cochrane (59) s'est intéressée particulièrement à la réhabilitation biopsychosociale de patients atteints de douleurs chroniques du membre supérieur en rapport avec des traumatismes répétitifs du travail. Deux essais seulement ont été retenus, de qualité médiocre. Il n'apparaissait pas au total de différence significative en faveur de l'intervention, et les auteurs recommandaient des essais de meilleure qualité.

► **Fibromyalgies et autres douleurs musculo-squelettiques**

Une autre revue Cochrane (60) s'est intéressée aux fibromyalgies et autres douleurs musculo-squelettiques. Dans les 11 essais randomisés retenus, les preuves de l'efficacité de la prise en charge multidisciplinaire sont insuffisantes, bien que montrant quelques effets positifs à long terme.

► **Douleurs chroniques pelviennes « non spécifiques »**

La prise en charge multidisciplinaire des douleurs chroniques pelviennes « non spécifiques » chez la femme (c'est-à-dire non consécutives à une endométriose, une dysménorrhée primaire, une réaction inflammatoire pelvienne - et brides - secondaire à une infection sexuellement transmissible, ou côlon irritable) a également fait l'objet d'études (61). Une revue *Cochrane* (62) en montre effectivement l'intérêt pour certains résultats (amélioration des troubles de l'humeur, diminution de l'intensité de la douleur, amélioration de l'auto-évaluation, des activités

journalières, des symptômes associés), mais dans une seule des 14 études retenues pour la méta-analyse.

► **Migraines et céphalées chroniques quotidiennes**

La base de données Cochrane ne contient qu'un seul essai randomisé canadien de faible effectif (80 patients, 3 semaines) concernant la prise en charge multidisciplinaire de la migraine (63). Cet essai montre les effets cliniques bénéfiques de cette prise en charge, restant significatifs 3 mois après l'étude, mais sans retentissement sur les médicaments pris ou les arrêts de travail. Un autre essai randomisé canadien de faible effectif également (70 patients durant environ 1 an) a montré que les résultats de la prise en charge multidisciplinaire des céphalées chroniques quotidiennes sont meilleurs que ceux d'une prise en charge classique pour ce qui est de l'invalidité moyenne constatée et de la prise médicamenteuse.

Le tableau 7 résume les données actuelles des revues systématiques retenues pour leur grande qualité méthodologique dans l'analyse canadienne du *Health Technology Assessment* (35). Outre les données des revues systématiques, l'agence canadienne évalue comme « efficaces » les interventions multidisciplinaires sur la douleur chronique lorsqu'il y a des facteurs psychologiques en cause (opinions d'experts, études descriptives et rapports de comités d'experts).

De récentes études d'observation ont ainsi montré que les interventions de ce type améliorent l'adhésion aux procédures choisies, bien qu'elles ne modifient pas les résultats à long terme (données d'observation suisse sur près de 1 500 dossiers de malades non hospitalisés (64)), mais aussi les processus cognitifs, notamment le catastrophisme et les représentations de la douleur (expérimentation de différentes échelles près d'une centaine de patients australiens (65)).

Tableau 7. Données actuelles sur l'efficacité des programmes multidisciplinaires de prise en charge de la douleur chronique (adapté de *Multidisciplinary Pain Programs for Chronic Pain* (35))

Indication	Conclusions	Niveau de preuve
Lombalgie chronique	Efficace	Fort : nombreux essais randomisés contrôlés de bonne qualité, aux résultats généralement concluants
Douleurs pelviennes non spécifiques	Peut être efficace	Modéré : un seul essai randomisé de qualité suffisante
Fibromyalgie et autres douleurs musculo-squelettiques	Pas de conclusion possible	Insuffisant : essais randomisés de qualité ou de puissance insuffisantes, résultats inconsistants
Cervicalgies et douleurs de l'épaule	Pas de conclusion possible	Insuffisant : essais randomisés de qualité ou de puissance insuffisantes, résultats inconsistants

► **Douleurs chroniques affectant les tissus mous**

Aucune information n'est disponible en ce qui concerne les douleurs affectant les tissus mous.

► **Conclusion**

Les preuves de l'efficacité d'une prise en charge multidisciplinaire intensive n'apparaissent donc clairement que dans le cadre des lombalgies chroniques.

5.1.2 Recommandations françaises et internationales

Les nombreuses recommandations internationales pour la prise en charge de la douleur chronique envisagent surtout l'évaluation de la douleur et les aspects thérapeutiques. Parmi celles-ci, 16 recommandations consacrent une part variable à la prise en charge multidisciplinaire ou interdisciplinaire, de la simple allusion à l'élaboration de propositions organisationnelles. Elles sont résumées dans le tableau 8 (13,15,19,21,28,49-51,53,55,66-71).

Les recommandations de l'Anaes concernant le « Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique » recommandent « les prises en charge multidisciplinaires associant, dans des proportions qui restent à définir, des séances d'éducation et de conseils, des exercices physiques intensifs supervisés ou non par un kinésithérapeute à une prise en charge psychologique pour le traitement à visée antalgique, fonctionnelle et dans une moindre mesure pour le retour au travail des lombalgiques chroniques (grade B) » (72).

Les deux recommandations de l'Anaes sur la douleur chronique (12,36) n'évoquaient pas ce mode de prise en charge, mais proposaient des outils d'évaluation de la douleur. Il en était de même des guides de pratique de la *Veterans Health Administration* (73) et d'une association de résidences de personnes âgées du New Jersey (74).

Tableau 8. Recommandations professionnelles

1 ^{er} auteur, année, référence, pays	Titre Méthode	Recherche systématique de la littérature	Thème principal	Niveaux de preuve**	Groupe d'experts pluridisciplinaire	Relecture (R) – Validation externe (V)
Krakowski 1995 (28) France	Recommandations pour une bonne pratique dans la prise en charge de la douleur du cancer chez l'adulte et l'enfant (guide de pratique FNCLCC)	Probable, mais ND* (340 références)	Douleur cancéreuse : évaluation, traitements non pharmacologiques et pharmacologiques, populations particulières (nouveau-nés et enfants, personnes âgées), plan d'assurance qualité (interdisciplinarité)	ND	Oui	R/V
American Geriatrics Society 1998 (66) USA	The management of chronic pain in older persons (guide de pratique société savante)	Probable, mais ND (méthodologie AHCP, 116 références)	Douleur chez les personnes âgées : prise en charge multidisciplinaire en cas d'échec thérapeutique et d'altération de la qualité de vie	Accord professionnel	Oui	R/V
Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2000 (15) Écosse	Control of pain in patients with cancer (guide de pratique système de santé)	Oui (1980-1997)	Douleur cancéreuse (cf. réf. 28) : « la prise en charge optimale de la douleur cancéreuse peut requérir une intervention multiprofessionnelle »	ND	Oui	R/V
College of Physicians and Surgeons of Ontario 2000 (67) Canada	Evidence-based recommendations for medical management of chronic non-malignant pain (guide de pratique système de santé)	ND (mais affichage de niveaux de preuve selon analyse systématique de la littérature)	Douleur chronique non cancéreuse : prise en charge multimodale pour les lombalgies chroniques (niveau III***), cervicales (accord professionnel), ou autres douleurs (avis d'experts et accord professionnel)	Selon indications	ND (« task force »)	ND

* ND : non documenté

** Il s'agit des niveaux de preuve concernant le mode pluridisciplinaire de prise en charge exclusivement.

*** Le niveau III canadien repose sur des essais non randomisés de qualité, des comparaisons avant-après, des études de cohortes, des séries de cas, ou des études cas-témoins. Le « niveau A » belge ou européen et le « niveau I » américain s'appuient sur des essais randomisés et méta-analyses.

Tableau 8 (suite). Recommandations professionnelles

1 ^{er} auteur, année, référence, pays	Titre Méthode	Recherche systématique de la littérature	Thème principal	Niveaux de preuve**	Groupe d'experts pluridisciplinaire	Relecture (R) – Validation externe (V)
Australian Pain Society 2002 (53) Australie	<i>Pain management programme for chronic, persistent or long lasting pain</i> (recommandations société savante)	ND (1 seule référence Cochrane : (56))	Objectifs d'un programme de prise en charge et conditions de mise en œuvre d'un programme multidisciplinaire	« En progression »	ND	ND
Société scientifique de médecine générale 2004 (19) Belgique	La douleur chronique (guide de pratique société savante)	Probable mais ND (3 niveaux de preuves, 123 références)	« Les différents facteurs somatiques, psychosociaux et comportementaux justifient le plus souvent une approche interdisciplinaire »	Niveau A***	Oui	R/V
Wisconsin Medical Society 2004 (68) USA	<i>Guidelines for the assessment and management of chronic pain</i> (guide de pratique système de santé)	ND (28 références)	Guide destiné à la prise en charge de la douleur chronique non cancéreuse en soins primaires (évaluation initiale et collaboration centres antidouleur)	ND (accord professionnel ?)	Oui (« task force »)	ND
British Pain Society 2004 (50) Grande-Bretagne	<i>A practical guide to the provision of chronic pain services for adults in primary care</i> (guide de pratique société savante)	ND	Démarche similaire à celle du groupe de travail du Wisconsin	ND (accord professionnel ?)	Oui	R
Sanders 2005 (21) USA	<i>Evidence-based clinical practice guidelines for interdisciplinary rehabilitation of chronic nonmalignant pain syndrome patients</i> (guide de pratique centres antidouleurs USA)	Oui (bases de données informatiques et recherche manuelle, 116 références)	Modélisation d'un « parcours de soins » du patient atteint de douleur chronique (non cancéreux)	Niveau I pour les lombalgies chroniques, accord professionnel pour autres	ND	ND
NGC 2005 (69) USA	<i>Assessment and management of chronic pain</i> (guide de pratique système de santé : National Guideline Clearinghouse)	Oui (travaux ICSI 2005 : 139 références, cf. ci-dessous mise à jour 2007)	« Un programme antidouleur centré sur le patient, multifactoriel, incluant tous les facteurs biopsychosociaux est indispensable » : approche en équipe interdisciplinaire coordonnée par le médecin traitant	Accord professionnel	Oui	R/V

Tableau 8 (suite). Recommandations professionnelles

1 ^{er} auteur, année, référence, pays	Titre Méthode	Recherche systématique de la littérature	Thème principal	Niveaux de preuve**	Groupe d'experts pluridisciplinaire	Relecture (R) –Validation externe (V)
Gordon 2005 (70) USA	<i>American Pain Society recommendations for improving the quality of acute and cancer pain management</i> (guide de pratique société savante)	Oui (bases de données informatiques et recherche manuelle, 82 références)	Interdisciplinarité, planification de la prise en charge, décision partagée avec le patient et sa famille...	ND	Oui	R/V
Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé 2006 (13) Canada	Prise en charge de la douleur chronique (non cancéreuse) (évaluation système de santé québécois)	Oui (bases de données informatiques et recherche manuelle, 218 références)	Aspects organisationnels de la prise en charge de la douleur chronique dans le système de santé québécois avec recommandations de mise en œuvre	Accord professionnel	Oui	R/V
British Pain Society 2006 (71) Grande-Bretagne	<i>Recommended guidelines for pain management programmes for adults</i> (consensus et synthèse)	ND (20 références)	Mise à jour d'un document antérieur (1997) concernant les programmes en cours en soins primaires et secondaires	ND (accord professionnel ?)	Oui	R
National Health Services 2006 (51) Royaume-Uni	<i>Management of chronic pain in adults</i> (guide de pratique système de santé)	Oui (bases de données informatiques et recherche manuelle, 110 références)	Aspects pratiques (outils d'évaluation) et organisationnels de la prise en charge	ND	Oui	R/V
Airaksinen 2006 (55) Europe	<i>European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain</i> (guide de pratique groupe pluridisciplinaire)	Oui (bases de données informatiques et recherche manuelle, 661 références)	Un chapitre consacré à la prise en charge multidisciplinaire parmi les nombreux chapitres thérapeutiques	Niveau A	Oui	R/V
Institute For Clinical Systems Improvement 2007 (49) USA	<i>Assessment and management of chronic pain</i> (guide de pratique groupe pluridisciplinaire)	Probable mais ND (158 références)	Description des procédures de prise en charge primaire et secondaire de la douleur chronique	Niveau I*** et accord professionnel	Oui	R/V

De l'ensemble de ces recommandations, on peut dégager les éléments suivants qui font consensus⁸ :

1. La prise en charge de la douleur chronique est **d'abord centrée sur le patient** : il joue un rôle essentiel dans ses propres soins, il est le premier « évaluateur » de sa propre douleur, en outre responsable des aspects du traitement sur lesquels il a prise (observance, thérapeutique, changements de mode de vie, etc.).
2. L'évaluation initiale et le traitement de la douleur chronique reposent sur le **modèle biopsychosocial de la douleur** : il ne s'agit pas seulement de réduire l'intensité de la douleur, mais aussi d'améliorer l'état fonctionnel physique, psychologique, social et professionnel, et la qualité de vie du patient douloureux.
3. Il est primordial que la demande de prise en charge interdisciplinaire soit faite au « **bon moment** » (parcours de soins « utile », plutôt « trop tôt » que « trop tard »), **en fait dès que l'aspect « chronique » est envisagé** du fait de l'évolution de la douleur ou de son retentissement sur la qualité de vie du patient douloureux malgré la prise en charge en cours (en pratique 6 à 8 semaines)⁹.
4. La prise en charge de la douleur chronique se fait au mieux dans un **processus de soins par paliers**, où les patients reçoivent des soins de plus en plus complexes, plus spécialisés et souvent plus coûteux en fonction de leurs besoins. Ce « modèle » n'est pas unidirectionnel, puisque les patients peuvent aller d'un niveau à l'autre selon l'évolution de leur douleur.
5. Le **modèle interdisciplinaire** est considéré, malgré le manque de données probantes de haut niveau, comme optimal pour les douleurs chroniques : les guides de pratique recommandent la prise en charge de la douleur chronique par des équipes intégrées composées de médecins, psychologues, physiothérapeutes, ergothérapeutes, infirmiers, travailleurs sociaux, etc. (liste non exhaustive). Les membres de ces équipes se rencontrent régulièrement pour discuter des cas des malades, utilisent un système de dossiers communs, et ont une approche commune de prise en charge des patients. **L'ensemble du dispositif implique une démarche d'assurance qualité** qui suppose les formations, évaluations et recherches (et donc les moyens, financiers et réglementaires) nécessaires aux structures et aux intervenants à tous les niveaux.
6. Cette approche suppose notamment **une communication systématisée entre les intervenants de différents niveaux**, pour assurer au mieux la continuité des soins.

Au total, 6 de ces recommandations (GB, Canada, USA) se sont tout particulièrement intéressées à l'orientation du patient vers une structure spécialisée douleur (13,49,50,68,71). Leurs conclusions sont résumées dans le tableau 9.

Un arbre de décision proposé à l'issue d'une revue générale de la littérature a retenu les critères suivants pour fonder la décision d'orienter le patient vers une structure multidisciplinaire de la douleur (75). Cette orientation est proposée en vue d'une évaluation multidisciplinaire de la douleur lorsque les éléments suivants sont réunis :

- le patient exprime une douleur persistante et sollicite une aide ;

⁸ Ces éléments apparaissent le plus clairement dans le guide québécois (13), mais se retrouvent sous des formes équivalentes dans les 16 recommandations résumées dans le tableau 8.

⁹ La recommandation britannique (50) vise explicitement le recours aux soins palliatifs : cette relative « précocité » permet au patient et aux professionnels des soins palliatifs, d'une part, de se rencontrer avant que la situation ne devienne désastreuse, d'autre part, de préparer un accès rapide aux soins le jour venu. Il reste important pour le praticien de secteur ambulatoire de continuer à voir le patient en attendant le rendez-vous et de modifier le traitement à la demande.

- et la cause :
 - est connue,
 - ou inconnue, mais les causes graves ont été exclues,
 - ou inconnue et pour laquelle des avis spécialisés après investigations complémentaires ont déjà proposé un traitement en rapport ;
- et il n'y a pas de traitement curatif disponible ;
- et les mesures antalgiques prises ne sont pas suffisantes ;
- et/ou la douleur interfère avec les activités quotidiennes ou l'état émotionnel.

Tableau 9. Quand envisager un recours de deuxième niveau ?

	GB 2004 (50)	USA 2004 (68)	Québec 2006 (13)	GB 2006 (51)	GB 2006 (71)	USA 2007 (49)
Incertitude diagnostique	x	x	x	x	x	x
Demande expresse du patient			x	x	x	
Impossibilité d'évaluation et prise en charge multidisciplinaire (indisponibilité des professionnels par exemple)	x		x	x	x	x
Nécessité d'exams plus approfondis			x		x	x
Douleur mal contrôlée ou en aggravation	x		x	x	x	x
Retentissement important sur les activités et/ou l'humeur (interférences psychosociales)			x	x	x	x
Avis sur la pertinence du traitement choisi		x			x	x
Prise en charge au long cours (en liaison avec le médecin traitant)		x			x	x
Nécessité d'interventions de type palliatif*						x

* Le terme est explicitement utilisé par l'ICSI en dehors de tout contexte de douleur cancéreuse : il doit être intégré à la prise en charge (et faire l'objet d'une communication claire avec le patient) que certaines douleurs ne peuvent être totalement « guéries ».

5.2 Éléments à transmettre à la structure douleur lors de la première demande d'avis

Le syndrome douloureux chronique est l'un des exemples d'une maladie chronique où le dossier médical est l'outil nécessaire au suivi et à la coordination des soins, selon la définition actuelle du dossier médical personnel (DMP) (76). En ce qui concerne le « problème » spécifique douleur chronique et soins primaires, dans le cadre d'un dossier idéal « orienté problème » selon la définition rappelée dans la recommandation 1996 de l'Andem (77) (rappel en annexe 6), il s'agit donc de définir clairement quelle information doit être enregistrée (l'acronyme « SOAP » correspond bien à ce besoin, cf. annexe 6) et le cas échéant transmise. Compte tenu des réserves émises sur l'emploi systématique des échelles d'évaluation en pratique courante, les données qu'il est indispensable de transmettre sont celles du dossier médical « standard » orienté spécifiquement douleur :

- données personnelles (administratives, médicales antérieures) du patient (les éléments essentiels de la « base de données » définie dans le dossier « POMR ») ;
- « S » (*subjective*) et « O » (*objective*) : éléments subjectifs et objectifs du problème « douleur » : anamnèse du syndrome douloureux (données de l'examen clinique et des

examens complémentaires), problèmes généraux de santé (y compris symptômes anxieux/dépression), éléments psychosociaux intervenant, recours antérieurs pour ce motif ;

- « A » (*assessment*) : éléments d'évaluation du problème douloureux, traitements (médicamenteux ou non) déjà utilisés et leurs résultats ;
- « P » (*plan*) : motifs du recours à un avis spécialisé :
 - aide diagnostique,
 - validation d'une stratégie thérapeutique,
 - conseil pharmacologique (thérapie optimale),
 - aide pour une prise en charge au long cours.

Les différents outils décrits dans la précédente recommandation de l'Anaes (12) s'inscrivent le cas échéant dans cette démarche, mais ils ne sont pas d'égal intérêt dans le cadre du soin primaire (cf. § 4.2).

5.3 Recommandations HAS

Adresser un patient vers une structure spécialisée dans l'évaluation et le traitement de la douleur chronique nécessite que soient respectées les conditions suivantes :

- le bilan clinique initial, ainsi que les avis spécialisés et examens complémentaires adaptés à la situation (notamment lorsque la douleur évoque une pathologie somatique), a été réalisé. Il ne peut y avoir d'exception que sur demande argumentée du médecin traitant ;
- la demande de prise en charge spécialisée n'est jamais un abandon de la prise en charge ambulatoire ;
- le médecin qui adresse le patient à la structure spécialisée l'a informé du caractère multidisciplinaire des évaluations effectuées dans ces structures ;
- il est par ailleurs souhaitable que la demande de consultation réponde à des objectifs discutés entre le patient, et ses parents chez l'enfant, et le médecin prescripteur.

5.3.1 Critères d'orientation vers une structure spécialisée

Le recours à une structure spécialisée d'évaluation et de traitement de la douleur chronique, en cas de persistance de la douleur malgré le traitement en cours, est recommandé avec pour indications prioritaires :

- **un avis diagnostique complémentaire** (évaluation approfondie et multidimensionnelle des déterminants et des mécanismes de la douleur), par exemple lorsque paraissent majeures :
 - l'intensité et la durée de la douleur par rapport à la lésion causale présumée, telle que l'ont identifiée les examens réalisés jusqu'alors,
 - ses répercussions sur la vie professionnelle, sociale et familiale, ou l'équilibre psychique du patient ;
- **un avis thérapeutique complémentaire**, par exemple lorsque :
 - le traitement est fréquemment modifié, du fait d'un soulagement insuffisant de la douleur,
 - une évaluation approfondie de la pertinence, de l'efficacité ou des effets secondaires de la prise en charge en cours, médicamenteuse ou non, est nécessaire,
 - un traitement antalgique de palier 3 est envisagé au long cours en dehors des pathologies cancéreuses,
 - un sevrage du traitement est envisagé mais difficile à mettre en œuvre ;
- **une mise en œuvre de l'évaluation ou de la prise en charge du patient facilitée par la structure spécialisée**, par exemple lorsque :
 - une approche interdisciplinaire est nécessaire, comprenant au moins l'un des éléments suivants :
 - approche psychologique,
 - approche sociale,
 - approche physique spécifique,
 - éducation thérapeutique ;

- un geste thérapeutique spécifique nécessite un recours à cette structure.

5.3.2 Éléments à transmettre à la structure spécialisée

Il est recommandé que la demande de consultation auprès d'une structure spécialisée d'évaluation et de traitement de la douleur chronique soit accompagnée d'un courrier type précisant les éléments suivants :

- données personnelles complètes du patient :
 - renseignements administratifs ; noms et coordonnées des professionnels intervenants à qui adresser, sur proposition ou avec l'accord explicite du patient¹⁰, les conclusions de l'évaluation dans la structure spécialisée,
 - contexte du patient interférant avec la douleur (familial, social, scolaire ou professionnel, culturel),
 - antécédents (personnels et familiaux) ;
- motif du recours sollicité par le médecin (diagnostique, thérapeutique, autre) ;
- examens complémentaires déjà réalisés et/ou avis spécialisés pris dans ce cadre et leurs résultats ;
- traitement(s) antérieur(s) à la demande d'avis (réaction aux antalgiques usuels, réponses aux thérapeutiques médicamenteuses ou non déjà utilisées, etc.).

Il est souhaitable que le courrier type comporte également les éléments essentiels de l'évaluation initiale de la douleur chronique réalisée par le médecin qui oriente le patient. Lorsque le patient ne peut les transmettre lui-même, il est recommandé que les éléments suivants figurent dans le courrier type :

- caractéristiques de la douleur chronique évaluée :
 - ressenti du patient (auto-évaluation), attentes et interprétations ou croyances concernant cette douleur,
 - historique de la douleur : ancienneté, mode de début, contexte d'apparition ou de récurrence, évolution, variabilité dans le temps, etc.,
 - données de l'examen du médecin (hétéro-évaluation) : topographie, typologie (douleur nociceptive, neuropathique, autre), intensité ;
- retentissement de la douleur :
 - sur la vie quotidienne (notamment incapacités fonctionnelles induites),
 - sur la vie relationnelle en particulier, chez l'enfant, sur les relations parents/enfant (modifications de l'humeur et du comportement, manifestations psychopathologiques,
 - sur les situations familiale, professionnelle, sociale et financière (y compris les éventuels litiges en cours).

6 Évaluer une douleur chronique en structure spécialisée

6.1 Objectifs et contenu de l'évaluation dans les recommandations internationales

L'évaluation en structure spécialisée de lutte contre la douleur répond, comme l'évaluation en secteur ambulatoire, aux principes généraux énoncés précédemment. Elle est plus largement développée dans certaines des recommandations du tableau 8, très clairement dans :

- les guides britanniques de la *British Pain Society* de 2004 et 2006 (50,71) ;
- le guide québécois de 2006 (13) ;
- les guides américains du *National Clearinghouse* (basés sur les documents de l'ICSI (49,69)).

¹⁰ Ou ses représentants légaux, en particulier chez l'enfant.

6.1.1 Recommandations britanniques

L'évaluation de second niveau est faite par un ou plusieurs membres de l'équipe de la structure douleur, éventuellement l'équipe complète, en fonction des critères d'inclusion ou d'exclusion, pour que le diagnostic clinique ainsi établi puisse définir le programme de prise en charge (information écrite) à proposer au patient atteint de douleur chronique (71).

Critères spécifiques au NHS :

- particularité des *Pain Management Programs* (PMPs) : prise en charge collective par groupes de 8 à 12 participants permettant des échanges entre patients (« groupes de parole » ?) ;
- critères d'inclusion habituels : douleur chronique responsable d'un handicap significatif et/ou de détresse, patient capable de comprendre les éléments du programme qui lui est proposé (interprète si nécessaire), et désireux de s'intégrer au groupe défini ci-dessus ;
- critères d'exclusion : patients à espérance de vie limitée, ou dont l'état de santé se détériore rapidement, psychoses ou insuffisance intellectuelle sévère ;
- différés : maladies sévères, éléments psychiques ou psychiatriques nécessitant une attention immédiate, ou interdisant l'utilisation de méthodes cognitivo-comportementales.

Les guides britanniques insistent sur l'aspect multidisciplinaire de la prise en charge, qu'il s'agisse de premier ou second niveau. Les ressources utilisées sont les mêmes. Le passage de l'un à l'autre niveau n'est pas un problème de durée de la douleur, mais de ses conséquences sur l'état psychique, l'incapacité entraînée et l'impact négatif sur la qualité de vie. L'évaluation de second niveau doit permettre :

- l'exclusion des maladies pouvant faire l'objet de traitements spécifiques ;
- la définition des options thérapeutiques (ou le constat de soins palliatifs) ;
- l'information complète du patient sur la douleur et ses modes de prise en charge, si cela n'a pas encore été fait (documents écrits souhaitables).

6.1.2 Recommandations québécoises

L'évaluation de second niveau est résumée sous forme d'algorithme d'orientation (adapté du guide australien (75)) :

- évaluation des aspects médicaux, psychologiques et sociaux/environnementaux du cas ;
- réunion de l'équipe pour examiner les résultats des évaluations, les antécédents et les rapports précédents ;
- description du cas, des problèmes et des facteurs qui contribuent à la douleur ;
- élaboration d'un plan de prise en charge :
 - définition des objectifs (soulagement de la douleur, tâches fonctionnelles, amélioration de l'humeur, changement de médicament/traitement, par exemple),
 - interventions possibles (axées sur l'atteinte des objectifs ; peuvent être séquentielles ou combinées) : autres examens/analyses, enseignement/explications rassurantes, optimisation/rationalisation des médicaments, communication avec l'omnipraticien (conseils/soutien), blocs nerveux/dispositifs implantables, traitements individuels en psychologie/psychiatrie ou en physiothérapie, programme multidisciplinaire de prise en charge de la douleur (programme de groupe) ;
- suivi/révision : évaluation de la mise en œuvre du plan (correction des lacunes, adaptation en fonction des nouvelles données) :
 - évaluation des résultats (et du besoin d'autres examens/traitements),
 - planification du suivi de la prise en charge (coordination des soins avec l'omnipraticien, d'autres spécialistes, etc.).

6.1.3 Recommandations américaines

L'évaluation de second niveau devrait reprendre minutieusement les éléments biopsychosociaux de l'évaluation de premier niveau, pour établir un programme de prise en charge notamment sur les points insuffisamment contrôlés d'intensité de la douleur, de confort et de fonction. Cette évaluation devrait intégrer dans une équipe interdisciplinaire le

médecin traitant, un algologue, un spécialiste des troubles comportementaux induits par la douleur et un kinésithérapeute expert de l'approche biopsychosociale de la douleur chronique.

Le plan de soins ainsi déterminé inclut des objectifs fonctionnels et antalgiques. Il prévoit la possibilité d'interventions chirurgicales spécifiques ou de procédures invasives, le retour au domicile et aux activités usuelles.

Les guides américains différencient très nettement le recours à l'avis spécialisé (*consultation*), qui permet au spécialiste consultant de recommander les options thérapeutiques préférentielles à mettre en œuvre à domicile sous la responsabilité du médecin traitant, et le recours à une structure douleur (*referral*) non seulement pour l'évaluation mais aussi pour la prise en charge à venir, impliquant peu ou à court terme le médecin traitant.

Le guide de pratique de la *Wisconsin Medical Society* (68) ne différencie pas formellement évaluation de premier et de deuxième niveau. Mais ses propositions pour l'évaluation initiale semblent plutôt correspondre à l'évaluation attendue dans une structure spécialisée (annexe 7).

L'algorithme retenu par l'ICSI (49) (figure 2) est proposé pour un parcours de soins cohérent entre secteur ambulatoire et structure spécialisée.

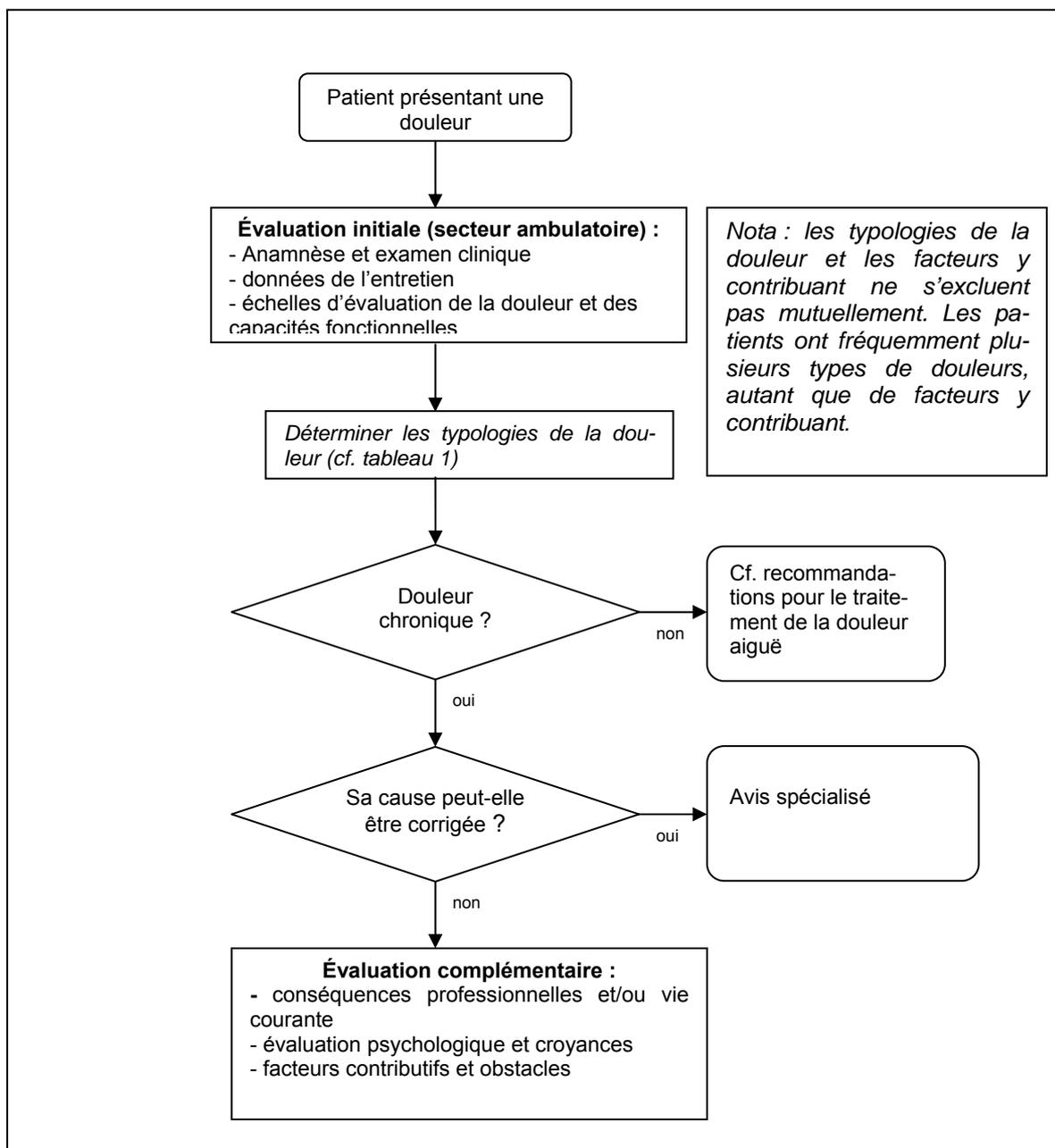


Figure 2. Algorithme d'évaluation initiale puis complémentaire en soins primaires (adapté de *Assessment and management of chronic pain* (49), avec l'aimable autorisation de l'ICSI).

6.2 Dimensions et outils d'évaluation de la douleur chronique en structure douleur

L'évaluation de l'impact émotionnel de la douleur, des pensées et croyances, du niveau d'activité, de l'utilisation du système de soins et celle du statut professionnel devrait être une pratique standard, d'après les recommandations britanniques destinées aux professionnels exerçant dans les programmes de prise en charge de la douleur chronique (71). Ces recommandations ne précisent pas les outils d'évaluation disponibles et validés que pourraient utiliser les professionnels. Elles proposent un modèle d'autoquestionnaire à donner au patient avant la consultation médicale (71).

L'évaluation de la douleur chronique effectuée en seconde intention telle que proposée dans les recommandations américaines (figure 2) est réalisée à partir d'outils validés génériques tels que le questionnaire de qualité de vie SF-36 ou spécifiques de la pathologie sous-jacente (ex. questionnaire Owestry pour la lombalgie chronique). Des questionnaires multidimensionnels en moins de 12 questions sont également proposés. Aucun de ces outils n'est spécifiquement recommandé, le choix entre eux dépendant du domaine de la douleur à explorer et des objectifs et limites de chacun de ces outils (69).

L'évaluation des pensées et croyances face à la douleur peut être réalisée par la version française validée du *Fear avoidance belief questionnaire* (FABQ), autoquestionnaire en 16 items, 5 items sur les croyances face à l'activité physique et 11 items face au travail (78,79).

Dans le cadre de la recherche clinique, la douleur (intensité, soulagement), le fonctionnement affectif (dépression, anxiété), le fonctionnement physique lié à la douleur, le retour au travail, la qualité de vie et la satisfaction des patients à l'égard de la prise en charge sont les critères de jugement recommandés pour la mesure de l'efficacité du traitement de la douleur (consensus professionnel IMMPACT). Aucun outil de mesure particulier n'est proposé par ce groupe d'experts (80). Également dans un objectif de suivi de cohorte dans le cadre de la recherche clinique, un autoquestionnaire en 12 items a été développé récemment puis validé en français pour l'évaluation des douleurs neuropathiques (81).

Le guide de pratique de l'ICSI propose en suite de cet algorithme celui de la prise en charge. Ce n'est pas l'objet de ce document, mais elle conditionne la réponse à la question posée sur le rôle respectif des différents intervenants : les objectifs fixés (statut fonctionnel, confort, difficultés) après l'évaluation de niveau 1, éventuellement complétée par une évaluation de niveau 2, sont-ils atteints, et tout ce qu'il était possible de faire a-t-il été fait ?

- si oui : poursuite en secteur ambulatoire, avec suivi approprié (définissant les objectifs de fonction et de confort et les obstacles éventuels, jusqu'à en arriver à un programme de soins géré par le patient lui-même) ;
- si non : prise en charge en structure douleur, avec avis interdisciplinaire et interventions spécialisées ponctuelles sur indications spécifiques, jusqu'à la possibilité de reprise des soins en secteur ambulatoire comme précédemment.

6.3 Recommandations HAS

6.3.1 Évaluer une douleur chronique en structure spécialisée

Les objectifs de l'évaluation initiale de la douleur chronique en structure spécialisée sont de :

► Faire la synthèse de ce qui a déjà été fait

Il est recommandé de :

- prendre en compte les demandes du patient et du médecin en fonction des éléments transmis ;
- vérifier les faits cliniques et diagnostiques, éventuellement en prenant contact avec les professionnels impliqués ;
- s'assurer que les traitements en cours ont pris en compte les recommandations actuelles et ont été suivis par le patient.

► Compléter l'évaluation antérieure de la douleur

Il est recommandé de compléter, pour tout patient, l'évaluation antérieure de la douleur, notamment à partir d'échelles, scores ou outils validés. Ces outils sont adaptés à la situation clinique du patient (âge, niveau de compréhension, capacités de communication, pathologies causales ou associées, cf. annexe 4). Sont précisés les :

- mécanismes de la douleur : douleur nociceptive, neuropathique, idiopathique, psychogène ;

- dimensions intriquées de la douleur : composante physique, psychologique, cognitive, sociale et professionnelle ;
- éventuelles résistances ou incohérences relevées dans le discours du patient ;
- bénéfices secondaires, le cas échéant ;
- conséquences de la douleur chronique sur la qualité de vie et les activités quotidiennes pouvant conduire à une demande de reconnaissance de situation de handicap : par exemple, limitation des tâches scolaires, des gestes quotidiens, des déplacements, des tâches ménagères ou familiales, souffrance au travail ;
- éléments susceptibles d'aider le patient à faire face.

► **Préciser, pour tout patient d'âge scolaire ou en cours d'activités professionnelles, le contexte scolaire ou professionnel de la douleur**

Il est recommandé de rechercher pour tout patient en âge scolaire ou en activité professionnelle :

- caractéristiques scolaires ou professionnelles avant l'épisode douloureux : diplôme, formation, métier et cursus, poste de travail actuel, type d'entreprise, satisfaction au travail ;
- conséquences de la douleur sur les activités scolaires ou professionnelles ; le cas échéant, origine scolaire ou professionnelle de la douleur : souffrance au travail, accident du travail ou maladie professionnelle, rythme de la douleur en rapport avec les activités professionnelles ;
- conséquences sociales et financières selon la situation du patient (arrêt de travail, invalidité, chômage, reprise du travail, etc.).

► **Formuler des propositions ou assurer les compléments nécessaires**

Il est recommandé qu'à l'issue de l'évaluation initiale de la douleur chronique par la structure spécialisée, celle-ci formule des propositions qui permettent de :

- valider ou modifier la prise en charge en cours, le cas échéant proposer d'autres examens ;
- expliciter la stratégie thérapeutique proposée : objectifs, traitements proposés, intervenants probables, suivi et révision envisagés, orientation ultérieure ;
- proposer si nécessaire un programme de prise en charge multidisciplinaire et planifier le suivi de cette prise en charge (coordination des soins avec le médecin traitant, avec d'autres professionnels) ;
- proposer les démarches sociales à entreprendre, par exemple demande de reconnaissance de situation de handicap, demande d'aide au reclassement.

Certains items sont simples et peuvent être renseignés lors de l'autoquestionnaire ; d'autres nécessitent plusieurs entretiens avec le patient, des contacts avec le médecin du travail, le médecin-conseil, le travailleur social concerné, voire des structures spécifiques comme les unités de pathologies professionnelles (cas difficiles, absence de médecin du travail). L'objectif est la prévention des conséquences socioprofessionnelles de la douleur chronique.

6.3.2 Transmettre les conclusions de l'évaluation

L'objectif de la transmission des informations est d'améliorer la cohérence des informations entre les différents intervenants auprès du patient, dans le respect du secret médical partagé.

Les conclusions de l'évaluation initiale doivent être adressées au médecin demandeur, ainsi qu'aux autres professionnels intervenant auprès du patient, notamment au médecin traitant si ce dernier n'est pas le demandeur, sous réserve de l'accord explicite du patient.

Les éléments d'information transmis doivent :

- répondre au motif de recours, et notamment donner un avis argumenté sur le traitement en cours et les modifications à envisager, le cas échéant ;
- préciser les conclusions de l'évaluation de la douleur, en particulier :

- éléments nouveaux concernant la douleur chronique (historique, contexte, mécanismes, causes identifiées ou suspectées) et son retentissement sur la vie quotidienne du patient (retentissement fonctionnel, psychique, social et scolaire ou professionnel),
- hypothèses diagnostiques,
- éventuelle demande d'informations complémentaires auprès du médecin demandeur (par exemple : traitements entrepris et leurs effets),
- avis et examens complémentaires demandés ou à demander ;
- préciser les propositions thérapeutiques, en particulier :
 - les objectifs de prise en charge sur lesquels il y a accord explicite de l'équipe de la structure spécialisée et du patient (par exemple : améliorer ses capacités fonctionnelles, reprendre le travail, réduire sa consommation médicamenteuse),
 - les critères sur lesquels les différents intervenants pourront évaluer l'atteinte de ces objectifs (par exemple : avoir augmenté son périmètre de marche d'ici 15 jours),
 - le projet thérapeutique envisagé avec le patient (liste non limitative : approche psychologique, intervention sociale, intervention en milieu professionnel ou scolaire, intervention auprès de l'entourage, traitements physiques, modifications souhaitables de l'hygiène ou du mode de vie du patient, éducation thérapeutique, par exemple lors de traitements opioïdes, antidépresseurs, anticonvulsivants, traitement médicamenteux ou non) ;
- les modalités proposées de mise en œuvre de la prise en charge :
 - poursuite d'une prise en charge en ambulatoire coordonnée par le médecin traitant, avec ou sans suivi ponctuel par la structure spécialisée,
 - poursuite d'une prise en charge en ambulatoire coordonnée par la structure spécialisée ou un réseau de santé identifié,
 - mise en œuvre d'une prise en charge technique spécifique ou pluridisciplinaire par la structure spécialisée,
 - mise en œuvre d'une prise en charge par une autre structure spécialisée.

7 Orienter le patient à l'issue de l'évaluation en structure douleur

7.1 Le contexte français en 2007

7.1.1 Trois types de « structures douleur »

La circulaire DGS/DH n° 98-47 du 4 février 1998 (9) prévoyait un agrément par l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) pour les 3 types de structures de prise en charge de la douleur chronique envisagées, afin d'intégrer leur financement et leur activité dans le contrat d'objectifs et de moyens de l'établissement dont elles font partie (fiche d'identification en annexe 1).

- Les consultations pluridisciplinaires

Implantées au sein des établissements de santé publics ou privés, ce sont des structures de base permettant une approche globale : prévention, soin, réinsertion, prise en compte du contexte familial, social et professionnel du patient.

- Les unités pluridisciplinaires

Elles comportent, en plus des éléments nécessaires à la consultation définis ci-dessus, des lits de jour ou d'hospitalisation ainsi que l'accès au plateau technique hospitalier lorsque la mise en route de thérapeutiques spécifiques le nécessite.

- Les centres pluridisciplinaires

Dans certains centres hospitalo-universitaires, les centres pluridisciplinaires ajoutent aux fonctions précédentes celles d'enseignement¹¹ et de recherche portant sur des thématiques douleur.

L'annuaire de la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD) 2006 (82) a recensé les « structures douleur » en France (tableau 10). Il met en lumière un défaut d'identification des structures auprès des ARH. En effet, plus d'un quart des unités et plus d'un tiers des consultations n'ont pas été identifiées auprès des ARH.

Tableau 10. Structures douleur recensées et non recensées par les ARH d'après l'annuaire de la SFETD (82)

Centres	Unités	Consultations	Réseaux
Recensés : 28 (93 %)	Recensées : 50 (72,5 %)	Recensées : 118 (66 %)	4
Non recensés : 2 (7 %)	Non recensées : 19 (27,5 %)	Non recensées : 60 (34 %)	

Lors de la réunion nationale des structures de la douleur du 9 février 2007, les professionnels ont soulevé l'inadéquation des critères d'identification notamment dans le cas de petites structures.

L'étude exhaustive conduite en 2003 auprès des structures spécialisées de lutte contre la douleur par le cabinet Cemka-Eval (83) a permis de préciser les organisations, fonctionnements et activités des différentes « structures douleur » en France. Elle dénombre et décline par catégorie professionnelle les professionnels des « structures douleur ». Cette enquête a été réalisée auprès de 207 structures : 174 « identifiées » auprès des ARH (liste fournie par la Dhos) et 33 non identifiées (coordonnées recueillies par l'intermédiaire de la SFETD). Il s'agit de la première enquête nationale réalisée depuis la publication du cahier des charges de 1998.

Sur les 207 structures interrogées, 149 ont répondu (72 %) : 67 consultations (77 % étaient identifiées par les ARH), 60 unités (92 % étaient identifiées) et 22 centres (91 % étaient identifiées) ; 9 des 23 structures non identifiées en avaient fait la demande. Les résultats de l'étude portent sur les 126 structures identifiées.

Les 3/4 des structures (principalement unités et centres) sont des unités fonctionnelles, également pour 3/4 d'entre elles rattachées à un service (anesthésie, neurologie, neurochirurgie, rhumatologie, gériatrie, soins palliatifs pour 3 structures). La majorité (comme c'est le cas pour les structures non identifiées) dispose de permanences téléphoniques pour les prises de rendez-vous, de conseil auprès des professionnels et de soutien des patients. Ces structures ont une activité extrahospitalière prédominante. L'activité intrahospitalière représente néanmoins une partie non négligeable de leur activité (tableau 11).

Tableau 11. Activité des structures douleur

	Consultations N = 51	Unités N = 55	Centres N = 20
Nombre total de consultations dont :	1167	2 053	4 106
Patients externes	885 (76 %)	1 266 (62 %)	3 363 (82 %)
Patients hospitalisés	282 (24 %)	787 (38 %)	743 (18 %)
Nouveaux patients vus en 2003	245	366	850

¹¹ Ex. formation médicale initiale dans les 3 cycles d'études, formation postuniversitaire par exemple de type DU ou DIU, capacité d'évaluation et de traitement de la douleur.

Les effectifs en personnel notamment médical ne répondent pas au cahier des charges d'identification, notamment pour ce qui concerne la présence d'au moins 3 médecins réalisant au moins 0,2 équivalent temps plein (dans moins de 18 % d'entre elles). La formation spécifique douleur (DU ou capacité) des professionnels des structure est inégale ; les anesthésistes, les médecins généralistes et les infirmiers sont les plus formés. Le rapport souligne également les problèmes de locaux, de manque de temps pour développer des collaborations externes et trouver des relais en ville, notamment pour le recours à des psychiatres et des psychologues libéraux, de manque de reconnaissance et de soutien par les directions d'établissements, de pérennité, etc.

L'étude de la composition des catégories professionnelles médicales dans les structures douleur met en évidence une multidisciplinarité avec une forte représentation des anesthésistes (tableau 12). La prise en charge pluridisciplinaire concerne environ la moitié des patients : cette prise en charge définie dans l'étude par plusieurs professionnels vus simultanément ou successivement par le patient est difficile à assurer en raison des faibles temps de travail à temps plein (ETP) de chacun des intervenants, les temps de présence ne se « chevauchant » que très peu.

Personnel médical	Consultations %* (moyenne ETP** / dédiée)	Unités %* (moyenne ETP / dédiée)	Centres %* (moyenne ETP / dédiée)
Anesthésiste	71 (0,8 / 0,4)	89 (0,5/0,4)	70 (1,4 / 1,4)
Interniste	2 (0,5 / 0,5)	20 (0,3 / 0,2)	20 (0,8 / 0,2)
Neurologue	49 (0,2 / 0,1)	69 (0,3 / 0,2)	95 (0,6 / 0,3)
Psychiatre	61 (0,3 / 0,2)	75 (0,2 / 0,2)	90 (0,7 / 0,4)
Rhumatologue	45 (0,3 / 0,2)	44 (0,3 / 0,2)	80 (0,7 / 0,4)
Médecin généraliste	18 (0,5 / 0,4)	22 (0,3 / 0,2)	50 (0,5 / 0,4)
Autres***	65 (0,5 / 0,3))	80 (0,7 / 0,6)	95 (0,9 / 0,4)

* : % du nombre de structures au sein desquelles cette spécialité est présente

**ETP : équivalent temps plein

*** : médecin de médecine physique et réadaptation, gériatres, acupuncteurs, spécialistes des soins palliatifs.

Pour ce qui est des professionnels paramédicaux, on observe une représentation importante des infirmières et une participation importante des autres professionnels non médicaux dans les unités et les centres (tableau 13).

Tableau 13. Composition et nombre des personnels paramédicaux

Personnel non médical	Consultations % (moyenne ETP / dédiée)	Unités % (moyenne ETP / dédiée)	Centres % (moyenne ETP / dédiée)
Aide soignant	8 (2,5 / 2,5)	22 (2,4 / 2,1)	50 (1,9 / 1,8)
Infirmier dont cadre	77 (2,5 / 2,5)	86 (2 / 1,6)	100 (2,7 / 2,5)
Kinésithérapeute	26 (0,3 / 0,3)	22 (1,9 / 1,2)	55 (0,5 / 0,4)
Psychologue	65 (0,6 / 0,5)	76 (0,8 / 0,7)	80 (0,8 / 0,7)
Secrétaire	78 (0,7 / 0,6)	93 (1 / 0,9)	100 (1,4 / 1,3)
Travailleur social	10 (0,4 / 0,4)	16 (0,4 / 0,3)	50 (0,2 / 0,2)
Autre professionnel	14 (0,2 / -)	20 (0,6 / 0,6)	25 (0,8 / 0,7)

Dans l'établissement, les personnels des structures participent au CLUD, dont ils constituent le plus souvent des membres actifs. Par ailleurs, 9 fois sur 10, les structures travaillent dans des établissements dotés d'équipes mobiles douleur (ou associant douleur et soins palliatifs) et/ou d'équipes mobiles spécifiques aux soins palliatifs, et ont mis en place des collaborations diverses avec ces équipes.

Vers l'extérieur, les structures collaborent avec d'autres structures du même type pour certaines prises en charge (plus de 9 sur 10), ou avec les réseaux régionaux sur la douleur (64 %) ou des réseaux de santé structurés (39 %). Les médecins interrogés dans le cadre de cette enquête connaissent les structures, le plus souvent à partir d'une sollicitation de la structure dans le cadre de la formation médicale continue (FMC) ou pour la participation à un réseau.

7.1.2 Pathologies traitées et mode de prise en charge

Les lombalgies, sciatalgies et les douleurs neuropathiques constituent les douleurs le plus fréquemment prises en charge (tableau 14).

Tableau 14. Répartition des types de douleurs traitées par les structures de lutte contre la douleur chronique

Pathologies	Consultations N = 51	Unités N = 55	Centres N = 20	Total N = 126
Lombalgies - Sciatalgies	27 %	26 %	26 %	26 %
Douleurs neuropathiques	21 %	17 %	23 %	19%
Douleurs cancéreuses	14 %	21 %	14 %	17%
Céphalées - Migraines	13 %	11 %	17 %	12 %
Fibromyalgies et autres symptômes douloureux idiopathiques	11 %	10 %	10 %	10 %
Syndromes douloureux régionaux complexes (algodystrophies)	8 %	7 %	7 %	8 %
Autres / ND	7 %	9 %	4 %	7 %

La prise en charge est faite par un seul professionnel pour 42 % des patients, plusieurs en parallèle pour 37 %, pluridisciplinaire (rencontre simultanée de professionnels de la structure,

mais parfois extérieurs, comme le médecin traitant) pour 21 %. Cette répartition est homogène dans les 3 types de structures, consultations, unité, centres pluridisciplinaires.

7.1.3 « Psys » et « somaticiens » en structures douleur

L'enquête nationale Soma-Psy (ENSP) a fait le point sur une collaboration « *globalement enrichissante et satisfaisante, mais avec des améliorations à envisager de part et d'autre, dans un contexte défavorable de pénurie de moyens* » (84). Cette enquête a été réalisée auprès d'un échantillon représentatif de 156 praticiens des 3 types de structures douleur (63 « psys » : 19 psychiatres et 44 psychologues et 93 « somaticiens » : 73 spécialistes et 20 généralistes).

Au total, si les consultations « psys » ne sont pas systématiques¹², ni les consultations conjointes psys-somaticiens¹³, tous s'accordent sur les avantages de la collaboration : plaisir de travailler ensemble, partage d'expérience, complémentarité des points de vue, prise en charge plus globale du patient, partage des responsabilités et de la charge relationnelle, etc. Cette satisfaction n'empêche pas différentes critiques, pour les uns sur la « non-communicabilité des psys » et leur manque d'intérêt pour la prise en charge de la douleur, pour les autres sur la difficulté des somaticiens à « poser les limites de leurs domaines de compétence et d'intervention ». Il y a donc un travail de fond à poursuivre pour résoudre les difficultés ressenties de part et d'autre.

La principale demande qui émerge de cette étude concerne l'augmentation des moyens mis à disposition des structures douleur. Il y a notamment pénurie de temps, donc appel à des consultants extérieurs, nombre insuffisant de consultations dans la structure, manque de temps consacré aux réunions et échanges informels, abandon des consultations partagées, etc. L'enquête souligne que la pénurie actuelle des structures douleur, notamment dans leur dimension « psy », ne peut que conduire les patients dans une impasse supplémentaire et les amener à continuer d'errer de consultations diverses en analyses invasives.

7.1.4 Parcours de soins type

Le parcours de soins habituel est globalement identique pour les trois types de structures : 9 fois sur 10 sur demande d'un médecin (83). Il s'agit dans plus de la moitié des cas de médecins libéraux, généralistes ou spécialistes, pour 22 % des cas des médecins de l'établissement auquel est rattachée la structure et pour 9 % de médecins d'un autre établissement. Un patient sur 10 vient de sa propre initiative (4 % seulement dans les centres).

Avant la première consultation, 4 structures sur 10 envoient un questionnaire au patient (plus souvent les consultations que les autres types de structures) et la même proportion a le plus souvent un contact, téléphonique ou sous forme de questionnaire, avec le médecin qui adresse le patient. Pour une même proportion de structures, un contact est parfois établi, sans caractère systématique.

Le délai moyen d'obtention d'un rendez-vous est de 50 jours (de 45 jours dans les consultations à 64 dans les centres) ; la 1^{re} consultation dure en moyenne 45 minutes ; 9 structures sur 10 déclarent pouvoir recevoir des patients en urgence.

En termes de procédure d'accès, de recrutement et de délai de rendez-vous, les 23 structures non identifiées présentent les mêmes caractéristiques que celles décrites pour les structures identifiées.

Les caractéristiques des structures douleur françaises sont définies par des textes réglementaires qui sont analysés dans les paragraphes précédents et en annexe 1 (3,9,85-87,91). Une telle approche laisse supposer une certaine uniformité des pratiques qui n'existe

¹² 14 % des somaticiens adressent systématiquement leurs patients au « psy ».

¹³ La pratique des entretiens partagées « psy »-somaticien est réalisée :

- de manière systématique pour 12 % des somaticiens,
- parfois pour 50 % d'entre eux
- a été abandonnée pour 8 % d'entre eux.

probablement pas dans la réalité, comme le montre un travail original fait à partir d'échanges de pratiques entre des structures de différents niveaux et régions françaises (88) : l'histoire de chacune des structures, la spécialité des médecins à l'origine de leur création, l'environnement médical actuel de ces structures entraînent de grandes différences, même entre centres de référence.

Il apparaît dans ce travail que le principe de la pluridisciplinarité de la prise en charge est unanimement admis, bien que certaines structures soient plus spécialisées pour des pathologies particulières (par exemple anesthésie-oncologie, oncologie-soins de support, neurochirurgie, pôle ostéo-articulaire...). La démarche d'évaluation initiale semble pour l'auteur du travail suivre les recommandations 1999 de l'Anaes (12), avec quelques variantes selon les sites :

- « Évaluation physique, psychologique, sociale et au niveau du handicap » (2 réunions de synthèse hebdomadaires) au centre pluridisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur (CETD) du CHU de Montpellier ;
- « Évaluation de la douleur et de son retentissement » (staff hebdomadaire de discussions de dossiers difficiles en équipe restreinte, mensuel en équipe complète avec participants extérieurs) à l'unité douleur (unité mobile et consultation) du CH de Bayeux ;
- « Évaluation de la douleur en hospitalisation quotidiennement par toute l'équipe soignante, consultation externe antidouleur (3 par semaine) » (travail pluridisciplinaire, y compris avec le généraliste traitant) au CETD du centre anticancéreux Oscar Lambret de Lille ;
- « Collaboration pluridisciplinaire sur dossiers communs » à l'unité douleur soins oncologiques de support (UDSOS) du centre anticancéreux Alexis-Vautrin de Nancy ;
- « Évaluation initiale de la douleur avec le questionnaire de l'Anaes » (60 à 90 min) au CETD de l'hôpital Tarnier-Cochin de Paris, 90 % de prise en charge par un seul médecin, 7 % 2 ou 1 médecin et 1 psychologue, 3 % 2 médecins et 1 psychologue, dossiers présentés lors du staff pluridisciplinaire hebdomadaire ;
- « Évaluation initiale par le médecin algologue à l'aide de questionnaires » au CETD du CHU La Timone de Marseille.

Quelques difficultés pratiques (« effets pervers »), mises en évidence dans ce document, avaient déjà été signalées lors d'une journée de travail au ministère de la Santé (89) :

- une opinion assez répandue que les structures douleur devraient maintenant gérer/avoir le monopole de toutes les douleurs au sein d'un établissement de santé comme pour la demande extérieure à l'établissement, etc. ;
- l'erreur de privilégier un mode unique de prise en charge de la douleur, caricaturalement tantôt « psychologique », tantôt « technique ». Cette « hyper-spécialisation » a des avantages certains en termes d'efficacité, de recherche clinique et de crédibilité auprès des médecins référents, mais risque de balkaniser les activités du centre et de restreindre les échanges entre des participants devenus compétents dans une seule pathologie ;
- un environnement renouvelé – amélioré – dans la prise en charge ambulatoire de la douleur chronique dont la contrepartie est pour les structures douleur un recrutement de « cas » de plus en plus difficiles pour avis de 2^e ou 3^e niveau après échec de prise en charge insuffisamment efficace mais pourtant correcte ;
- une difficulté croissante à la nécessaire collaboration entre somaticiens et psychologues-psychiatres, notamment du fait des problèmes démographiques de la psychiatrie.

Deux thèses de médecine, l'une portant sur le réseau ville-hôpital « Lutte contre la douleur 77 » (médecins de Seine-et-Marne/CETD de Saint-Antoine) (90), l'autre sur des échanges d'expériences entre structures douleur (88), ont rapporté des expériences convergentes résumées dans le tableau 15.

Tableau 15. Parcours de soins type : expériences et pratiques françaises

Intervention	Modalités	Commentaires
Evaluation en structure douleur (initiale ou itérative)	(cf. tableau 9) - demande externe : médecins de ville, généralistes ou spécialistes (courrier) - ou interne (services internes au centre hospitalier où est la structure)	Délai \geq 3 mois Délai 24 à 48 h
4 possibilités :		
Hypothèse 1 : retour (réorientation vers le médecin demandeur)	- simple avis : courrier détaillé - éventuellement rendez-vous ultérieur (6 mois) avec si nécessaire consultation infirmière mensuelle - idéalement suivi de type réseau (coordination par dossier commun)	Avis de l'équipe interdisciplinaire : le plus souvent, évaluation par un praticien de référence, dossier traité en staff à intervalle variable selon les structures
Hypothèse 2 : orientation vers une prise en charge extérieure à la structure	Courrier détaillé et communication au médecin demandeur initial	Par exemple : soins de suite, le cas échéant soins palliatifs, structures de réadaptation, psychopathologie de la douleur, algologie de l'enfant...
Hypothèse 3 : prise en charge « externe » en consultation douleur	Consultation spécialisée de lutte contre la douleur chronique	Algologie « de liaison » avec tous services appropriés
Hypothèse 4 : hospitalisation en structure douleur pour une durée limitée (en général < 10 j)	Patients douloureux « difficiles »	Réévaluation, initiation ou réadaptation du traitement

7.2 Recommandations internationales

Le guide de pratique de l'ICSI propose en suite de l'algorithme d'évaluation du patient (§ 6.1.3, figure 2) celui de la prise en charge (49). Ce n'est pas l'objet de ce document, mais elle conditionne la réponse à la question posée sur le rôle respectif des différents intervenants : les objectifs fixés (statut fonctionnel, confort, difficultés) après l'évaluation de niveau 1, éventuellement complétée par une évaluation de niveau 2, sont-ils atteints, et tout ce qu'il était possible de faire a-t-il été fait ?

- si oui : poursuite en secteur ambulatoire, avec suivi approprié (définissant les objectifs de fonction et de confort et les obstacles éventuels, jusqu'à en arriver à un programme de soins géré par le patient lui-même) ;
- si non : prise en charge en structure douleur, avec avis interdisciplinaire et interventions spécialisées ponctuelles sur indications spécifiques, jusqu'à la possibilité de reprise des soins en secteur ambulatoire comme précédemment.

Ce guide (49), basé sur une analyse de la littérature et avis d'un groupe professionnel, propose également un parcours du patient selon l'évaluation des facteurs contributifs ou obstacles à l'amélioration fonctionnelle à partir d'un questionnaire multidimensionnel en 11 questions (traduction indicative) :

1. Actuellement, avez-vous une activité professionnelle?
2. Votre travail vous plaît-il et vous entendez-vous bien avec votre supérieur hiérarchique ?

3. Avez-vous des activités physiques ?
4. Avez-vous des proches sur lesquels vous pouvez compter pour obtenir de l'aide ?
5. Avez-vous des troubles du sommeil ?
6. Vous sentez-vous déprimé ?
7. Avez-vous une baisse d'intérêt ou de plaisir dans vos activités habituelles ?
8. Avez-vous des antécédents psychiatriques ou reçu un traitement psychiatrique ?
9. Avez-vous subi des sévices physiques, psychologiques ou sexuels ?
10. Avez-vous eu des problèmes avec l'alcool ou d'autres drogues ?
11. Êtes-vous impliqués dans des démarches ou problèmes d'ordre juridique ou légal ?

Les réponses optimales sont « oui » aux questions 1 à 4 et « non » aux questions 5 à 11. Selon le nombre de réponses optimales obtenues, l'orientation du patient est la suivante :

- risque faible : poursuite la prise en charge en secteur ambulatoire ;
- risque modéré : recours à une consultation spécialisée avec une équipe minimum (médecin traitant, kinésithérapeute, cognitiviste) ;
- risque élevé : envisager un recours pour la prise en charge en centre multidisciplinaire de la douleur chronique.

7.3 Recommandations HAS

Trois possibilités peuvent être envisagées selon les situations au terme de cette évaluation.

7.3.1 Réorienter le patient vers le médecin demandeur

À l'issue de l'évaluation initiale en structure spécialisée, il est recommandé de réorienter le patient, en l'informant des raisons de ce choix, vers le médecin demandeur dans les situations suivantes :

- adéquation de la prise en charge en cours, la structure ne pouvant apporter mieux ;
- orientation inappropriée (par exemple : refus du patient de poursuivre au sein de la structure ou erreur d'orientation du fait de la nécessité d'une prise en charge spécifique que ne peut assurer la structure) ; dans ce dernier exemple, il est recommandé à la structure spécialisée d'informer le patient et le médecin demandeur sur les structures existantes adaptées à la situation clinique du patient ;
- prise en charge adaptée possible en ambulatoire après simple vérification d'une hypothèse diagnostique ou thérapeutique. Les examens ou tests thérapeutiques peuvent être réalisés en externe, sur proposition ou prescription de la structure ;
- prise en charge coordonnée possible par le médecin demandeur et la structure qui peut apporter un avis complémentaire ponctuel si nécessaire, par exemple avec rendez-vous alternés, suivi psychologique s'il ne peut être réalisé aisément ailleurs.

7.3.2 Assurer la prise en charge au sein de la structure spécialisée

► Justifications du fait de la situation clinique du patient

La prise en charge au sein de la structure spécialisée est recommandée, si accord du patient et en coordination avec le médecin traitant, dans les situations suivantes :

- diagnostic nécessitant des évaluations répétées ;
- traitement difficile à équilibrer ;
- syndrome douloureux chronique sévère et complexe, nécessitant un suivi spécialisé au sein de la structure ;
- difficultés d'acceptation ou échec de mise en œuvre du projet thérapeutique ambulatoire envisagé au préalable ;
- retentissement scolaire ou conséquences socioprofessionnelles prévisibles : un accompagnement peut être assuré par la structure spécialisée en vue de coordonner au plus vite un suivi avec les médecins scolaires ou médecins de santé au travail ou une prise en charge médico-sociale, en accord avec le médecin traitant ;
- au cas par cas, de manière exceptionnelle en cas de :

- demande expresse du patient et de refus d'un autre type de prise en charge organisée avec le médecin traitant,
- motifs particuliers, par exemple : éloignement géographique, isolement social, problèmes de couverture sociale, motifs professionnels.

Lorsque le patient est demandeur d'une prise en charge mais ne perçoit pas la dimension multidimensionnelle de la douleur chronique, la prise en charge par une équipe multidisciplinaire est indiquée.

► **Justifications du fait des possibilités offertes par la structure spécialisée**

La prise en charge au sein de la structure spécialisée est recommandée, si accord du patient et en concertation avec le médecin traitant, dans les situations suivantes :

- traitements ou modes de prise en charge qui ne peuvent être assurés ailleurs (par exemple : nécessité d'avis multiples ou de gestes spécifiques à réaliser dans la structure) ;
- non-remboursement de certains actes indispensables au projet thérapeutique dans un contexte autre que celui de la structure ;
- dossiers complexes nécessitant une discussion interdisciplinaire (staff : psychologue, psychiatre, assistante sociale, spécialiste d'organe, si possible, médecin demandeur) ;
- souhait du patient de participer à un programme de recherche ayant reçu les autorisations réglementaires.

7.3.3 Orienter le patient vers une autre structure spécialisée

L'orientation du patient vers une autre structure susceptible de mettre en œuvre l'intervention préconisée¹⁴ nécessite :

- une concertation avec le médecin traitant ou demandeur ;
- l'accord du patient ;
- de s'assurer que cette autre structure est disponible et accepte de prendre en charge le patient.

¹⁴ Par exemple : réseau de santé, équipe pluridisciplinaire de réadaptation fonctionnelle, autres structures interdisciplinaires proposant une prise en charge plus spécifique au vu de la situation clinique du patient.

Annexe 1. Évolution de l'organisation des structures douleur en France

Avant les premières créations de « structures douleur » en France il y a 20 ans, la reconnaissance et la prise en charge de la douleur chronique étaient encore balbutiantes : la priorité était donnée aux traitements à visée étiologique, la notion de multidisciplinarité n'existait que très peu, en particulier dans la collaboration des médecins somaticiens et des psychiatres. La recherche sur la douleur n'était pas encouragée, les formations universitaires sur la douleur chronique absentes.

La circulaire DGS/DH n° 94-3 relative à l'organisation de la prise en charge de la douleur chronique

Cette circulaire du 7 janvier 1994 (3,91), définit les principes et modalités de prise en charge de la douleur chronique : rôle du médecin traitant au domicile et/ou en lien avec les établissements de santé et rôle des structures spécialisées définies par la circulaire. En particulier, elle distingue quatre types d'activités pour ces structures :

- « évaluation et orientation thérapeutique, sur demande du médecin traitant pour avis diagnostique et thérapeutique ;
- traitement et suivi à long terme, en collaboration avec le médecin traitant, les services de soins et d'hospitalisation à domicile ;
- enseignements auprès des autres services et médecins ;
- recherche fondamentale et appliquée ».

Elle précise les modes d'organisation en équipes mobiles d'intervention pluridisciplinaires, pour certaines disposant ou pouvant accéder à des lits d'hospitalisation et en pôles de référence hospitalo-universitaires à triple mission de soins, de recherche et d'enseignement.

Elle demande un état des lieux des structures existantes.

La circulaire DGS/DH n° 98-47 relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle¹⁵

Cette circulaire du 4 février 1998 (9) distingue trois types de structures :

- « les consultations pluridisciplinaires au sein des établissements de santé, publics et privés, qui représentent le maillon essentiel » ;
- « les unités pluridisciplinaires qui mettent en œuvre des thérapeutiques nécessitant l'accès à l'utilisation d'un plateau techniques et/ou à des places ou lits d'hospitalisation » ;
- « les centres pluridisciplinaires au sein des centres hospitalo-universitaires qui ont, en outre, pour mission l'enseignement et la recherche sur le thème de la douleur ».

Le programme national de lutte contre la douleur 1998-2000

Les objectifs étaient de mieux prendre en compte la demande du patient douloureux, de développer la lutte contre la douleur dans les établissements de santé, de former les professionnels de santé. Les moyens mis en place ont été l'information des patients *via* un carnet douleur, la création de structures de prise en charge de la douleur chronique, le développement de formations spécifiques (DU, capacité), la distribution d'outils d'évaluation de la douleur (échelle visuelle analogique), de pompes à morphine et la rédaction de protocoles de prise en charge de la douleur (9,85,86). L'évaluation qui en est faite en 2001 par la Société française de santé publique (87) a montré que la prise de conscience des patients et des professionnels s'était développée et que des changements notables étaient intervenus, notamment dans la prise en charge thérapeutique de la douleur. Mais les structures de prise en charge de la douleur chronique étaient encore mal connues du public et des médecins libéraux, les outils de référence, notamment pour l'évaluation de l'intensité de la douleur, peu utilisés, les médicaments opioïdes encore souvent réservés aux situations de fin de vie (4,5).

¹⁵ La terminologie « douleur chronique rebelle » est conservée ici, telle qu'utilisée dans ces textes officiels.

Le plan triennal 2002-2005

Ce nouveau plan s'inscrit dans la continuité du précédent auquel il ajoute trois nouvelles priorités (4) :

- prévenir et traiter la douleur provoquée par les soins, les actes quotidiens et la chirurgie ;
- mieux prendre en charge la douleur de l'enfant ;
- reconnaître et traiter la migraine.

Cinq objectifs sont définis :

- associer les usagers par une meilleure information ;
- améliorer l'accès du patient souffrant de douleurs chroniques à des structures spécialisées ;
- améliorer l'information et la formation des personnels de santé ;
- amener les établissements de santé à s'engager dans un programme de prise en charge de la douleur ;
- renforcer le rôle infirmier notamment dans la prise en charge de la douleur provoquée.

Pour ce qui concerne les « structures douleur », ce nouveau plan recense 32 consultations pluridisciplinaires de prise en charge de la douleur chronique, 41 unités et 23 centres, avec des disparités régionales (49 départements ne disposent d'aucune consultation et 8 régions d'aucun centre). Il est donc prévu de créer 49 consultations, 8 centres, 20 postes de praticiens hospitaliers et un centre expérimental de référence sur la migraine de l'enfant.

Le guide publié par le ministère de la Santé en 2002 (5,92) prévoit dans chaque établissement de santé public et privé la mise en place d'un comité de lutte contre la douleur (CLUD), avec comme mission de proposer à la conférence médicale d'établissement et à la commission du service de soins infirmiers « des objectifs et actions qui devront s'inscrire dans le projet médical et de soins infirmiers de l'établissement de santé » (le CLUD n'intervient pas directement au niveau des soins). Ce comité a pour rôle de :

- « proposer, à partir de l'existant, des objectifs en termes d'amélioration ;
- proposer, organiser, coordonner, évaluer les actions ;
- promouvoir les actions de formation continue des personnels et donner son avis sur les projets d'acquisition de dispositifs médicaux et matériels nécessaires au traitement de la douleur ;
- assurer la liaison avec la prise en charge des soins palliatifs et les autres problématiques transversales de soins ;
- établir un bilan annuel des actions engagées ;
- informer des résultats des actions entreprises dans ce domaine ».

Le plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010

Ce troisième volet (8) poursuit les initiatives précédentes concernant les douleurs des populations les plus vulnérables (*priorité 1 : améliorer la prise en charge des douleurs des populations les plus vulnérables notamment des enfants et des adolescents, des personnes polyhandicapées, des personnes âgées et en fin de vie*), la formation des professionnels de santé (*priorité 2 : améliorer la formation pratique initiale et continue des professionnels de santé pour mieux prendre en compte la douleur des patients*), et l'approche thérapeutique de la douleur (*priorité 3 : améliorer les modalités de traitement médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité*).

La priorité 4 concerne plus directement les aspects organisationnels (*priorité 4 : structurer la filière de soins de la douleur, en particulier pour la prise en charge des douleurs chroniques rebelles, permet de rendre plus efficace le dispositif*) pour lesquels un budget de près de 23 millions d'euros est prévu. Deux objectifs sont prévus.

- Objectif 9 (*accompagner et structurer le développement de la prise en charge des douleurs chroniques rebelles*) : dans ce cadre,
 - les principes d'organisation de la lutte contre la douleur chronique rebelle doivent être actualisés (mesure 21) ;
 - l'accès des structures de prise en charge facilité par le renforcement en personnels des structures (100 médecins attachés, 26 praticiens hospitaliers, 30 psychologues, 38 infirmières, pour un budget de 8,8 millions d'euros) (mesure 22) ;

- les conditions d'accueil des patients, notamment des personnes âgées, améliorées (aménagement, rénovation et équipement des locaux, pour un budget de 4 millions d'euros (mesure 22).
- Objectif 10 (*promouvoir une démarche active et concertée de lutte contre la douleur chronique rebelle*) : il prévoit le partage d'expériences sur les organisations et actions mises en place notamment dans les régions (mesure 23), le renforcement de la prise en charge de la douleur dans les réseaux de santé (mesure 24), et un suivi des mesures mises en place (mesure 25).

Annexe 2. Résultats de l'enquête de pratiques HAS-SFETD (extraits)

Une enquête de pratique a été menée sur 2 semaines en janvier 2008¹⁶ auprès de l'ensemble des structures spécialisées identifiées par la société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD), quelle que soit leur organisation (consultation, unité, centre¹⁷) ou leur identification auprès des ARH. Un questionnaire devait être rempli pour tout patient consultant pour la première fois dans la structure. Le taux global de réponse est de 63 %, avec des variations entre région, trois régions ont un taux de réponse inférieur à 1 structure sur 2 (Auvergne : 43 %, Haute-Normandie et Limousin : 40 %), cinq régions ont un taux de réponse supérieur ou égal à 3 structures sur 4 (Centre et Lorraine : 75 %, Provence-Alpes-Côte-d'Azur : 81 %, Nord-Pas-de-Calais et Picardie : 83 %).

Sur les 2 953 nouveaux patients ayant été déclarés, dans 183 centres différents, 2 896 patients consultant pour la première fois dans ces structures ont été inclus dans cette analyse (exclusion de 40 nouveaux patients issus de 3 structures ne correspondant pas aux critères de la circulaire DGS/DH n° 94-3 relative à l'organisation de la prise en charge de la douleur chronique, exclusion de 17 dossiers d'enfants de moins de 15 ans).

La répartition des dossiers de patients recueillis est très équilibrée au sein des différentes structures : 34,4 % des patients ont consulté dans une « consultation », 39,5 % dans une « unité », 26,2 % dans un « centre ».

La répartition des hommes et des femmes n'est pas statistiquement différente selon le type de structure (tableau 1). En revanche, l'âge des patients est significativement différent selon le type de la structure : la proportion de patients de moins de 35 ans est plus importante dans les centres que dans les unités et les consultations. Tandis que la proportion de patients de plus de 65 ans est plus élevée dans les unités (tableau 1).

Tableau 1. Répartition des âges et du sexe des patients par type de structure consultée (Nombre de patients – pourcentage en colonne)

Âge - Sexe	Structure		
	Centre	Consultation	Unité
Âge			
- de 35 ans	130 17,1 %	149 15,0 %	182 15,9 %
35-45 ans	141 18,6 %	187 18,8 %	199 17,4 %
45-55 ans	195 25,9 %	225 22,7 %	297 25,9 %
55-65 ans	150 19,8 %	211 21,3 %	191 16,7 %
+ de 65 ans	143 18,8 %	220 22,2 %	278 24,1 %
Total	759	992	1145
Sexe			
hommes	31,8 %	32,9 %	35,3 %
femmes	68,2 %	67,1 %	64,7 %

Par ailleurs, des différences statistiques apparaissent entre les structures dans la répartition des statuts professionnels. La proportion de patients en activité professionnelle est plus

¹⁶ Du fait de ce calendrier, les résultats de cette enquête, menée dans le cadre de la réflexion sur l'organisation des structures au sein du service « évaluation économique et santé publique », ont été communiqués après analyse des avis du groupe de lecture. Ils permettent de mettre en perspective le parcours du patient en 2008 et celui proposé par les recommandations, mais n'ont pas pu être utilisés pour la réalisation de ces dernières.

¹⁷ Les structures sont désignées selon la typologie effectuée par la circulaire DGS/DH n° 94-3 relative à l'organisation de la prise en charge de la douleur chronique (cf. annexe 1)

faible dans les unités, au profit des retraités ; la proportion des patients en invalidité en centre (13 %) est deux fois plus importante qu'en unité (7 %) (tableau 2).

Tableau 2-2. Répartition des statuts professionnels par type de structure consultée (Pourcentage en ligne)

Structure	Statut professionnel						
	Étudiant	En activité professionnelle	En recherche d'emploi	En invalidité	Retraité	En arrêt maladie	En arrêt pour accident du travail
centre	3,6 %	31,4 %	4,0 %	13,4 %	30,8 %	12,4 %	4,5 %
consultation	2,4 %	31,9 %	5,3 %	9,5 %	33,0 %	13,1 %	4,9 %
unité	2,9 %	26,9 %	4,8 %	6,9 %	35,0 %	16,5 %	7,0 %
Total (nombre de dossiers)[§]	78	801	128	255	893	383	151

Différence statistiquement significative (test Khi-deux, $p < 0,0001$)

[§] 2 689 dossiers renseignés

Les types de douleurs décrits au cours de la première consultation en structure spécialisée sont principalement représentés par les lombalgies (20 % des patients), les douleurs neuropathiques (17 % des patients) et les céphalées (16 % des patients) (tableau 3).

La durée d'évolution de la douleur est supérieure à 2 ans pour 53 % des patients ; elle est inférieure à 6 mois pour 17 % d'entre eux ; ces derniers sont surtout représentés par les patients ayant une douleur cancéreuse ou un syndrome douloureux régional complexe (tableau 3).

Tableau 3. Répartition des durées d'évolution de la douleur selon le type de douleur (pourcentage en ligne)

Type de douleur	Durée d'évolution de la douleur						Toutes durées (nombre de patients)
	Moins de 3 mois	3 à 6 mois	6 mois à 1 an	1 à 2 ans	2 à 3 ans	Plus de 3 ans	
Lombalgies (19,8 % des patients)	3,0 %	6,5 %	15,6 %	16,6 %	10,9 %	47,4 %	566
Douleurs neuropathiques (16,6 % des patients)	8,0 %	14,0 %	18,0 %	17,2 %	12,6 %	30,2 %	477
Céphalées (16,2 % des patients)	6,1 %	6,5 %	8,0 %	11,0 %	8,7 %	59,7 %	462
Douleurs rhumatologiques (hors lombalgie et fibromyalgie) (9,8 % des patients)	5,4 %	11,3 %	14,2 %	17,8 %	21,4 %	29,8 %	275
Fibromyalgie (9,7 % des patients)	0,4 %	2,1 %	7,9 %	13,2 %	15,7 %	60,7 %	280
Douleurs multiples (9,4 % des patients)	4,4 %	6,7 %	15,6 %	17,8 %	9,6 %	45,9 %	270
Syndrome douloureux régional complexe (6,1 % des patients)	14,3 %	28,0 %	28,6 %	9,1 %	8,6 %	11,4 %	175
Autres types de douleurs (4,1 % des patients)	12,1 %	10,3 %	13,8 %	24,1 %	7,8 %	31,9 %	116
Douleurs cancéreuses (3,7 % des patients)	37,1 %	30,5 %	16,2 %	11,4 %	1,9 %	2,9 %	105
Douleurs viscérales (2,5 % des patients)	4,3 %	4,3 %	17,1 %	17,1 %	17,1 %	40,0 %	70
Non précisé (2,1 % des patients)	3,6 %	18,2 %	12,7 %	9,1 %	12,7 %	43,6 %	55 %
Tous types de douleur (nombre de patients)	6,8 % (194)	10,3 % (295)	14,6 % (416)	15,2 % (434)	11,8 % (336)	41,2 % (1 176)	100,0 % (2 851)

Le délai pour l'obtention d'un rendez-vous dans une structure spécialisée est inférieur ou égal à 1 mois pour 56 % des patients et supérieur ou égal à 3 mois pour 21 % des patients. Le délai de réception est associé à la durée d'évolution de la douleur : le délai d'attente pour l'obtention d'un rendez-vous est d'autant plus long que la durée d'évolution de la douleur est longue également. Par exemple, 72 % des patients ayant une lombalgie depuis plus de 3 ans ont un temps d'attente de 1 mois ou plus, contre 26 % pour les patients ayant une lombalgie de moins de 3 mois (différence significativement différente). En revanche, les patients souffrant d'une douleur cancéreuse, quelle que soit la durée de la douleur, obtiennent dans la majorité des cas un rendez-vous dans la semaine.

Le bilan somatique transmis par le médecin demandeur au médecin de la structure spécialisée de la douleur est considéré incomplet par ce dernier pour 549 dossiers (22 % des cas) sur les 2 869 dossiers où la variable est renseignée. Le taux de bilans incomplets est plus faible si le patient est adressé par un spécialiste que s'il s'oriente de lui-même ou par l'intermédiaire d'un médecin généraliste (respectivement, 16,9 %, 23,3 %, 25,8 % des dossiers, $p < 0,0001$).

Le recours à la structure spécialisée est jugé « justifié » par le médecin de la structure spécialisée dans 93 % des cas. Il n'y a pas de différence significative selon le type de structure concernant le recours considéré justifié ou non (tableau 4). En revanche, des différences significatives sont observées selon les régions ($p = 0,002$) ; les quatre régions pour lesquelles le recours justifié est inférieur à 90 % sont la Bourgogne (83 %), l'Aquitaine, la Champagne-Ardenne et le Nord-Pas-de-Calais (89 %).

Tableau 4. Proportion de recours justifiés selon le type de structure - Pourcentage en colonne

Recours justifié	Structure		
	Centre	Consultation	Unité
Oui	92,6 %	93,3 %	92,0 %
Non	7,4 %	6,7 %	8,0 %
Total (nombre de dossiers) [§]	741	978	1 122

[§] 2 841 dossiers renseignés

Une analyse par régression logistique a cherché à identifier les variables liées au patient permettant d'expliquer un recours non justifié.

Cette analyse a porté sur 2 085 dossiers du fait de données manquantes pour 811 dossiers. 155 dossiers ont un recours non justifié, soit seulement 7 % des patients consultant pour la première fois dans une structure spécialisée.

Les variables entrées dans le modèle sont : l'âge, le sexe, le statut professionnel, le type de douleur et sa durée d'évolution, le délai d'obtention d'un premier rendez-vous, le motif de consultation en structure spécialisée (avis diagnostique, avis thérapeutique, etc.), la présence d'une consultation médicale préalable, la présence d'un bilan somatique complet et enfin la personne ayant orienté le patient (patient lui-même ou type de professionnel : médecin traitant, spécialiste, autre structure). Les comparateurs choisis sont les valeurs des variables ayant obtenu le taux de recours justifiés le plus élevé.

Trois variables sur les dix interviennent significativement sur le fait que le recours n'est pas justifié : le type de douleur (tableau 5), la durée de la douleur et le fait d'avoir ou non consulté au préalable. Toutes choses égales par ailleurs, les seules différences significatives observées sont les suivantes :

- les patients souffrant d'autres douleurs rhumatologiques, de céphalées ou de lombalgies ont une probabilité entre 3 et 6 fois plus élevée d'avoir un recours

injustifié¹⁸ qu'un patient consultant pour un syndrome douloureux régional complexe (respectivement OR = 5,6 IC₉₅ % = [2,1 ; 15,1] ; OR = 2,8 IC₉₅ % = [1,0 ; 7,7] ; OR = 3,5 IC₉₅ % = [1,1 ; 18,2]) ;

- un patient ayant une douleur évoluant depuis moins de 3 mois a une probabilité 3 fois plus élevée d'avoir un recours injustifié qu'un patient ayant une douleur évoluant depuis plus de 3 ans (OR = 2,7 IC₉₅ % = [1,0 ; 4,5]) ;
- un patient ayant directement pris rendez-vous sans consultation médicale préalable a une probabilité 2 fois plus élevée d'avoir un recours injustifié qu'un patient ayant pris rendez-vous après une consultation médicale préalable (que le patient prenne rendez-vous de lui-même ou qu'il soit adressé par son médecin) (OR = 2,1 ; IC₉₅ % = [1,5 ; 3,0]) ; néanmoins la proportion de recours injustifiés reste faible (15 % des patients sans consultation préalable). Les patients n'ayant pas eu de consultation médicale préalable relative à leur douleur représentent 24,3 % des patients de cette enquête (n = 686).

Type de douleur	Recours justifié	
	Oui	Non
Syndrome douloureux régional complexe	97,1 %	2,9 %
Douleur neuropathique	97,0 %	3,0 %
Douleurs multiples (plusieurs catégories de douleurs cochées)	96,6 %	3,4 %
Douleur cancéreuse	95,2 %	4,8 %
Fibromyalgie	93,8 %	6,2 %
Lombalgies	92,0 %	8,0 %
Céphalées	91,4 %	8,6 %
Douleurs viscérales	90,3 %	9,7 %
Diagnostic non renseigné	89,7 %	10,3 %
Autre type de douleur	87,2 %	12,8 %
Douleurs rhumatologiques (hors lombalgie ou fibromyalgie)	83,6 %	16,4 %
Total (nombre de dossiers) [§]	2 632	209

§ 2 841 dossiers renseignés

Au total, les médecins exerçant dans les structures spécialisées d'évaluation et de traitement de la douleur ont considéré que le recours à une structure spécialisée était injustifié pour 209 patients. Pour 138 dossiers, le motif de ce recours injustifié était indiqué. Ces motifs, par ordre de fréquence décroissante, sont les suivants :

- prise en charge nécessaire différente de celle délivrée dans les structures douleur ;
- pas de réponse adaptée possible par la structure (éloignement géographique, refus du diagnostic de la part du malade, impasse diagnostique et thérapeutique, besoin d'un soutien social, familial, psychologique) ;
- prise en charge préalable insuffisante ou non adaptée (absence de bilan préalable, traitements médicaux habituels non prescrits ou prescription non adaptée) ;
- prise en charge possible par le médecin traitant ;
- absence de douleur chronique ;
- traitement antérieur adapté ou consulte déjà dans une autre structure douleur.

¹⁸ L'*odds ratio* est le rapport entre la probabilité d'avoir un recours injustifié et celle d'avoir un recours justifié. Lorsque l'on écrit « ont une probabilité plus élevée d'avoir un recours injustifié », on entend, relativement à la probabilité d'avoir un recours justifié.

Annexe 3. Prévalence de la douleur chronique en population générale

Tableau 3-1. Prévalence en médecine générale - adapté de Harstall 2003 (23)

1 ^{er} auteur année (pays)	Prévalence évaluée	Définition de la douleur chronique	Taille de l'échantillon	Contexte	Méthode de recueil des données
Andersson 1993 (Suède)	Hommes : 49,8 % (47,4-52,2) Femmes : 55,2 % (52,8-57,6)	Critères IASP Douleur > 3 mois	1 609	PG	Questionnaire postal
Blyth 2001 (Australie)	18,5 % (17,8-19,3)	Critères IASP Douleur > 3 mois	17 496	PG	Interview téléphonique
Bowsher 1991 Royaume-Uni	11,5 %	Critères IASP Douleur > 3 mois	1 037	PG	Interview téléphonique
Catala 2002 (Espagne)	23,4 %	Critères IASP Douleur > 3 mois	5 000	PG	Interview téléphonique
Elliot 1999 (Ecosse)	50,4 % (39,4-61,2)	Douleur ou inconfort continu ou non durant plus de 3 mois (critères IASP)	3 605	SP	Questionnaire postal
Perquin 2000 (Pays-Bas)	25 %	Douleur continue ou récurrente > 3 mois (critères IASP)	5 423	PG	Questionnaire postal
Helme et Gibson 1997 (Australie)	50,2 %	Critères IASP Douleur > 3 mois	990	PG	Interview face à face
MacFarlane 1997 (Royaume-Uni)	13 %	Critères ACR Douleur > 3 mois	1 953	PG	Questionnaire postal
Croft 1993 (Royaume-Uni)	13 % (ACR) 35 % (douleur > 3 mois)	Critères ACR Douleur > 3 mois	1 340	PG	Questionnaire postal
Buskila 2000 (Israël)	10,1 %	Douleur chronique régionale ou générale > 3 mois (critères ACR)	2 210	PG	Interview téléphonique
Birse et Lander 1998 (Canada)	44,4 % (41,8-45,4)	Douleur continue ou intermittente > 6 mois	410	PG	Interview téléphonique
Brochet 1998 (France)	32,9 %	Douleur continue > 6 mois	741	PG	Interview téléphonique
Gureje 1998 (OMS)	21,5 %	Douleur courante et durable, la plupart du temps 6 mois ou plus durant la dernière année	5 438	SP	Interview téléphonique

PG : population générale ; SP : soins primaires

Les articles de ce tableau n'ont pas été analysés. Les données sont issues de Harstall 2003 (23)

Annexe 4. Évaluation du patient atteint de douleur chronique

Extraits des recommandations pour la pratique clinique Anaes 1999 (12)

1. GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-STRUCTURÉ

Ancienneté de la douleur

Mode de début

- circonstances exactes (maladie, traumatisme, accident de travail, etc.)
- description de la douleur initiale
- modalités de prise en charge immédiate
- événements de vie concomitants
- diagnostic initial, explications données
- retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle, etc.)

Profil évolutif du syndrome douloureux

- comment s'est installé l'état douloureux persistant à partir de la douleur initiale
- profil évolutif : (douleur permanente, récurrente, intermittente, etc.)
- degré du retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle, etc.)

Traitements effectués et actuels

- traitements médicamenteux et non médicamenteux antérieurs, actuels
- modes d'administration des médicaments, doses, durées
- effets bénéfiques partiels, effets indésirables, raisons d'abandon
- attitudes vis-à-vis des traitements

Antécédents et pathologies associées

- familiaux
- personnels (médicaux, obstétricaux, chirurgicaux et psychiatriques) et leur évolutivité
- expériences douloureuses antérieures

Description de la douleur actuelle

- topographie
- type de sensation (brûlure, décharge électrique, etc.)
- intensité
- retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle, etc.)
- facteurs d'aggravation et de soulagement de la douleur

Contextes familial, psychosocial, médico-légal et incidences

- situation familiale
- situation sociale
- statut professionnel et satisfaction au travail
- indemnités perçues, attendues ; implications financières
- procédures

Facteurs cognitifs

- représentation de la maladie (peur d'une maladie évolutive...)
- interprétation des avis médicaux

Facteurs comportementaux

- attitude vis-à-vis de la maladie (passivité, etc.)
- modalités de prise des médicaments

- observance des prescriptions

Analyse de la demande

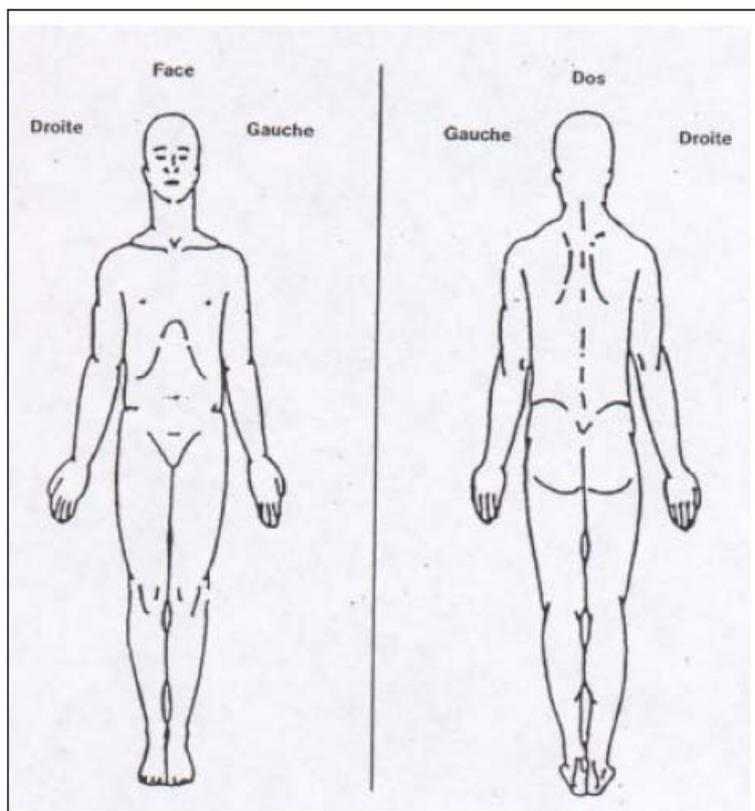
- attentes du patient (faisabilité, reformulation)
- objectifs partagés entre le patient et le médecin

2. SCHÉMA DES ZONES DOULOUREUSES

Indiquez sur le schéma ci-contre où se trouve votre douleur habituelle (depuis les 8 derniers jours) en hachurant la zone.

Mettez sur le schéma un « S » pour une douleur près de la surface de votre corps ou un « P » pour une douleur plus profonde dans le corps.

Mettez un « I » à l'endroit où vous ressentez la douleur la plus intense.

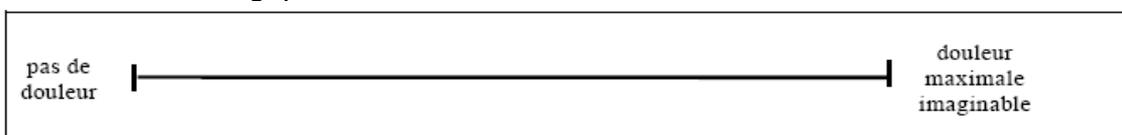


Ce schéma est utile pour faire figurer la topographie de la douleur dans le dossier du malade. Et il est utile pour détecter des douleurs multiples ou diffuses, ou pour reconnaître des douleurs de topographie neurologique.

3. MESURE DE L'INTENSITÉ DE LA DOULEUR

Trois échelles sont proposées (en choisir une), à utiliser pour 3 « moments » de la douleur : la douleur du moment présent, la douleur « habituelle », et la douleur la plus intense depuis 8 jours :

- visuelle analogique



- numérique :

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

- verbale simple :

0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense
--------------	-------------	--------------	--------------	--------------------------

Les scores de ces échelles d'évaluation de l'intensité de la douleur :

- ne donnent pas d'information sur la nature de la plainte douloureuse ;
- ne peuvent pas servir à comparer les patients entre eux, permettant uniquement des comparaisons intra-individuelles ;
- aident à identifier les malades nécessitant un traitement de la douleur sans qu'il existe un lien direct entre le score obtenu et le type de traitement antalgique nécessaire ;
- facilitent le suivi du patient.

4. QUALIFICATIFS DE LA DOULEUR (Questionnaire de Saint-Antoine, forme abrégée)

Il est demandé au patient de coter de 0 à 4 chacune des propositions ci-dessous, correspondant à la douleur ressentie habituellement les 8 derniers jours :

	0 Absent Non	1 Faible Un peu	2 Modéré Modérément	3 Fort Beaucoup	4 Extrêmement fort Extrêmement
Élancements					
Pénétrante					
Décharges électriques					
Coups de poignard					
En étau					
Tiraillement					
Brûlure					
Fourmillements					
Lourdeur					
Épuisante					
Angoissante					
Obsédante					
Insupportable					
Énervante					
Exaspérante					
Déprimante					

Les qualificatifs sensoriels ou affectifs précisent la description de la douleur perçue. Ils reflètent l'importance de la douleur ressentie. Ils ont une valeur d'orientation diagnostique pour faciliter la reconnaissance de certaines douleurs (par exemple, les douleurs neurogènes : brûlure, décharges électriques, picotement), et apprécier le retentissement

affectif (la tolérance) de la douleur. Les scores les plus élevés correspondent à la présence d'un retentissement plus sévère. Le score des 15 mots descripteurs est à considérer comme une information séparée et ne peut servir à établir de score global.

5. ÉCHELLE HAD (Hospital anxiety and depression scale)

Il est demandé au patient de coter chaque réponse de 0 à 3 dans la 3^e colonne (sans tenir compte des 2 premières) selon l'intensité du symptôme ressenti au cours de la semaine écoulée. La 1^{re} colonne concerne les items de la dépression, la 2^e ceux de l'anxiété. Dans chaque colonne, le total obtenu est au maximum de 21, les scores les plus élevés correspondant à la symptomatologie plus sévère. Des valeurs seuils ont été déterminées, plus signaux d'alarme que véritables indicateurs des troubles dépressifs et anxieux :

- ≤ 7 : absence de symptomatologie ;
- entre 8 et 10 : cas douteux ;
- > 11 = symptomatologie certaine.

	3 2 1 0		Je me sens tendu ou énervé : la plupart du temps souvent de temps en temps jamais
0 1 2 3			Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois : oui, tout autant pas autant un peu seulement presque plus
	3 2 1 0		J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver : oui, très nettement oui, mais ce n'est pas grave un peu, mais cela ne m'inquiète pas pas du tout
0 1 2 3			Je ris facilement et vois le bon côté des choses : autant que par le passé plus autant qu'avant vraiment moins qu'avant plus du tout
	3 2 1 0		Je me fais du souci : très souvent assez souvent occasionnellement très occasionnellement
3 2 1 0			Je suis de bonne humeur : jamais rarement assez souvent la plupart du temps
	0 1 2 3		Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté : oui, quoi qu'il arrive oui, en général rarement jamais
3 2 1 0			J'ai l'impression de fonctionner au ralenti : presque toujours très souvent parfois jamais

	0 1 2 3	J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué : jamais parfois assez souvent très souvent
3 2 1 0		Je ne m'intéresse plus à mon apparence : plus du tout je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais il se peut que je n'y fasse plus autant attention j'y prête autant d'attention que par le passé
	3 2 1 0	J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place : oui, c'est tout à fait le cas un peu pas tellement pas du tout
0 1 2 3		Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses : autant qu'auparavant un peu moins qu'avant bien moins qu'avant presque jamais
	3 2 1 0	J'éprouve des sensations soudaines de panique : vraiment très souvent assez souvent pas très souvent jamais
0 1 2 3		Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision : souvent parfois rarement très rarement

6. QUESTIONNAIRE CONCIS SUR LES DOULEURS (QCD VERSION COURTE)

1. Au cours de notre vie, la plupart d'entre nous ressentent des douleurs un jour ou l'autre (maux de tête, rage de dents) : au cours des 8 derniers jours avez-vous ressenti d'autres douleurs que ce type de douleurs « familières » ?

1. oui

2. non

Si vous avez répondu « non » à la dernière question, il n'est pas utile de répondre aux questions suivantes. Merci de votre participation.

2. *Utilisation du schéma 2 de cette annexe (schéma des zones douloureuses)*

3. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur la plus intense que vous avez ressentie la semaine dernière.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de douleur										Douleur la + horrible que vous puissiez imaginer

4. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur la plus faible que vous avez ressentie la semaine dernière.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de douleur										Douleur la + horrible que vous puissiez imaginer

5. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux votre douleur en général.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de douleur										Douleur la + horrible que vous puissiez imaginer

6. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux votre douleur en ce moment.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de douleur										Douleur la + horrible que vous puissiez imaginer

7. Quels traitements suivez-vous ou quels médicaments prenez-vous contre la douleur ?

.....
.....
.....

8. La semaine dernière, quel soulagement les traitements ou les médicaments que vous prenez vous ont-ils apporté : pouvez-vous indiquer le pourcentage d'amélioration obtenue ?

0 %	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
Aucune amélioration										Amélioration complète

9. Entourez le chiffre qui décrit le mieux comment, la semaine dernière, la douleur a gêné votre :

A) Activité générale

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

B) Humeur

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

C) Capacité à marcher

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

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

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

E) Relations avec les autres

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

F) Sommeil

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

G) Goût de vivre

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

Annexe 5. Gradation de l'ICSI

Extraits de des recommandations de l'ICSI 2008 (49)

Classe A : Essais randomisés contrôlés

Classe B : Études de cohorte

Classe C : Essais non randomisés avec groupes témoins ou historiques

Études cas-contrôles

Études de sensibilité et spécificité d'un test diagnostique

Étude observationnelle

Classe D : Étude transversale

Séries de cas

Cas clinique

Classe M : Méta-analyse

Revue systématique

Analyse décisionnelle

Analyse coût-efficacité

Classe R : Conférence de consensus

Rapport de consensus

Revue narrative

Classe X : Opinion d'expert

Annexe 6. Caractéristiques du dossier de médecine générale « orienté problème »

Extrait du guide pratique de l'Andem 1996 (77)

En 1968, le *New England Journal of Medicine* publie l'article princeps de Laurence Weed « *Medical records that guide and teach* »¹⁹, dans lequel est développé le concept de dossier orienté par problèmes (*Problem Oriented Medical Records* : POMR). **Le POMR a constitué jusqu'à ce jour la principale tentative faite pour structurer les données d'une manière rationnelle.** Aux États-Unis, le concept a fortement influencé l'organisation des dossiers médicaux ainsi que la formation initiale des médecins et a donné lieu à une abondante bibliographie. Il a également été appliqué en Australie, en Hollande, en Belgique, en Israël. À l'origine du POMR, il y a deux constats très simples. D'une part, les patients ne viennent pas consulter le médecin avec une maladie dont il s'agirait de décrire le tableau « comme dans les livres », mais avec de multiples problèmes à la fois médicaux, psychologiques et sociaux. D'autre part, le « débrouillage » d'un problème nécessite le plus souvent plusieurs contacts et certains problèmes sont pris en charge au long cours. Un recueil simplement chronologique des informations aboutit après quelque temps à un empilage confus : pour trouver les informations nécessaires à la prise de décision, une recherche à travers tout le dossier est nécessaire. Lorsque le médecin concerné n'est pas le médecin habituel du patient, cette difficulté est exacerbée.

Le POMR est composé de quatre éléments essentiels : la liste des problèmes, la liste des traitements, le journalier, la base de données.

La **liste des problèmes** est proposée comme une solution pour structurer les données dans le dossier autrement que par la chronologie. Dans la liste des problèmes sont notés tous les diagnostics et états significatifs pouvant influencer sur les soins futurs du patient. Une anomalie clinique ou biologique inexplicée peut également y être notée. Les problèmes sont numérotés dans l'ordre où ils ont surgi au cours des contacts. Une partie des problèmes est donc notée dès l'ouverture du dossier, et correspond aux antécédents médicaux et chirurgicaux. La date de début du problème (première apparition dans le dossier) et la date de fin doivent également être notées. Les états chroniques sont toujours notés ; certains conseillent de noter également les états aigus, dont la récurrence peut permettre d'identifier un problème plus important (exemple : infections urinaires à répétition finissant par faire pratiquer des examens complémentaires révélant une uropathie). La compréhension d'un problème évolue généralement au cours de la prise en charge ; le problème doit toujours être noté dans la liste à son plus haut niveau de résolution (exemple : un problème noté « pyrosis fréquent » peut, après fibroscopie, devenir « RGO sur hernie hiatale sans œsophagite »). Les éléments importants psychologiques, familiaux, sociaux, doivent être notés sur la liste. Le format de la liste, sa lisibilité, sa situation dans le dossier, toujours à la même place, doivent être soigneusement mis au point. La liste est d'abord un résumé constamment à jour de l'histoire médicale du patient. Elle contribue à la continuité des soins en évitant que certains problèmes soient négligés, en particulier lorsqu'un autre médecin (associé, remplaçant, successeur) s'occupe du patient. Elle facilite l'évaluation des pratiques lors des prises en charge d'états pathologiques chroniques. Elle constitue une véritable table des matières du dossier, grâce à la date de début et de fin des problèmes. Enfin, elle incite le médecin à se ménager un temps de réflexion avant de prescrire, afin de formuler le problème à son plus haut niveau de résolution.

La **liste des traitements** inclut tous les médicaments pris de manière régulière. Pour chaque médicament sont notés le nom, la posologie, la durée de la prescription et le nombre de

¹⁹ Les références bibliographiques n'ont pas été reproduites ici et peuvent être retrouvées dans le document original de l'Andem.

renouvellements autorisés. Les médicaments prescrits pour une période brève peuvent être notés dans la liste ou dans le journalier au fur et à mesure des contacts. Les allergies médicamenteuses, les intolérances, les précautions particulières liées à certaines prescriptions peuvent également être notées dans la liste. La liste présente de manière claire l'ensemble des traitements actuels et passés ; elle évite la prescription de traitements ayant échoué antérieurement ; sa mise à jour à chaque contact permet de vérifier l'observance, d'éviter les prescriptions redondantes, les incompatibilités médicamenteuses. La liste est particulièrement utile chez les personnes âgées polypathologiques et chez les patients ayant des troubles cognitifs.

Le rapprochement des deux listes (problèmes et traitements) doit permettre au prescripteur de clarifier les raisons de la prise de chaque médicament.

Le **journalier** est l'élément du dossier qui permet le recueil des données de chaque contact. Dans le POMR, ce recueil est fait de manière systématique en suivant un plan précis. Pour chaque problème sont notés dans l'ordre :

- les éléments **subjectifs (S)** c'est-à-dire les informations apportées par le patient ;
- les éléments **objectifs (O)** issus de l'observation du médecin ;
- **l'appréciation (A)** (*assessment*) du problème à la fin du contact ;
- le **plan (P)** de prise en charge du problème.

Le respect systématique de ces quatre éléments, que résume l'acronyme SOAP, a un intérêt pédagogique évident. La méthode SOAP est enseignée dans toutes les facultés de médecine américaines : sa diffusion est telle que le terme de *soaping* est utilisé fréquemment pour désigner le recueil des données [...]

La base de données

La base de données comprend en principe les éléments administratifs, les informations ayant un caractère « définitif ». Cependant, des informations telles qu'un antécédent maternel de cancer du sein, un antécédent personnel de tabagisme, une profession comportant un risque particulier, peuvent être considérées comme des problèmes en cours pour le patient, dans la mesure où elles génèrent une surveillance particulière. Leur inscription dans la liste des problèmes peut être envisagée. Certains auteurs privilégient la liste des problèmes, qui constitue alors un résumé de l'histoire du patient incluant les antécédents personnels et familiaux, les facteurs de risque, les diagnostics, les problèmes résolus ou non, et même les résultats des examens complémentaires ; la base de données est alors pratiquement réduite aux informations administratives. D'autres auteurs préfèrent ne pas surcharger la liste des problèmes : n'y figurent que les problèmes « actifs ». Un problème résolu devient un élément de la base de données ; sa réactivation le fait revenir dans la liste des problèmes. En réalité, le partage entre base de données et liste des problèmes est décidé par chaque praticien en fonction de ses objectifs pour le patient à un moment donné : on peut donc considérer que dans le modèle du POMR, il y a une partie à deux niveaux, « base de données - liste des problèmes », et que les informations circulent d'un niveau à l'autre, ou figurent en même temps dans les deux. L'informatique peut permettre facilement différentes présentations des informations de la « base de données – liste des problèmes » selon que le praticien recherche les problèmes actifs, les facteurs de risque, les antécédents familiaux, un résumé de l'histoire du patient, etc. [...]

Le dossier orienté par problèmes a suscité un vaste intérêt depuis près de 30 ans malgré l'absence de preuve de sa supériorité. Les bénéfices ressentis à l'usage du dossier orienté par problèmes peuvent être en partie liés à l'enthousiasme des utilisateurs et à leur plus grande activité de supervision des dossiers. S'intéresser aux dossiers est forcément bénéfique pour le processus de soins, quel que soit le format préconisé.

Annexe 7. Évaluation initiale du patient atteint de douleur chronique (*Wisconsin Medical Society*)

Adapté des recommandations de la société *Wisconsin Medical Society* (68)

Principes clés

- Reconnaître les multiples dimensions de la douleur chronique : biologique, psychologique, comportementale, familiale, professionnelle, sociale et médico-légale.
- Identifier et comprendre la nature des problèmes du patient et, si possible, la cause de sa douleur.
- Identifier et comprendre les comorbidités qui peuvent interférer avec le traitement.
- Identifier et comprendre les attentes et les objectifs du patient.

Historique du syndrome douleur

- Chronologie des douleurs actuelles.
- Mécanisme de survenue.
- Caractéristiques :
 - topographie ; origine/ irradiations (schéma) ;
 - description (coup de poignard, brûlure, etc.) ;
 - intensité : une échelle numérique peut servir de référence ;
 - durée ;
 - facteurs aggravant ou soulageant la douleur ;
 - symptômes complémentaires : moteurs, sensitifs et autonomes ;
 - impact sur le sommeil, l'humeur, le travail, les activités quotidiennes, la vie sociale ;
 - problèmes spécifiques des personnes les plus âgées ou atteintes de démence.
- Traitements antérieurs : chirurgicaux, pharmacologiques, physiques, psychologiques et autres (et leur efficacité).
- Éléments psychologiques : repérage anxiété/dépression, addictions, troubles psychosomatiques, troubles de la personnalité, autres diagnostics psychiatriques antérieurs, caractéristiques structurelles et traits de personnalité.
- Conséquences professionnelles et médico-légales et attentes actuelles à ce sujet.
- Antécédents médicaux généraux.
- Représentations du patient sur la cause de sa douleur.
- Objectifs du patient quant à l'évaluation et au traitement.

Examen clinique

Selon les besoins :

- Examen musculo-squelettique.
- Examen neurologique.
- Examen psychologique :
 - repérage d'un syndrome dépressif, anxieux, recherche d'une addiction ;
 - examen par un psychiatre ou psychologue si nécessaire ;
- évaluation fonctionnelle (aptitudes et déficits).

Examens complémentaires

Selon les antécédents ou les conclusions de l'examen clinique actuel : explorations radiologiques, électrodiagnostiques, blocs nerveux, tests psychologiques, tests biologiques, évaluation fonctionnelle.

Ces examens doivent être faits par des professionnels compétents, et uniquement si la réponse aux deux questions suivantes est affirmative :

- 1/ cet examen va-t-il aider à formuler le diagnostic clinique ?
- 2/ A-t-il un impact sur la décision thérapeutique ?

Diagnostic

Les composants d'un diagnostic multidimensionnel incluent :

- le diagnostic initial, cause de la douleur chronique (ICD-9) ;
- les comorbidités médicales quand elles existent (même nomenclature) ;
- les comorbidités psychiatriques quand elles existent (DSM-IV) ;
- l'impact fonctionnel de la douleur.

Annexe 8. Règles de cotation

Quel que soit le tour de cotation, les membres du GC (dits « cotateurs ») doivent remplir le questionnaire intégralement.

Pour la phase de cotation, en regard de chaque proposition du questionnaire est placée une échelle numérique discontinue graduée de 1 à 9 :

- la valeur 1 signifie que selon le cotateur la proposition est totalement inappropriée (ou non indiquée, ou non acceptable) ;
- la valeur 9 signifie que selon le cotateur la proposition est totalement appropriée (ou indiquée, ou acceptable) ;
- les valeurs 2 à 8 traduisent les situations intermédiaires possibles, la valeur « 5 » correspondant à l'indécision du cotateur.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Totalement inappropriée							Totalement appropriée	

Pour chaque proposition listée, le cotateur doit impérativement donner une réponse en spécifiant l'un des chiffres entre 1 et 9. Les réponses situées entre 2 chiffres ou englobant 2 chiffres sont interdites. La cotation doit être fondée sur :

- la synthèse des données publiées dans la littérature (jointe au questionnaire et dont le but est d'informer sur l'état des connaissances publiées) ;
- l'expérience du cotateur dans le domaine abordé.

Il peut arriver que certaines propositions soient contradictoires ou complémentaires dans la mesure où plusieurs points de vue opposés ou complémentaires ont respectivement pu être émis au sein du GP. Toutes les propositions doivent néanmoins être appréciées sur le fond et sur la forme et cotées, qu'elles soient ou ne soient pas jugées acceptables.

Analyse des réponses et formulation des recommandations

Les règles concernant l'analyse des réponses du GC à chaque proposition sont préétablies et doivent apparaître dans le document final. Toutes les instructions spécifiques sont préalablement expliquées à chaque membre du GC dans un document méthodologique envoyé avec le questionnaire et l'argumentaire bibliographique. L'analyse des réponses et leur synthèse relèvent du rôle du méthodologiste du GP, en relation étroite avec le chargé de projet.

Modélisation de l'avis du groupe de cotation

Après réception des questionnaires, les réponses des cotateurs sont analysées, en déterminant pour chaque proposition l'intervalle de distribution des réponses sur l'échelle de 1 à 9 (cotations extrêmes) et en calculant la médiane des réponses. Lors de l'analyse des résultats du 1^{er} tour de cotation, toutes les réponses sont prises en compte ; lors de l'analyse des résultats du 2^d tour de cotation (de même que dans la méthode RAND/UCLA), un degré de tolérance dans la définition de l'accord et de sa force est accepté et deux des réponses extrêmes, l'une minimale et l'autre maximale (en l'absence de valeur manquante), peuvent être écartées.

Intervalle de distribution des réponses. L'étalement des réponses permet de définir s'il y a accord ou désaccord entre les membres du groupe sur une proposition donnée. En cas d'accord entre les membres du groupe, l'analyse des réponses permet également de préciser la force de l'accord. Ainsi :

- si l'intervalle des réponses est situé à l'intérieur des bornes d'une seule des 3 zones [1 à 3] ou [4 à 6] ou [7 à 9], il existe un accord « fort » entre les membres du GC sur le caractère approprié de l'intervention, sur son caractère inapproprié ou sur une

- indécision quant à son caractère approprié (il s'agit de 3 types d'accords possibles, cf. ci-dessous « positionnement de la médiane ») ;
- si l'intervalle des réponses empiète sur une borne (par exemple intervalles [1 à 4] ou [5 à 8]), il existe un accord qualifié de « relatif » entre les membres du GC ;
- en cas d'étalement des réponses sur l'ensemble des 3 zones ou de réponses comprises dans les 2 zones extrêmes [1 à 3] et [7 à 9], il existe un désaccord entre les membres du GC sur le caractère approprié d'une proposition.

Positionnement de la médiane. En cas d'accord, fort ou relatif, le positionnement permet de définir 3 zones, décrites dans le tableau 8-1.

Les propositions pour lesquelles un accord fort d'indication ou de contre-indication a été obtenu lors de la 1^{re} cotation sont acceptées telles quelles (sans 2^{de} cotation) et ne sont pas rediscutées lors de la réunion. Toutes les autres combinaisons de réponses sont rediscutées et, le cas échéant, reformulées ou amendées, y compris celles pour lesquelles il existe un accord fort en zone d'indécision. Dans ce dernier cas, les cotations peuvent en effet résulter d'une mauvaise formulation de la proposition ou d'une mauvaise compréhension par le groupe de cotation. L'opportunité d'une nouvelle formulation peut ainsi être envisagée au cours de la réunion.

Tableau 8-1. Avis du GC en fonction du positionnement de la médiane (en cas d'accord fort ou relatif).

Positionnement de la médiane	Dénomination de la zone	Avis du GC dans la situation définie par la question
[7 – 9]	zone d'indication	l'intervention est appropriée ou indiquée
[4 – 6]	zone d'indécision	le GC est en accord mais ne peut se prononcer sur le caractère approprié et l'indication (ou non) de l'intervention
[1 – 3]	zone de non-indication	l'intervention est inappropriée ou non indiquée

Gestion des valeurs manquantes

Lors de la phase préparatoire, si une fréquence élevée de valeurs manquantes est prévisible et que la défection met en péril la rigueur d'élaboration ou la cohérence des recommandations, il est recommandé que le GP fragmente le texte en plusieurs parties et constitue un GC indépendant pour chacune de ces sous-parties en faisant varier la composition de ces GC en fonction du sujet abordé et des compétences requises.

Lors de l'analyse des résultats du 1^{er} tour de cotation, il est recommandé de considérer que les valeurs manquantes correspondent à des réponses opposées à l'avis du reste du groupe ce qui a pour seule conséquence de rediscuter de la proposition de recommandation lors de la réunion du GC.

Lors de l'analyse des résultats du 2^d tour de cotation, la gestion des valeurs manquantes est particulièrement importante pour l'analyse de la 2^{de} phase de cotation.

En cas de valeur(s) manquante(s) lors de la 2^{de} cotation, il est recommandé de contacter activement et individuellement le (ou les) cotateur(s) concerné(s) afin de lui (ou de leur) demander de se positionner. S'il reste des valeurs manquantes après cette étape, il est recommandé de réaliser l'analyse à partir des seules réponses disponibles. La proposition de recommandation ne pourra être retenue (indépendamment de sa formulation) que s'il n'existe au final qu'une seule valeur manquante ou réponse à l'extrême opposé de la zone où se situe la médiane des réponses. Ce seuil étant arbitraire, quelle que soit la conduite choisie, celle-ci devra être définie *a priori*, avoir été décrite au GC avant les cotations et apparaître de manière explicite dans le chapitre « méthodologie » du document final.

Formulation des recommandations

La formulation des recommandations varie en fonction du type d'accord ou du désaccord entre les membres du groupe sur l'indication de l'intervention (cf. tableau 8-2)²⁰.

Tableau 8-2. Exemples de formulation des recommandations à l'issue de la cotation.

Avis du GC	Formulation de la proposition
Accord sur l'indication d'une intervention	<ul style="list-style-type: none"> • « Il est recommandé de... »
Accord sur une « indécision »	<ul style="list-style-type: none"> • « Le groupe de travail ne peut conclure... » • « Le groupe ne dispose pas des éléments pour conclure... »
Accord sur la non-indication d'une intervention	<ul style="list-style-type: none"> • « Il n'est pas recommandé de... » ou « Il est recommandé de ne pas... » (en fonction de la formulation initiale) • suppression de la proposition (en particulier s'il existe une proposition alternative)
Désaccord entre les membres du GC sur l'indication ou la non-indication d'une intervention	<ul style="list-style-type: none"> • « Le groupe de travail ne peut se prononcer de manière univoque... » • « Le groupe de travail est en désaccord sur... » • « Le groupe de travail ne peut conclure... » (en fonction de la formulation initiale et du sujet abordé)

La force de l'accord professionnel obtenu au sein du GC peut être exprimée de plusieurs manières, parmi lesquelles la HAS retient la mention, dans l'argumentaire ou en annexe, des nombres de réponses situées dans les zones d'indication [7 - 9] et de non-indication [1 - 3] et du nombre de valeurs manquantes pour chacune des recommandations. Quelle que soit la conduite choisie, celle-ci devra être définie *a priori* et apparaître de manière explicite dans le chapitre « méthodologie » du document final.

Le cas échéant, les situations qui font l'objet d'une indécision ou d'un désaccord entre les membres du GC peuvent en complément faire l'objet d'une mention sur la nécessité d'engager des protocoles de recherche clinique (par exemple dans un chapitre *ad hoc* sur les perspectives à l'issue des recommandations).

²⁰ Le concept de « nécessité » développé par la RAND/UCLA n'a pas été retenu dans la mesure où son principe peut être intégré dans la formulation même des différentes propositions de recommandations.

Annexe 9. Résultats des cotations individuelles du groupe de cotation

Définitions et caractéristiques de la douleur chronique

► Définitions de la douleur chronique

Libellé de la proposition	Tour	Nombre de votes par cotation									Minimum	Maximum	Médiane
		1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Proposition 1. Contre La douleur chronique correspond à un symptôme caractérisé par une durée, éventuellement complétée par d'autres caractéristiques (intensité, topographie, étiologie etc.).	1 ^{re} cotation	2	3	4	1	1	0	0	2	0	1	3	8
	2 ^e cotation	6	1	5	0	1	0	0	0	0	1	2	5
Proposition 2. Accord relatif La douleur chronique correspond à un syndrome multidimensionnel centré sur la personne qui en est atteinte.	1 ^{re} cotation	0	0	1	0	0	3	1	6	2	3	8	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	2	0	8	3	6	8	9
Proposition 3. Absence de consensus Définition : le syndrome de douleur chronique existe lorsque le patient qui en est atteint présente plusieurs des conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • douleur persistante ou récurrente, • durant au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale, ou associée à un processus pathologique intermittent ou chronique, • répondant mal au traitement médical et/ou invasif approprié, • accompagnée d'une détérioration significative et durable du statut fonctionnel. (Définition de l' <i>American Medical Association</i>)	1 ^{re} cotation	0	0	1	0	1	2	2	5	2	3	8	9
	2 ^e cotation	1	3	2	1	1	3	0	2	0	1	4	8
Proposition 3 bis. Accord fort Définition : la douleur est ce que la personne qui en est atteinte dit qu'elle est, existant dès lors qu'elle affirme la ressentir, qu'une cause soit identifiée ou non. Le syndrome de douleur chronique existe lorsque le patient qui en est atteint présente plusieurs des conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • douleur persistante ou récurrente, • durant au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale, ou associée à un processus pathologique intermittent ou chronique, • répondant mal au traitement médical et/ou invasif approprié, • accompagnée d'une détérioration significative et durable du statut fonctionnel. 	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	1	2	10	7	9	9

Libellé de la proposition	Tour	Nombre de votes par cotation									Minimum	Maximum	Médiane
		1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Proposition 4. Contre Définition : le syndrome de douleur chronique peut être en rapport avec des données somatiques mais est en outre associé à au moins deux des conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • une régression significative et progressive de la capacité fonctionnelle et relationnelle dans les activités de la vie journalière, au domicile comme au travail, • une demande excessive de recours à des médicaments ou à des procédures médicales souvent invasives tout en reconnaissant leur inefficacité à soulager, • un trouble de l'humeur (dépression, anhédonie, etc.), • un sentiment de révolte et de revendication ou au contraire de résignation et d'impuissance, souvent accompagné d'une hostilité envers les soignants, traduisant l'incapacité de s'adapter à la situation. (Définition de l' <i>American Society of Anesthesiologists</i>)	1 ^{re} cotation	2	0	1	1	1	2	2	3	1	1	6	9
	2 ^e cotation	1	5	2	2	0	3	0	0	0	1	3	6
Proposition 5. Absence de consensus Définition : la douleur est ce que la personne qui en est atteinte dit qu'elle est, existant dès lors qu'elle affirme la ressentir. La douleur est chronique dès lors qu'elle dure au-delà de ce qui est habituel pour ce qui en est la cause initiale, ou est associée à un processus pathologique (quelle que soit sa nature) intermittent ou chronique. Cette douleur répond insuffisamment au traitement. Elle entraîne une détérioration fonctionnelle significative et durable.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	0	4	2	3	4	6	8	9
	2 ^e cotation	1	3	2	0	2	0	3	1	1	1	5	9

► **Caractéristiques de la douleur chronique**

Libellé de la proposition	Tour	Nombre de votes par cotation									Minimum	Maximum	Médiane
		1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Proposition 6. Accord fort La douleur chronique est persistante ou récurrente.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	1	1	2	4	5	5	8	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	1	2	8	2	6	8	9
Proposition 7. Absence de consensus La douleur chronique dure au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale.	1 ^{re} cotation	0	1	0	0	1	1	4	3	3	2	7	9
	2 ^e cotation	0	1	1	0	1	1	3	4	1	2	7	9
Proposition 8. Absence de consensus La douleur chronique évolue depuis plus de 3 mois.	1 ^{re} cotation	0	0	1	0	2	2	1	4	3	3	8	9
	2 ^e cotation	0	3	0	1	0	1	3	5	0	2	7	8
Nouvelle proposition 8 bis. Accord fort La douleur chronique dure au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale, en particulier si elle évolue depuis plus de 3 mois.	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	1	4	8	7	9	9

Libellé de la proposition	Tour	Nombre de votes par cotation									Minimum	Maximum	Médiane
---------------------------	------	------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	---------	---------	---------

		1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Proposition 9. Absence de consensus La douleur chronique évolue depuis plus de 6 mois.	1 ^{re} cotation	0	2	1	0	1	2	2	3	2	2	7	9
	2 ^e cotation	1	6	2	1	0	1	2	0	0	1	2	7
Proposition 10. Contre La douleur chronique doit être accompagnée d'une altération significative et durable du statut fonctionnel.	1 ^{re} cotation	2	2	2	1	2	1	2	0	1	1	4	9
	2 ^e cotation	4	5	1	3	0	0	0	0	0	1	2	4
Proposition 11. Contre La douleur chronique doit être accompagnée d'une altération significative et durable du statut fonctionnel, sauf chez l'enfant où cet aspect peut être inconstant.	1 ^{re} cotation	2	2	2	0	5	0	0	2	0	1	5	8
	2 ^e cotation	4	5	3	1	0	0	0	0	0	1	2	4
Proposition 12. Absence de consensus La douleur chronique peut être accompagnée d'une altération significative et durable du statut fonctionnel.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	0	3	2	3	5	6	8	9
	2 ^e cotation	2	1	0	0	2	2	3	2	1	1	6	9
Proposition 13. Contre La douleur chronique doit être associée à une régression significative et progressive de la capacité fonctionnelle et relationnelle dans les activités de la vie journalière, au domicile comme au travail.	1 ^{re} cotation	3	1	2	0	5	1	0	0	0	1	4	6
	2 ^e cotation	4	5	0	2	2	0	0	0	0	1	2	5
Proposition 14. Accord fort La douleur chronique peut être associée à une régression significative et progressive de la capacité fonctionnelle et relationnelle dans les activités de la vie journalière, au domicile comme au travail.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	0	0	4	5	4	7	8	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	4	5	4	7	8	9
Proposition 15. Contre La douleur chronique doit s'accompagner d'une demande excessive de recours à des médicaments ou à des procédures médicales souvent invasives tout en reconnaissant leur inefficacité à soulager.	1 ^{re} cotation	3	2	3	2	2	0	0	1	0	1	3	8
	2 ^e cotation	5	5	1	2	0	0	0	0	0	1	2	4
Proposition 16. Accord fort La douleur chronique peut s'accompagner d'une demande excessive de recours à des médicaments ou à des procédures médicales souvent invasives tout en reconnaissant leur inefficacité à soulager.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	1	0	4	6	2	5	8	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	2	7	4	7	8	9
Proposition 17. Contre La douleur chronique doit s'accompagner de manifestations psychopathologiques.	1 ^{re} cotation	3	3	3	1	2	1	0	0	0	1	3	6
	2 ^e cotation	6	5	1	1	0	0	0	0	0	1	2	4
Proposition 18. Accord fort La douleur chronique peut s'accompagner de manifestations psychopathologiques.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	0	0	2	7	4	7	8	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	2	7	4	7	8	9
Proposition 19. Contre La douleur chronique doit s'accompagner d'une incapacité du patient à s'adapter à la situation.	1 ^{re} cotation	1	4	2	2	3	0	0	1	0	1	3	8
	2 ^e cotation	4	6	2	1	0	0	0	0	0	1	2	4
Proposition 20. Accord fort La douleur chronique peut s'accompagner d'une incapacité du patient à s'adapter à la situation.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	0	1	2	6	4	6	8	9
	2 ^{me} cotation	0	0	0	0	0	0	1	6	6	7	8	9

Libellé de la proposition	Tour	Nombre de votes par cotation									Minimum	Maximum	Médiane
		1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Proposition 21. Absence de consensus L'intensité de la douleur n'intervient pas dans la définition de la douleur chronique.	1 ^{re} cotation	2	0	2	0	1	0	1	3	4	1	8	9
	2 ^e cotation	1	2	1	3	0	1	3	1	1	1	4	9
Proposition 21 bis. Accord fort L'intensité de la douleur ne devrait pas intervenir dans la définition de la douleur chronique.	2 ^e cotation	1	2	1	3	0	1	3	1	1	8	9	9
Proposition 22. Contre L'intensité de la douleur est supérieure à 50 mm sur une échelle visuelle analogique de 100 mm.	1 ^{re} cotation	4	0	3	0	1	2	1	1	1	1	3	9
	2 ^e cotation	5	1	2	0	3	2	0	0	0	1	3	6
Proposition 23. Absence de consensus L'intensité de la douleur n'est pas modifiée de manière satisfaisante par un traitement approprié.	1 ^{re} cotation	1	3	1	0	1	0	4	1	2	1	7	9
	2 ^e cotation	0	3	0	1	1	1	4	3	0	2	7	8
Proposition 24. Accord fort La topographie de la douleur n'intervient pas dans la définition de la douleur chronique.	1 ^{re} cotation	1	1	0	0	0	0	0	3	8	1	9	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	2	4	7	7	9	9
Proposition 25. Accord fort L'utilisation du terme « rebelle » doit être évitée car quelle que soit sa pertinence pour la définition administrative ²¹ de la douleur chronique, elle n'apporte rien à la définition de la douleur chronique ou à la décision médicale.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	1	2	2	2	6	5	8	9
	2 ^e cotation	0	1	0	0	0	0	3	5	4	2	8	9
Proposition 26. Accord fort L'utilisation du terme « rebelle » doit être évitée car cette qualification est ambiguë, faisant référence à de nombreuses notions telles que la sévérité de la douleur, les difficultés de son évaluation ou de son traitement, une résistance aux traitements usuels, etc.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	0	0	3	5	5	7	8	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	3	5	5	7	8	9
Proposition 27. Accord relatif L'utilisation du terme « rebelle » doit être évitée car elle évoque un jugement de valeur porté sur le patient.	1 ^{re} cotation	0	3	3	1	1	1	1	1	2	2	4	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	1	1	2	4	5	5	8	9
Proposition 28. Contre Le terme « rebelle » peut être utilisé car il caractérise une difficulté à évaluer la douleur chronique.	1 ^{re} cotation	5	2	4	1	0	0	0	1	0	1	2	8
	2 ^e cotation	4	6	2	0	0	0	0	0	1	1	2	9
Proposition 29. Contre Le terme « rebelle » peut être utilisé car il caractérise une difficulté à traiter cette douleur chronique.	1 ^{re} cotation	2	1	1	3	0	3	2	0	1	1	4	9
	2 ^e cotation	5	4	2	2	0	0	0	0	0	1	2	4
Proposition 30. Contre Le terme « rebelle » peut être utilisé car il caractérise une résistance de la douleur chronique au traitement approprié.	1 ^{re} cotation	3	1	2	0	0	2	3	2	0	1	6	8
	2 ^e cotation	5	3	1	2	0	1	0	1	0	1	2	8

²¹ Direction générale de la santé. Circulaire du 4 février 1998 relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle. Bull off 1998;98/9. Ref ID : 129

Libellé de la proposition	Tour	Nombre de votes par cotation									Minimum	Maximum	Médiane
		1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Proposition 31. Contre Le terme « rebelle » peut être utilisé car il caractérise un comportement spécifique du patient (sentiment de révolte et de revendication ou au contraire de résignation et d'impuissance, souvent accompagné d'une hostilité envers les soignants) traduisant l'incapacité de s'adapter à la situation.	1 ^{re} cotation	6	2	1	0	2	0	1	1	0	1	2	8
	2 ^e cotation	8	2	2	0	0	0	1	0	0	1	1	7

Identifier et évaluer une douleur chronique en médecine ambulatoire

► Identifier une douleur chronique

Une douleur chronique doit être évoquée en médecine ambulatoire dans un ou plusieurs des cas suivants :

Libellé de la proposition	Tour	Nombre de votes par cotation									Minimum	Maximum	Médiane
		1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Proposition 32. Absence de consensus Douleur ressentie et exprimée par le patient, ce qui ne préjuge en rien du type de sa douleur et de ses mécanismes.	1 ^{re} cotation	2	3	0	0	0	1	1	4	2	1	7	9
	2 ^e cotation	0	4	0	0	0	0	2	4	3	2	8	9
Proposition 32 bis. Accord fort Identifier une douleur chronique nécessite que le praticien accepte de prendre en compte la douleur du patient telle que ce dernier la ressent et l'exprime, ce qui ne préjuge en rien du type de sa douleur ni de ses mécanismes.	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	2	3	8	7	9	9
Proposition 33. Accord relatif Douleur persistante ou récidivante au-delà du délai habituel d'évolution de la pathologie causale diagnostiquée.	1 ^{re} cotation	0	0	0	1	0	5	3	2	2	4	7	9
	2 ^e cotation	0	0	1	0	0	2	3	6	1	3	8	9
Proposition 34. Accord fort Douleur persistante ou récidivante au-delà du délai habituel d'évolution de la pathologie causale diagnostiquée, notamment au-delà de 3 mois.	1 ^{re} cotation	0	0	1	1	1	1	3	4	2	3	7	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	3	9	1	7	8	9
Proposition 35. Absence de consensus Douleur persistante ou récidivante au-delà du délai habituel d'évolution de la pathologie causale diagnostiquée, notamment au-delà de 6 mois.	1 ^{re} cotation	0	0	0	2	2	2	1	2	4	4	7	9
	2 ^e cotation	1	2	3	2	1	2	1	1	0	1	4	8
Proposition 36. Absence de consensus Douleur ne répondant peu ou pas aux antalgiques habituels prescrits à doses efficaces, pendant une durée supérieure à 3 mois et évaluée correctement de façon régulière.	1 ^{re} cotation	1	1	1	1	2	0	2	3	2	1	7	9
	2 ^e cotation	2	1	1	1	0	1	6	1	0	1	7	8
Proposition 37. Absence de consensus Douleur avec retentissement fonctionnel et intrications sociales ou professionnelles notables.	1 ^{re} cotation	1	0	0	1	2	1	3	5	0	1	7	8
	2 ^e cotation	0	3	3	2	0	1	3	1	0	2	4	8
Proposition 38. Indécision Douleur avec un retentissement important et persistant plus de 3 mois dans la vie quotidienne.	1 ^{re} cotation	0	1	0	1	2	1	3	4	1	2	7	9
	2 ^e cotation	0	3	3	2	2	2	1	0	0	2	4	7

Libellé de la proposition	Tour	Nombre de votes par cotation									Minimum	Maximum	Médiane
		1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Proposition 38 bis. Accord fort Douleur accompagnée d'un retentissement fonctionnel dans les actes de la vie quotidienne et/ou d'une intrication sociale ou professionnelle, notamment au-delà de 3 mois.	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	1	6	6	7	8	9
Proposition 39. Absence de consensus Présence d'une composante anxieuse et/ou dépressive notable, persistant plus de 3 mois.	1 ^{re} cotation	0	2	0	1	2	2	3	3	0	2	6	8
	2 ^e cotation	0	4	1	0	3	2	1	2	0	2	5	8
Proposition 39 bis. Accord fort Douleur accompagnée d'une composante anxieuse et/ou dépressive.	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	1	2	5	5	6	8	9
Proposition 40. Absence de consensus Résistance à l'analyse clinique et au traitement bien conduit conformément aux recommandations en cours.	1 ^{re} cotation	0	0	1	2	0	2	2	5	1	3	7	9
	2 ^e cotation	0	3	0	1	3	3	2	1	0	2	5	8
Proposition 40 bis. Accord fort Douleur résistant à l'analyse clinique et au traitement <i>a priori</i> bien conduit conformément aux recommandations en cours.	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	1	6	6	7	8	9
Proposition 40 ter. Accord fort Douleur accompagnée d'une interprétation et de croyances erronées sur la douleur, ses causes, son retentissement ou ses traitements.	2 ^e cotation	0	0	1	0	0	0	2	6	4	3	8	9

► **Évaluer une douleur chronique en médecine ambulatoire**

L'évaluation de la douleur chronique en médecine ambulatoire nécessite :

Libellé de la proposition	Tour	Nombre de votes par cotation									Minimum	Maximum	Médiane
		1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Proposition 41. Absence de consensus Un bilan étiologique complet dans ces dimensions biopsychosociales comprenant un entretien, un examen clinique et si besoin des examens complémentaires.	1 ^{re} cotation	0	1	0	0	1	2	0	4	5	2	8	9
	2 ^e cotation	0	3	0	3	0	2	1	2	2	2	6	9
Proposition 41 bis. Accord fort Un bilan étiologique comprenant un entretien, un examen clinique et si besoin des examens complémentaires.	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	0	7	6	8	8	9
Proposition 42. Accord relatif Un entretien semi-structuré et l'utilisation d'autres outils validés permettant de décrire la douleur et d'en déterminer les conséquences.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	0	3	1	5	4	6	8	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	2	0	8	2	6	8	9
Proposition 43. Accord fort Une description précise de la douleur (historique, topographie, intensité, durée, caractéristiques qualitatives : variabilité dans le temps, caractère nociceptif ou neuropathique, etc.).	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	0	0	1	4	8	7	9	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	1	4	8	7	9	9
Proposition 45. Accord fort La recherche systématique du retentissement social, scolaire ou professionnel et économique* de la douleur chronique, y compris les procédures en cours. * Le terme « financier » proposé en 1 ^{re} cotation a été remplacé par le terme « économique » en	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	1	0	1	4	7	5	9	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	0	5	8	8	9	9

seconde cotation.													
Libellé de la proposition	Tour	Nombre de votes par cotation									Minimum	Maximum	Médiane
		1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Proposition 46. Accord fort La recherche systématique des manifestations psychopathologiques induites ou éventuellement associées.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	0	1	1	6	5	6	8	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	1	7	5	7	8	9
Proposition 47. Accord fort La connaissance des antécédents médicaux et chirurgicaux personnels et familiaux.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	0	1	2	4	6	6	8	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	0	7	6	8	8	9
Proposition 48. Accord fort La recherche systématique de la cause de la douleur alléguée par le patient et de ses attentes.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	0	0	1	4	8	7	9	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	2	3	8	7	9	9
Proposition 48 bis. Accord fort La recherche systématique des attentes du patient et de son interprétation ou croyances concernant la cause de la douleur.	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	0	5	8	8	9	9
Proposition 49. Accord fort Une auto-évaluation de l'intensité de la douleur, ou à défaut de participation possible du patient, une hétéro-évaluation adaptée au patient.	1 ^{re} cotation	0	0	1	0	0	0	0	5	7	3	9	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	1	4	8	7	9	9
Proposition 50. Accord fort En cas de persistance de cette douleur, cette évaluation devra : prendre en compte les réponses aux prises en charge antérieures (réaction aux antalgiques usuels, réponses aux thérapeutiques médicamenteuses ou non déjà utilisées, etc.).	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	1	1	0	6	5	5	8	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	0	10	3	8	8	9
Proposition 51. Absence de consensus En cas de persistance de cette douleur, cette évaluation devra être répétée à intervalles réguliers. Des échelles d'évaluation de la douleur chronique ou autres outils validés spécifiques de la pathologie sous-jacente sont nécessaires pour objectiver l'évolution de la douleur dans le temps.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	2	3	2	4	2	5	7	9
	2 ^e cotation	0	2	2	1	2	1	1	3	1	2	5	9
Proposition 51 bis. Accord fort En cas de persistance de cette douleur, cette évaluation devra être répétée à intervalles réguliers.	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	0	5	7	8	9	9
Proposition 51 ter. Absence de consensus En médecine ambulatoire, des échelles d'évaluation de la douleur chronique ou autres outils validés spécifiques de la pathologie sous-jacente sont nécessaires pour objectiver l'évolution de la douleur dans le temps.	2 ^e cotation	0	1	1	1	0	1	1	3	5	2	8	9
Proposition 52. Absence de consensus En cas de persistance de cette douleur, cette évaluation devra être répétée à intervalles réguliers. Des échelles d'évaluation de la douleur chronique ou autres outils validés spécifiques de la pathologie sous-jacente sont utiles pour objectiver l'évolution de la douleur dans le temps.	1 ^{re} cotation	0	0	1	0	0	1	3	4	4	3	8	9
	2 ^e cotation	1	3	1	0	1	1	1	3	2	1	6	9
Proposition 52 bis. Accord relatif En médecine ambulatoire, des échelles d'évaluation de la douleur chronique ou autres outils validés spécifiques de la pathologie sous-jacente sont utiles pour objectiver l'évolution de la douleur dans le temps.	2 ^e cotation	0	0	1	0	1	0	1	4	6	3	8	9

Orienter un patient vers une structure spécialisée

► Conditions préalables

Adresser un patient en consultation spécialisée multidisciplinaire de la douleur suppose au préalable :

Libellé de la proposition	Tour	Nombre de votes par cotation									Minimum	Maximum	Médiane
		1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Proposition 53. Accord fort Que cette demande de prise en charge spécialisée ne corresponde pas à un abandon de la prise en charge ambulatoire.	1 ^{re} cotation	0	0	0	1	0	1	2	2	7	4	9	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	1	3	9	7	9	9
Proposition 54. Accord fort Que le patient a bénéficié d'un bilan étiologique incluant les avis spécialisés et examens complémentaires adaptés à la situation (notamment lorsque la douleur évoque une pathologie somatique).	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	1	1	3	4	4	5	8	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	1	7	5	7	8	9
Proposition 55. Absence de consensus Qu'il a bien obtenu en ambulatoire (si possible) les avis spécialisés et examens demandés.	1 ^{re} cotation	0	0	1	0	2	3	2	2	3	3	7	9
	2 ^e cotation	0	3	0	1	3	1	1	3	1	2	5	9
Proposition 56. Accord fort Qu'il a bien obtenu en ambulatoire les avis spécialisés et examens, sauf avis argumenté du médecin traitant pour un envoi direct en consultation spécialisée de la douleur.	1 ^{re} cotation	0	1	1	0	2	1	1	4	3	2	8	9
	2 ^e cotation	0	1	0	0	0	0	2	5	5	2	8	9
Proposition 57. Absence de consensus Qu'il a bénéficié en ambulatoire d'une évaluation de la douleur chronique et d'un traitement initial adapté, conforme aux recommandations en cours.	1 ^{re} cotation	0	2	0	1	1	1	2	4	2	5	6	9
	2 ^e cotation	0	2	3	1	2	1	2	2	0	2	5	8
Proposition 57 bis. Accord fort Qu'il a bénéficié en ambulatoire d'une évaluation de la douleur chronique et d'un traitement initial, conforme aux recommandations en cours lorsqu'elles existent.	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	0	5	8	8	9	9
Proposition 58. Absence de consensus Que la demande de consultation spécialisée de la douleur prend bien en compte les orientations spécifiques de certains centres.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	1	6	0	3	3	5	6	9
	2 ^e cotation	0	0	2	0	1	4	2	2	1	3	6	9
Proposition 59. Accord relatif Répondre à des objectifs précis, partagés entre le patient et son médecin.	1 ^{re} cotation	0	1	1	0	0	3	1	1	6	2	8	9
	2 ^e cotation	0	0	1	0	2	0	4	5	1	3	7	9
Proposition 59 bis. Accord fort Que le médecin qui adresse le patient l'ait informé des modalités d'évaluation pluridisciplinaire effectuée dans les structures spécialisées de la douleur.	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	1	1	11	7	9	9

► **Éléments d'orientation**

Si malgré le traitement en cours, la douleur persiste, les éléments d'orientation suivants doivent être pris en compte dans la décision d'orientation :

Libellé de la proposition	Tour	Nombre de votes par cotation									Minimum	Maximum	Médiane
		1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Proposition 60. Absence de consensus Douleur mal contrôlée ou en aggravation malgré un traitement ayant associé obligatoirement les 3 éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> ● antalgiques ● co-antalgiques ● approches non médicamenteuses physiques et/ou psychologiques. 	1 ^{re} cotation	0	1	1	1	1	2	1	3	2	2	6	9
	2 ^e cotation	0	4	1	1	1	0	5	0	1	2	5	9
Proposition 61. Accord fort Situation dans laquelle un avis diagnostique ou thérapeutique est nécessaire (évaluation approfondie et multidimensionnelle des causes et des mécanismes de la douleur).	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	0	1	3	2	7	6	9	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	3	2	8	7	9	9
Proposition 62. Accord fort Situation dans laquelle une évaluation approfondie de la pertinence, de l'efficacité et/ou des effets secondaires de la prise en charge médicamenteuse ou non est nécessaire.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	0	0	5	3	5	7	8	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	5	5	5	7	8	9
Proposition 63. Accord fort Situation dans laquelle une approche interdisciplinaire comprenant au moins l'un des éléments suivants est nécessaire : <ul style="list-style-type: none"> ● approche psychologique ● approche physique guidée ● éducation médicamenteuse. 	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	0	1	3	2	7	6	9	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	3	1	9	7	9	9
Proposition 64. Accord fort Situation dans laquelle la douleur a des répercussions disproportionnées sur la vie professionnelle sociale et familiale ou des répercussions sur l'équilibre psychique.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	0	2	4	2	5	6	8	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	3	5	5	7	8	9
Proposition 65. Accord fort Patients dont la douleur paraît disproportionnée en intensité et en durée à la lésion causale diagnostiquée.	1 ^{re} cotation	0	0	0	1	0	3	2	5	2	5	8	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	4	5	4	7	8	9
Proposition 66. Accord fort Patients dont la douleur n'est pas calmée par un traitement conforme aux recommandations, conduisant à des modifications fréquentes de ce traitement.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	2	0	3	5	3	5	8	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	4	6	3	7	8	9
Proposition 67. Accord fort Patients pour lesquels un geste thérapeutique spécifique à la structure est nécessaire.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	0	0	0	5	8	8	9	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	0	5	8	8	9	9
Proposition 68. Accord fort Patients pour lesquels l'évaluation et la prise en charge multidisciplinaire de la douleur sont en pratique impossibles en dehors des structures spécialisées de la douleur.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	0	0	1	7	5	7	8	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	1	7	5	7	8	9

► **Éléments à transmettre dans la demande de consultation en structure spécialisée**

Un courrier-type de demande de consultation spécialisée partage les éléments suivants :

Libellé de la proposition	Tour	Nombre de votes par cotation									Minimum	Maximum	Médiane
		1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Proposition 69. Accord fort Les données personnelles administratives du patient.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	0	1	1	1	10	6	9	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	0	2	11	8	9	9
Proposition 70. Accord relatif Les noms et coordonnées des professionnels à qui adresser, avec accord explicite du patient, les données de l'évaluation faite dans la structure douleur.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	2	0	2	0	8	5	9	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	1	1	1	2	8	5	9	9
Proposition 71. Accord fort Le contexte familial, social, scolaire ou professionnel, et culturel du patient.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	1	1	2	4	5	5	8	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	3	6	4	7	8	9
Proposition 44. Absence de consensus La connaissance du contexte familial, social, culturel, scolaire ou professionnel et économique* du patient. * Le terme « financier » utilisé pour la première cotation a été remplacé par le terme « économique » en seconde cotation. Cette proposition initialement placée dans le paragraphe « évaluer une douleur chronique en ambulatoire » a été ensuite déplacée dans le paragraphe « éléments à transmettre ».	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	1	1	1	2	8	5	9	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	0	6	6	8	8,5	9
Proposition 72. Accord fort Les antécédents médicaux et chirurgicaux personnels et familiaux du patient.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	0	0	1	2	10	7	9	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	1	2	10	7	9	9
Proposition 73. Absence de consensus Les attentes du patient et causes alléguées de sa douleur.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	3	2	3	1	4	5	7	9
	2 ^e cotation	0	2	5	1	0	0	3	1	1	2	3	9
Proposition 73 bis. Accord fort Les attentes du patient et ses interprétations ou croyances concernant la cause de sa douleur.	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	0	5	8	8	9	9
Proposition 74. Accord fort Le motif du recours sollicité par le médecin (diagnostique, thérapeutique, autre).	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	0	0	1	4	8	7	9	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	1	4	8	7	9	9
Proposition 75. Accord fort L'historique de la douleur : contexte, mode de début, évolution, « ressenti » de la personne (auto-évaluation, cause alléguée*), données de l'examen du professionnel de santé (hétéro-évaluation). * Le terme « cause alléguée » utilisé en première cotation a été supprimé pour la seconde cotation.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	1	2	1	3	6	5	8	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	1	5	7	7	9	9
Proposition 76. Accord fort Ses caractéristiques : ancienneté, topographie, typologie, intensité, variabilité dans le temps, caractère nociceptif ou neuropathique.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	1	1	2	4	5	5	8	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	1	0	0	8	4	5	8	9

Libellé de la proposition	Tour	Nombre de votes par cotation									Minimum	Maximum	Médiane
		1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Proposition 77. Accord fort Les examens complémentaires et/ou avis spécialisés déjà réalisés dans ce cadre.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	0	0	0	4	9	8	9	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	0	4	9	8	9	9
Proposition 78. Accord fort Le retentissement de la douleur sur la vie quotidienne personnelle (notamment incapacités fonctionnelles induites, manifestations psychopathologiques).	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	1	0	4	5	3	5	8	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	1	9	3	7	8	9
Proposition 79. Accord fort Le retentissement de la douleur sur la vie familiale, professionnelle, socio-financière (éventuels litiges en cours).	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	2	0	3	5	3	5	8	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	1	1	8	3	6	8	9
Proposition 80. Accord fort Le(s) mode(s) de prise en charge antérieur(s) à la demande d'avis (réaction aux antalgiques usuels, réponses aux thérapeutiques médicamenteuses ou non déjà utilisées, etc.).	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	0	1	0	5	7	6	9	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	0	4	9	8	9	9

Première consultation en structure spécialisée

► Les conditions de réalisation

Libellé de la proposition	Tour	Nombre de votes par cotation									Minimum	Maximum	Médiane
		1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Proposition 81. Absence de consensus Préalablement à la consultation, il est souhaitable de proposer au patient une auto ou hétéro-évaluation de la douleur chronique, sous une forme qui lui soit adaptée (notamment si l'auto-évaluation lui est impossible).	1 ^{re} cotation	1	1	1	0	0	2	1	4	3	1	8	9
	2 ^e cotation	1	2	3	1	0	2	3	1	0	1	4	8
Proposition 81 bis. Accord fort Dès la prise de rendez-vous, il est souhaitable de proposer au patient un questionnaire qui permettra à la structure de s'assurer que l'orientation vers la consultation spécialisée de la douleur est adaptée.	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	1	4	4	4	6	8	9
Proposition 82. Accord relatif Plusieurs consultations peuvent être nécessaires pour une première évaluation.	1 ^{re} cotation	0	1	0	0	0	2	4	3	3	2	7	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	1	1	2	6	3	5	8	9
Proposition 83. Absence de consensus La première évaluation doit être réalisée en binôme comprenant au moins un médecin, l'autre élément du binôme pouvant être non médical, par exemple un travailleur social, une infirmière, autre.	1 ^{re} cotation	2	1	1	0	2	3	1	1	2	1	6	9
	2 ^e cotation	1	3	3	1	2	0	0	3	0	1	3	8
Proposition 83 bis. Accord relatif La première évaluation peut être réalisée en binôme, comprenant au moins un médecin (somaticien ou psychiatre) ; l'autre professionnel peut être psychologue ou issu de professions paramédicales (infirmière, kinésithérapeute, etc.).	2 ^e cotation	0	0	1	0	1	0	3	2	6	3	8	9

Libellé de la proposition	Tour	Nombre de votes par cotation									Minimum	Maximum	Médiane
		1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Proposition 84. Absence de consensus La première évaluation doit être réalisée par un binôme somaticien/psy (psychologue ou psychiatre).	1 ^{re} cotation	1	3	2	1	0	2	1	1	2	1	4	9
	2 ^e cotation	1	3	4	1	0	1	1	1	1	1	3	9
Proposition 85. Accord fort Lorsqu'une évaluation en structure spécialisée nécessite plusieurs consultations, au moins une doit pouvoir être faite en binôme ou aboutir à une réunion interdisciplinaire.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	0	1	5	2	5	6	8	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	1	2	5	5	6	8	9
Proposition 86. Accord fort La première évaluation doit être suivie d'une réunion interdisciplinaire, en particulier* si la consultation est réalisée par un seul praticien ou si la complexité du dossier le nécessite * Le terme « en particulier » a été supprimé pour la seconde cotation.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	1	0	2	3	7	5	9	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	1	1	4	7	6	9	8
Proposition 87. Accord relatif Une réunion de l'équipe multidisciplinaire doit examiner les résultats des évaluations, les antécédents et les rapports précédents.	1 ^{re} cotation	0	0	1	0	1	1	4	2	4	3	7	9
	2 ^e cotation	0	0	1	0	0	3	2	4	3	3	8	9

► **Le contenu de la première évaluation en structure spécialisée**

- Faire le point sur ce qui a déjà été fait en vue de répondre à la demande de recours et aux attentes du patient

Libellé de la proposition	Tour	Nombre de votes par cotation									Minimum	Maximum	Médiane
		1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Proposition 88. Accord fort La première évaluation de la douleur chronique en structure spécialisée doit prendre en compte les demandes du patient et du médecin adresseur à partir des éléments transmis.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	0	0	2	6	5	7	8	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	3	5	5	7	8	9
Proposition 89. Accord fort La première évaluation de la douleur chronique en structure spécialisée doit reprendre l'histoire, s'assurer des faits cliniques et diagnostiques, éventuellement par contact téléphonique avec les professionnels impliqués.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	0	1	1	6	5	6	8	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	1	7	5	7	8	9
Proposition 90. Accord fort La première évaluation de la douleur chronique en structure spécialisée doit s'assurer que les traitements antérieurs proposés ont pris en compte les recommandations existantes et ont été suivis par le patient.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	0	0	2	7	4	7	8	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	3	6	4	7	8	9

- Compléter avec les éléments spécifiques apportés par l'équipe spécialisée

La première évaluation de la douleur chronique en structure spécialisée doit :

Libellé de la proposition	Tour	Nombre de votes par cotation									Minimum	Maximum	Médiane
		1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Proposition 91. Accord fort Évaluer les dimensions intriquées de la douleur : composante physique, psychologique, cognitive, sociale et professionnelle.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	0	0	0	4	9	8	9	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	0	4	9	8	9	9
Proposition 92. Absence de consensus Évaluer les dimensions intriquées de la douleur : composante physique, psychologique, cognitive, sociale et professionnelle, à partir d'échelles, scores ou outils validés adaptés à la situation clinique du patient notamment selon son âge, son niveau de compréhension et ses capacités de communication.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	0	2	1	2	8	6	9	9
	2 ^e cotation	0	2	1	1	0	3	2	3	1	2	6	9
Proposition 92 bis. Accord fort Évaluer les dimensions intriquées de la douleur : composante physique, psychologique, cognitive, sociale et professionnelle, à partir d'échelles, scores ou outils validés adaptés à la situation clinique du patient, notamment selon son âge, son niveau de compréhension et ses capacités de communication. De rares cas peuvent justifier de ne pas utiliser d'échelles spécifiques (ex. cas particulier de certains patients présentant une pathologie psychiatrique).	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	0	2	11	8	9	9
Proposition 93. Accord fort Évaluer de façon la plus précise possible les conséquences sur l'activité quotidienne pouvant conduire à une demande de reconnaissance de handicap : limitation des tâches scolaires, des gestes quotidiens, des déplacements, des tâches ménagères ou familiales...	1 ^{re} cotation	0	1	0	2	0	1	1	5	3	2	8	9
	2 ^e cotation	0	0	1	0	0	2	1	7	2	3	8	9
Proposition 94. Accord fort Utiliser les outils proposés par l'Anaes (argumentaire annexe 4) en vue de compléter si nécessaire les données de l'évaluation biopsychosociale de la douleur chronique telle que définie précédemment.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	0	1	2	5	5	6	8	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	3	6	4	7	8	9
Proposition 95. Accord fort Utiliser des échelles, scores ou outils validés adaptés ou spécifiques à la situation clinique du patient en vue de compléter si nécessaire les données de l'évaluation biopsychosociale de la douleur telle que définie précédemment.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	0	0	3	3	7	7	9	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	3	3	7	7	9	9
Proposition 96. Accord fort Préciser les mécanismes de la douleur (nociceptive, neuropathique, idiopathique, psychogène, etc.).	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	0	1	1	3	8	6	9	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	1	2	10	7	9	9
Proposition 97. Accord fort Rechercher les éventuelles résistances ou incohérences, y compris les bénéfiques secondaires.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	0	2	1	2	8	6	9	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	1	3	9	7	9	9
Proposition 98. Accord fort Faire l'inventaire des stratégies susceptibles d'aider le patient à faire face.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	0	0	0	3	10	8	9	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	0	3	10	8	9	9

- Formuler des propositions ou assurer les compléments nécessaires

La première évaluation de la douleur chronique en structure spécialisée doit :

Libellé de la proposition	Tour	Nombre de votes par cotation									Minimum	Maximum	Médiane
		1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Proposition 99. Accord fort Valider ou modifier la prise en charge actuelle (correction des lacunes, adaptation en fonction des nouvelles données).	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	0	0	1	3	9	7	9	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	1	3	9	7	9	9
Proposition 100. Accord fort Proposer le cas échéant d'autres examens.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	1	0	1	2	9	5	9	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	1	2	10	7	9	9
Proposition 101. Accord fort Valider ou modifier le traitement en cours.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	0	0	1	2	10	7	9	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	1	2	10	7	9	9
Proposition 102. Accord fort Proposer si nécessaire un programme de prise en charge multidisciplinaire et planifier le suivi de cette prise en charge (coordination des soins avec le médecin traitant, d'autres spécialistes, etc.).	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	0	0	0	3	10	8	9	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	0	3	10	8	9	9
Proposition 103. Accord fort Expliciter la stratégie thérapeutique proposée : objectifs, grandes lignes du traitement, intervenants probables, suivi/révision, orientation ultérieure.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	0	0	0	4	9	8	9	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	0	4	9	8	9	9
Proposition 104. Accord fort Si nécessaire, proposer les démarches sociales à entreprendre (ex. demande de reconnaissance de situation de handicap).	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	1	1	2	3	6	5	8	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	1	6	6	7	8	9

- Compléter ou proposer une évaluation du retentissement scolaire ou professionnel si nécessaire

L'évaluation de la douleur chronique en structure spécialisée doit :

Libellé de la proposition	Tour	Nombre de votes par cotation									Minimum	Maximum	Médiane
		1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Proposition 105. Accord fort Préciser les caractéristiques scolaires ou professionnelles avant l'épisode douloureux : diplôme, formation, métier et cursus, poste de travail actuel, type d'entreprise, satisfaction au travail, etc.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	0	4	4	2	3	6	7	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	1	1	4	7	6	9	9
Proposition 106. Accord fort Décrire, si c'est le cas, l'origine scolaire ou professionnelle de la douleur : accident du travail ou maladie professionnelle, rythme de la douleur en rapport avec les activités professionnelles.	1 ^{re} cotation	0	0	0	1	0	3	1	3	5	4	8	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	0	6	7	8	9	9
Proposition 107. Accord fort Décrire les conséquences* scolaires ou professionnelles de la douleur . * Les conséquences possibles à évoquer sont précisées au niveau de l'argumentaire.	1 ^{re} cotation	0	0	1	0	0	0	2	6	4	3	8	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	0	7	6	8	8	9
Proposition 108. Accord fort Préciser les conséquences socio-financières : perte de salaire en arrêt, si chômage, si reprise.	1 ^{re} cotation	1	0	1	0	0	0	4	3	4	1	8	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	1	5	7	7	9	9
Proposition 109. Accord fort Si nécessaire, solliciter une demande d'aide au reclassement.	1 ^{re} cotation	0	0	1	0	1	3	1	3	4	3	8	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	1	6	6	7	8	9

► Réponse de la structure à transmettre au médecin demandeur

- Objectifs

Libellé de la proposition	Tour	Nombre de votes par cotation									Minimum	Maximum	Médiane
		1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Proposition 110. Accord fort La réponse de la structure au médecin demandeur a pour objectif de répondre au motif de recours explicité par le médecin demandeur.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	0	0	1	4	8	7	9	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	1	4	8	7	9	9
Proposition 111. Accord fort La réponse de la structure au médecin demandeur a pour objectif d'informer le médecin demandeur des résultats complets de l'évaluation de la douleur faite dans la structure.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	0	0	3	1	9	7	9	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	3	1	9	7	9	9
Proposition 112. Absence de consensus La réponse de la structure au médecin demandeur a pour objectif de solliciter des compléments d'information auprès du médecin demandeur.	1 ^{re} cotation	1	2	0	0	0	1	2	2	5	1	8	9
	2 ^e cotation	2	2	0	0	1	0	2	4	2	1	7	9
Proposition 113. Accord fort La réponse de la structure au médecin demandeur a pour objectif de proposer la prise en charge la mieux adaptée à la situation (cf. figure 2) et les interventions complémentaires nécessaires (par exemple psychologiques, sociales, ou professionnelles).	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	0	0	2	2	9	7	9	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	2	2	9	7	9	9

Libellé de la proposition	Tour	Nombre de votes par cotation									Minimum	Maximum	Médiane
		1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Proposition 114. Accord fort La réponse de la structure au médecin demandeur a pour objectif d'améliorer la cohérence des informations entre les différents intervenants auprès du patient.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	0	0	2	3	8	7	9	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	2	3	8	7	9	9

- Contenu

Répondre au motif de recours explicité par le médecin demandeur

Libellé de la proposition	Tour	Nombre de votes par cotation									Minimum	Maximum	Médiane
		1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Proposition 115. Absence de consensus Le courrier de réponse confirme le bien-fondé de la demande, et notamment donne un avis argumenté sur le traitement en cours et/ou les modifications à envisager.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	3	0	1	3	6	5	8	9
	2 ^e cotation	0	2	3	1	3	2	1	0	1	2	5	9
Proposition 115 bis. Accord fort Le courrier répond au motif de recours, et notamment donne un avis argumenté sur le traitement en cours et/ou les modifications à envisager.	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	0	4	9	8	9	9

Informez le médecin demandeur des résultats complets de l'évaluation de la douleur faite dans la structure

Les données d'évaluation qui doivent être explicites dans ce courrier sont les :

Libellé de la proposition	Tour	Nombre de votes par cotation									Minimum	Maximum	Médiane
		1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Proposition 116. Accord fort Mécanismes principaux de la douleur.	1 ^{re} cotation	0	0	1	0	0	1	1	4	6	3	8	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	1	1	7	4	6	8	9
Proposition 117. Accord relatif Composantes principales de la douleur.	1 ^{re} cotation	0	0	1	0	0	2	1	3	6	3	8	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	1	1	5	5	6	8	9
Proposition 118. Accord fort Conclusions de l'évaluation, précisant si nécessaire certains points de l'historique de la maladie, du contexte et du traitement (le cas échéant avis ponctuel sur le traitement ou le diagnostic et renvoi au médecin traitant).	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	0	0	3	1	9	7	9	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	3	1	9	7	9	9
Proposition 119. Accord fort Conclusions de l'évaluation en précisant les éléments nouveaux concernant la douleur chronique et son retentissement fonctionnel, psychique, social et scolaire ou professionnel sur la vie quotidienne du patient.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	0	0	2	3	8	7	9	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	2	3	8	7	9	9
Proposition 120. Accord fort Hypothèses diagnostiques ou thérapeutiques envisagées.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	0	0	2	1	10	7	9	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	2	1	10	7	9	9

Solliciter des compléments d'information

Libellé de la proposition	Tour	Nombre de votes par cotation									Minimum	Maximum	Médiane
		1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Proposition 121. Accord fort Le courrier de réponse demande si nécessaire des informations complémentaires sur les traitements entrepris et leur effet.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	1	2	3	4	3	5	8	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	1	1	1	6	4	5	8	9

Proposer la prise en charge la mieux adaptée et les interventions complémentaires nécessaires

Le courrier de réponse précise les :

Libellé de la proposition	Tour	Nombre de votes par cotation									Minimum	Maximum	Médiane
		1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Proposition 122. Accord fort Avis et examens demandés en complément de ce qui a déjà été fait.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	0	0	3	2	8	7	9	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	3	2	8	7	9	9
Proposition 123. Absence de consensus Objectifs de la prise en charge sur lesquels il y a accord explicite de l'équipe de la structure spécialisée et du patient, en précisant si possible un délai minimum de réalisation de ces objectifs.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	1	0	2	4	6	5	8	9
	2 ^e cotation	0	2	3	1	1	2	2	2	0	2	5	8
Proposition 123 bis. Accord fort Objectifs de la prise en charge sur lesquels il y a accord explicite entre l'équipe de la structure spécialisée et le patient (ex. de contrat d'objectif : améliorer ses capacités fonctionnelles, reprendre le travail, réduire sa consommation médicamenteuse, etc.).	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	0	3	10	8	9	9
Proposition 124. Absence de consensus Critères d'évaluation communs aux médecins en ambulatoire et en structures spécialisées et proposition d'échéances d'évaluation par les différents intervenants.	1 ^{re} cotation	0	1	1	0	2	2	0	5	2	2	8	9
	2 ^e cotation	0	2	2	0	1	3	1	4	0	2	6	8
Proposition 124 bis. Accord fort Échéances et critères sur lesquels l'atteinte des objectifs peut être mesurée selon les différents intervenants (ex. : avoir augmenté son périmètre de marche d'ici 15 jours).	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	2	4	7	7	9	9
Proposition 125. Accord fort Modalités proposées de mise en œuvre de la prise en charge : <ul style="list-style-type: none"> ● poursuite d'une prise en charge en ambulatoire coordonnée par le médecin traitant, avec ou sans suivi ponctuel par la structure spécialisée, ● poursuite d'une prise en charge en ambulatoire coordonnée par la structure spécialisée ou un réseau de santé identifié, ● mise en œuvre d'une prise en charge technique spécifique ou pluridisciplinaire par la structure, ● mise en œuvre d'une prise en charge par une autre structure spécialisée. 	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	0	2	0	4	7	6	9	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	1	4	8	7	9	9

Libellé de la proposition	Tour	Nombre de votes par cotation									Minimum	Maximum	Médiane
		1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Proposition 126. Accord fort Projet thérapeutique envisagé, le cas échéant, par la structure, par exemple (liste non limitative) : <ul style="list-style-type: none"> ● approche psychologique, ● intervention sociale, ● intervention en milieu professionnel, ou scolaire pour les enfants, ● intervention auprès de l'entourage, ● approche physique spécialisée, ● modifications souhaitables de l'hygiène ou du mode de vie du patient, ● éducation thérapeutique ciblée (exemples : opioïdes, antidépresseurs, anticonvulsivants...), ● prise en charge antalgique médicamenteuse, ● prise en charge antalgique spécialisée. (les éléments de cette prise en charge seront détaillés en fonction des professionnels de santé concernés)	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	0	0	2	4	7	7	9	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	2	4	7	7	9	9

Améliorer la cohérence des informations entre les différents intervenants auprès du patient

Libellé de la proposition	Tour	Nombre de votes par cotation									Minimum	Maximum	Médiane
		1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Proposition 127. Absence de consensus Un courrier de réponse est adressé à tous les intervenants désignés ou autorisés par le patient (médecin traitant, spécialiste, médecin du travail, médecin-conseil et de caisse, autres professionnels impliqués dans la prise en charge, etc.).	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	1	0	1	1	10	5	9	9
	2 ^e cotation	0	1	1	1	1	1	2	1	5	2	7	9
Proposition 127 bis. Accord fort Un courrier de réponse est systématiquement adressé au médecin qui adresse le patient et au médecin traitant si ce dernier n'est pas le demandeur.	2 ^e cotation	0	1	0	0	0	0	1	1	10	2	9	9

Critères d'orientation du patient à l'issue de la première évaluation en structure spécialisée

► Réorientation vers le médecin traitant ou prise en charge extérieure à la structure

Face aux situations suivantes, le patient est réorienté vers le médecin traitant ou une prise en charge extérieure à la structure :

Libellé de la proposition	Tour	Nombre de votes par cotation									Minimum	Maximum	Médiane
		1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Proposition 128. Accord fort Situation simple (par exemple simple confirmation de l'adéquation de la prise en charge en cours, ou éventuellement erreur d'aiguillage).	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	0	0	3	1	9	7	9	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	3	1	9	7	9	9
Proposition 129. Absence de consensus Situation plus complexe, mais facile à vérifier par des examens ou tests thérapeutiques en externe, à laisser à la discrétion du médecin traitant.	1 ^{re} cotation	1	0	0	0	2	1	2	2	5	1	8	9
	2 ^e cotation	0	2	0	4	2	0	2	2	1	2	5	9
Proposition 129 bis. Accord fort Situation plus complexe, mais facile à vérifier par le médecin traitant après résultats des examens ou tests thérapeutiques réalisés en externe, après prescription faite ou proposée par la structure.	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	1	5	7	7	9	9
Proposition 130. Absence de consensus Situation où un avis complémentaire ponctuel peut être apporté par la structure (par exemple évaluation de la dimension psychologique de la douleur si elle ne peut être faite aisément ailleurs que dans la structure).	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	1	1	1	4	6	5	8	9
	2 ^e cotation	1	1	2	1	2	0	1	3	2	1	5	9
Proposition 130 bis. Accord fort Situation où la prise en charge peut être réalisée en ambulatoire et coordonnée par le médecin traitant, si un avis complémentaire ponctuel est apporté par la structure (par exemple : rendez-vous alternés, évaluation de la dimension psychologique de la douleur au sein de la structure si elle ne peut être faite aisément ailleurs que dans celle-ci, etc.).	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	1	6	5	7	8	9
Proposition 131. Absence de consensus Disponibilité ou accord des autres structures à solliciter pour l'intervention préconisée (réseau, autres structures interdisciplinaires plus spécifiques, etc.).	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	2	0	3	5	3	5	8	9
	2 ^e cotation	0	2	0	1	1	0	5	4	0	2	7	8
Proposition 131 bis. Accord fort Situation où les autres structures susceptibles de mettre en œuvre l'intervention préconisée sont disponibles et acceptent de prendre en charge le patient (ex. réseau, autres structures interdisciplinaires plus spécifiques, etc.).	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	2	3	7	7	9	9
Proposition 132. Absence de consensus Possibilité pour le médecin traitant de coordonner le programme de prise en charge proposé par la structure douleur, en fixant des rendez-vous alternés si besoin.	1 ^{re} cotation	0	1	0	0	2	0	1	4	5	2	8	9
	2 ^e cotation	0	2	1	0	1	0	2	7	0	2	8	8

► **Prise en charge dans la structure spécialisée (en externe ou interne si nécessaire)**

• **Raisons liées au patient**

Face aux situations suivantes, une prise en charge par la structure spécialisée est proposée au patient en cas de :

Libellé de la proposition	Tour	Nombre de votes par cotation									Minimum	Maximum	Médiane
		1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Proposition 133. Absence de consensus Cette décision relève toujours du cas par cas.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	0	1	3	3	6	6	8	9
	2 ^e cotation	0	2	2	1	0	0	3	2	3	2	7	9
Proposition 133 bis. Accord fort Au cas par cas, si le patient le demande.	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	1	1	6	5	6	8	9
Proposition 134. Accord fort Troubles sévères et complexes, au vu des résultats de l'évaluation effectuée par la consultation spécialisée de la douleur.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	0	1	1	4	7	6	9	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	2	4	7	7	9	9
Proposition 135. Accord fort Motifs particuliers : éloignement géographique, isolement social, problèmes de couverture sociale, motifs professionnels, etc.	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	0	1	4	4	4	6	8	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	1	1	8	3	6	8	9
Proposition 136. Absence de consensus Problèmes d'adhésion (ou de compliance) au projet thérapeutique envisagé.	1 ^{re} cotation	0	0	2	0	2	4	0	2	3	3	6	9
	2 ^e cotation	0	3	1	2	2	1	1	1	2	2	5	9
Proposition 136 bis. Accord fort Difficultés d'acceptation ou échec de mise en œuvre du projet thérapeutique ambulatoire envisagé au préalable.	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	1	5	7	7	9	9
Proposition 137. Accord relatif Refus <i>a priori</i> de la dimension multidimensionnelle de la douleur chronique.	1 ^{re} cotation	1	0	1	0	0	2	3	3	3	1	7	9
	2 ^e cotation	0	0	1	0	0	2	1	6	3	3	8	9
Proposition 138. Absence de consensus Conséquences socioprofessionnelles à prévoir : un suivi peut être assuré par la structure en vue de coordonner au mieux les aménagements en vue du maintien à l'emploi.	1 ^{re} cotation	0	1	0	0	2	1	4	1	4	2	7	9
	2 ^e cotation	0	3	1	1	3	1	1	2	1	2	5	9
Proposition 138 bis. Accord fort Retentissement scolaire ou conséquences socioprofessionnelles prévisibles : un suivi peut être assuré par la structure en vue de coordonner au plus vite un suivi avec les médecins scolaires ou médecins de santé au travail.	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	1	7	5	7	8	9
Proposition 138 ter. Accord fort Situations pour lesquelles plusieurs évaluations répétées sont habituellement nécessaires avant certitude diagnostique ou équilibration du traitement.	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	1	1	5	6	6	8	9

- Raisons liées à la structure

Face aux situations suivantes, une prise en charge par la structure spécialisée est proposée au patient :

Libellé de la proposition	Tour	Nombre de votes par cotation									Minimum	Maximum	Médiane
		1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Proposition 139. Accord fort Spécificité de la structure pour des modes de prise en charge qui ne peuvent être assurés ailleurs (nécessité d'avis multiples ou de gestes spécifiques à faire dans la structure).	1 ^{re} cotation	0	0	0	0	0	0	0	3	9	8	9	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	0	4	9	8	9	9
Proposition 140. Accord fort Non-remboursement de certains actes indispensables au projet thérapeutique dans un contexte autre que celui de la structure.	1 ^{re} cotation	0	1	0	0	0	0	3	3	6	2	8	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	2	7	4	7	8	9
Proposition 141. Accord fort Dossiers complexes nécessitant une discussion interdisciplinaire (staff : psychologue/psychiatre, assistante sociale, spécialiste d'organe, si possible, médecin demandeur).	1 ^{re} cotation	0	0	1	0	0	0	1	2	9	3	9	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	0	1	4	8	7	9	9
Proposition 142. Accord fort Programme de recherche en cours.	1 ^{re} cotation	1	0	0	0	1	2	3	1	5	1	7	9
	2 ^e cotation	0	0	0	0	0	1	6	3	3	6	7	9

Annexe 10. Résultats des cotations individuelles du groupe de lecture

Libellé de la proposition	Nombre de votes par cotation									Minimum	Médiane	Maximum
	1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Q1 Il est essentiel de considérer que la douleur est ce que la personne qui en est atteinte dit qu'elle est, et qu'elle existe dès lors qu'elle affirme la ressentir, qu'une cause soit identifiée ou non.	0	1	0	0	0	1	2	7	35	2	9	9
Q2 La douleur chronique est un syndrome multidimensionnel centré sur la personne qui en est atteinte.	0	0	2	0	1	2	3	11	26	3	9	9
Le patient présente un syndrome de douleur chronique lorsque la douleur réunit plusieurs des caractéristiques suivantes (Q1 à Q6) :												
Q3 être persistante ou récurrente, ou associée à un processus pathologique intermittent ou chronique ;	0	1	1	0	1	3	4	8	28	2	9	9
Q4 durer au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale, en particulier si la douleur évolue depuis plus de 3 mois ;	0	0	1	2	1	1	2	8	29	3	9	9
Q5 répondre mal au traitement médical ou invasif approprié ;	2	0	5	2	2	2	6	11	16	1	8	9
Q6 être accompagnée d'une détérioration significative et durable du statut fonctionnel, en particulier d'une régression significative et progressive de la capacité fonctionnelle et relationnelle dans les activités de la vie journalière, au domicile comme au travail.	1	1	1	0	1	2	2	9	28	1	9	9
La douleur chronique peut s'accompagner :												
Q7 de manifestations psychopathologiques ;	0	1	1	0	1	1	6	5	29	2	9	9
Q8 d'une demande excessive de recours à des médicaments ou à des procédures médicales souvent invasives, alors même que le patient déclare leur inefficacité à soulager ;	1	0	1	0	2	3	4	8	25	1	9	9
Q9 d'une incapacité du patient à s'adapter à la situation.	3	0	2	0	3	3	6	5	21	1	8	9
Q10 En revanche, la topographie et l'intensité de la douleur ne devraient pas intervenir dans la définition de la douleur chronique.	2	1	3	3	5	0	4	2	26	1	9	9

Libellé de la proposition	Nombre de votes par cotation									Minimum	Médiane	Maximum
	1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Q11 Le terme « rebelle » utilisé dans l'expression « douleur chronique rebelle » doit être évité car cette qualification est ambiguë, faisant référence à de nombreuses notions telles que la sévérité de la douleur, les difficultés de son évaluation ou de son traitement, une résistance aux traitements usuels et ce quelle que soit sa pertinence dans le cadre de la définition administrative ²² relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle. Ce terme n'apporte rien à la définition de la douleur chronique et à la décision médicale et induit, pour certains, un jugement de valeur porté sur le patient.	3	1	5	1	4	2	3	5	22	1	8	9
Q12 Identifier une douleur chronique nécessite que le professionnel de santé accepte de reconnaître la douleur du patient telle que ce dernier la ressent et l'exprime, ce qui ne préjuge en rien du type de sa douleur, de ses mécanismes, etc.	0	0	1	1	1	0	1	7	35	3	9	9
Il est recommandé d'évoquer une douleur chronique en médecine ambulatoire devant l'une ou plusieurs des douleurs suivantes (Q13 à Q17) :												
Q13 douleur persistante ou récidivante, évoluant au-delà du délai habituel d'évolution de la pathologie causale diagnostiquée, notamment au-delà de 3 mois ;	1	0	0	1	1	1	3	7	32	1	9	9
Q14 douleur accompagnée d'un retentissement fonctionnel dans les actes de la vie quotidienne ou d'une intrication sociale ou professionnelle, notamment au-delà de 3 mois ;	1	0	0	1	0	2	4	9	29	1	9	9
Q15 douleur accompagnée d'une composante anxieuse ou dépressive ;	3	1	1	2	4	3	6	5	21	1	8	9
Q16 douleur résistant à l'analyse clinique et au traitement <i>a priori</i> bien conduit et suivi, conformément aux recommandations en cours ;	2	0	0	1	2	1	5	7	28	1	9	9
Q17 douleur accompagnée d'une interprétation et de croyances erronées sur la douleur, ses causes, son retentissement ou ses traitements.	3	3	2	2	2	3	5	7	19	1	8	9
Q18 L'évaluation en médecine ambulatoire d'un patient se plaignant d'une douleur chronique nécessite un bilan étiologique comprenant un entretien semi-structuré, un examen clinique et si besoin des examens complémentaires.	0	0	1	0	1	1	2	7	34	3	9	9
Q19 Elle nécessite de connaître les antécédents médicaux, chirurgicaux personnels et familiaux.	0	0	0	0	0	0	1	7	38	7	9	9

²² Direction générale de la santé. Circulaire du 4 février 1998 relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle. Bull off 1998;98/9.

Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient

Libellé de la proposition	Nombre de votes par cotation									Minimum	Médiane	Maximum
	1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Q20 Il est recommandé que ce bilan décrive précisément la douleur : <ul style="list-style-type: none"> • historique ; • topographie ; • intensité ; • durée ; • caractéristiques qualitatives : variabilité dans le temps, caractère nociceptif ou neuropathique, etc. 	0	0	2	0	2	0	4	6	31	3	9	9
Il est recommandé que ce bilan précise systématiquement (Q21 à Q25) :												
Q21 le retentissement social, scolaire ou professionnel et économique de la douleur chronique, y compris les procédures en cours (arrêt de travail, reclassement, litige, etc.) ;	1	0	0	0	1	1	4	5	34	1	9	9
Q22 les manifestations psychopathologiques induites ou bien associées ;	2	0	0	0	2	1	3	9	39	1	9	9
Q23 les attentes du patient et ses interprétations ou croyances concernant la cause de la douleur ;	2	0	1	0	3	0	4	8	28	1	9	9
Q24 l'intensité de la douleur par une auto-évaluation, ou à défaut de participation possible du patient, une hétéro-évaluation adaptée au patient ;	1	0	0	0	1	2	3	3	36	1	9	9
Q25 les réponses aux prises en charge antérieures : réaction aux antalgiques usuels, réponses aux thérapeutiques déjà utilisées, médicamenteuses ou non, etc.	0	1	0	0	0	1	1	3	38	2	9	9
Q26 Ultérieurement, il est recommandé de répéter cette évaluation à intervalles réguliers, si la douleur persiste malgré la prise en charge.	1	1	0	0	3	1	2	5	32	1	9	9
Q27 En médecine ambulatoire, les échelles d'évaluation de la douleur chronique ou autres outils validés spécifiques de la pathologie sous-jacente sont utiles pour objectiver l'évolution de la douleur dans le temps.	1	1	1	1	4	2	1	12	22	7	8	9
Adresser un patient en consultation spécialisée multidisciplinaire de la douleur suppose au préalable que (Q28 à Q30) :												
Q28 cette demande de prise en charge spécialisée ne correspond pas à un abandon de la prise en charge ambulatoire ;	1	0	0	2	0	2	3	3	35	1	9	9

Libellé de la proposition	Nombre de votes par cotation									Minimum	Médiane	Maximum
	1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Q29 le patient ait eu un bilan étiologique incluant les avis spécialisés et examens complémentaires adaptés à la situation (notamment lorsque la douleur évoque une pathologie somatique), sauf demande argumentée du médecin traitant pour un recours direct en consultation spécialisée de la douleur ;	0	0	2	1	4	2	2	4	31	3	9	9
Q30 le médecin qui adresse le patient l'ait informé des modalités d'évaluation pluridisciplinaire effectuée dans les structures spécialisées de la douleur.	1	0	1	0	6	1	2	5	30	1	9	9
Q31 Il est souhaitable que la demande de consultation réponde à des objectifs précis, partagés entre le patient et le médecin prescripteur.	1	0	2	1	3	1	8	4	25	1	9	9
Si malgré le traitement en cours, la douleur persiste, il est recommandé d'orienter le patient vers une structurée spécialisée de la douleur lorsque l'une ou plusieurs des situations cliniques suivantes sont rencontrées (Q32 à Q40) :												
Q32 un avis diagnostique est nécessaire (évaluation approfondie et multidimensionnelle des causes et des mécanismes de la douleur) :	0	0	0	0	1	1	3	5	36	5	9	9
Q33 en particulier lorsque la douleur paraît disproportionnée en intensité et en durée étant donné la lésion causale identifiée,	1	1	0	0	4	2	4	5	38	1	9	9
Q34 en particulier lorsque la douleur a des répercussions disproportionnées sur la vie professionnelle, sociale et familiale du patient ou des répercussions sur son équilibre psychique ;	1	2	1	0	1	1	3	7	30	1	9	9
Q35 un avis thérapeutique est nécessaire :	0	0	0	0	1	2	2	5	35	5	9	9
Q36 en particulier lorsqu'une évaluation approfondie de la pertinence, de l'efficacité ou des effets secondaires de la prise en charge, médicamenteuse ou non, est nécessaire,	0	0	0	0	1	0	4	7	34	5	9	9
Q37 en particulier lorsque la douleur n'est pas calmée par un traitement conforme aux recommandations, conduisant à des modifications fréquentes de ce traitement ;	0	0	0	0	1	0	2	8	35	5	9	9
Q38 l'évaluation et la prise en charge multidisciplinaire de la douleur sont en pratique impossibles en dehors des structures spécialisées de la douleur :	3	6	0	1	5	2	5	5	18	1	8	9
Q39 en particulier lorsqu'un geste thérapeutique spécifique nécessite de recourir à la structure,	1	2	1	1	0	1	4	8	27	1	9	9

Libellé de la proposition	Nombre de votes par cotation									Minimum	Médiane	Maximum
	1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Q40 en particulier lorsqu'une approche interdisciplinaire est nécessaire, comprenant au moins l'un des éléments suivants: - approche psychologique, - approche physique guidée, - éducation thérapeutique pour la gestion du traitement.	2	1	1	2	2	3	5	7	22	1	8	9
Il est recommandé que la demande de consultation auprès d'une structure spécialisée de la douleur fasse l'objet d'un courrier type précisant les éléments suivants (Q41 à Q46) :												
Q41 Les données propres au patient : - données personnelles administratives, - contexte familial, social, scolaire ou professionnel et culturel, - antécédents médicaux et chirurgicaux personnels et familiaux, - attentes du patient et interprétations ou croyances concernant la cause de sa douleur, - éventuellement, avec son accord explicite, les noms et coordonnées des professionnels à qui adresser les résultats de l'évaluation réalisée dans la structure spécialisée de la douleur ;	1	0	0	1	4	2	3	8	27	1	9	9
Q42 les caractéristiques de la douleur chronique observée : - ressenti de la personne (auto-évaluation), - données de l'examen par le professionnel de santé (hétéro-évaluation), - historique de la douleur : ancienneté, mode de début, contexte d'apparition, évolution, variabilité dans le temps, - topographie, - typologie : caractère nociceptif ou neuropathique, - intensité ;	1	1	0	1	3	1	2	7	30	1	9	9
Q43 le retentissement de la douleur chronique : - retentissement de la douleur sur la vie quotidienne personnelle (notamment incapacités fonctionnelles induites, manifestations psychopathologiques), - retentissement de la douleur sur les situations familiale, professionnelle, sociale et financière (éventuels litiges en cours) ;	1	1	0	1	3	0	4	6	29	1	9	9
Q44 les examens complémentaires déjà réalisés ou les avis spécialisés déjà pris ;	1	0	0	0	0	0	1	7	36	1	9	9
Q45 les traitements antérieurs à la demande d'avis (réaction aux antalgiques usuels, réponses aux thérapeutiques médicamenteuses ou non déjà utilisées, etc.) ;	1	0	0	0	1	0	2	4	36	1	9	9
Q46 le motif du recours sollicité par le médecin (diagnostique, thérapeutique, autre...).	1	0	0	0	1	0	3	3	35	1	9	9

Libellé de la proposition	Nombre de votes par cotation									Minimum	Médiane	Maximum
	1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Q47 Dès la prise de rendez-vous, il est souhaitable de proposer au patient un questionnaire qui permettra à la structure de s'assurer que l'orientation vers la consultation spécialisée de la douleur est adaptée.	5	4	0	1	6	1	4	4	20	1	8	9
Q48 Plusieurs consultations peuvent être nécessaires pour une première évaluation.	0	0	0	0	0	1	2	5	37	6	9	9
Q49 La première évaluation peut être réalisée en binôme, comprenant au moins un médecin (somatique ou psychiatre); l'autre professionnel peut être un psychologue ou un autre professionnel (infirmière, masseur-kinésithérapeute, etc.).	1	1	3	2	5	1	5	1	26	1	9	9
Q50 Lorsqu'une évaluation en structure spécialisée nécessite plusieurs consultations, il est recommandé qu'une au moins soit réalisée en binôme ou qu'elle soit suivie d'une réunion interdisciplinaire.	0	0	1	1	5	2	4	7	24	3	9	9
Q51 Il est recommandé que la première évaluation soit suivie d'une réunion interdisciplinaire, si l'un au moins des éléments suivants est présent : la ou les consultations sont réalisées par un seul praticien, la complexité du dossier le nécessite.	2	0	1	1	3	3	5	6	24	1	9	9
Q52 Il est souhaitable que l'équipe multidisciplinaire examine les résultats des évaluations, les antécédents et les rapports précédents.	0	0	0	0	4	2	1	6	30	5	9	9
Q53 Il est recommandé que la première évaluation de la douleur chronique en structure spécialisée synthétise ce qui a déjà été fait,	0	0	0	0	0	0	2	4	40	7	9	9
Q54 notamment qu'elle prenne en compte les demandes du patient et du médecin prescripteur à partir des éléments transmis,	0	0	0	0	0	1	3	4	37	6	9	9
Q55 notamment qu'elle s'assure des faits cliniques et diagnostiques, en reprenant l'histoire de la douleur, si besoin en prenant un contact téléphonique avec les professionnels impliqués	0	0	0	0	0	0	3	7	36	7	9	9
Q56 notamment qu'elle s'assure que les traitements antérieurs proposés ont pris en compte les recommandations existantes et ont été suivis par le patient.	0	0	0	0	1	1	0	6	38	5	9	9

Libellé de la proposition	Nombre de votes par cotation									Minimum	Médiane	Maximum
	1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Q57 Il est recommandé que la première évaluation de la douleur chronique en structure spécialisée complète l'évaluation effectuée en ambulatoire, à partir d'échelles, scores ou outils validés, adaptés à la situation clinique du patient, notamment selon son âge, son niveau de compréhension et ses capacités de communication (cf. annexe 4 de l'argumentaire). De rares cas peuvent justifier de ne pas utiliser d'échelles spécifiques (ex. cas particulier de certains patients ayant une pathologie psychiatrique).	0	0	0	1	0	2	3	4	34	4	9	9
Il est recommandé, pour tout patient, que la première évaluation de la douleur chronique en structure spécialisée précise (Q58 à Q62) :												
Q58 les dimensions intriquées de la douleur : composante physique, psychologique, cognitive, sociale et professionnelle ;	0	0	0	0	0	0	4	3	38	7	9	9
Q59 les mécanismes de la douleur (nociceptive, neuropathique, idiopathique, psychogène) ;	0	0	0	0	0	0	2	3	40	7	9	9
Q60 les éventuelles résistances ou incohérences, y compris les bénéfices secondaires ;	0	1	0	0	2	2	4	3	33	2	9	9
Q61 les conséquences de la douleur chronique sur l'activité quotidienne : limitation des tâches scolaires, des gestes quotidiens, des déplacements, des tâches ménagères ou familiales, etc., pouvant conduire à une demande de reconnaissance de situation de handicap ;	0	0	0	0	0	0	1	4	41	7	9	9
Q62 les stratégies susceptibles d'aider le patient à faire face.	2	0	0	1	0	2	2	3	36	1	9	9
Il est recommandé, pour tout patient en âge scolaire ou en activité professionnelle, que l'évaluation de la douleur chronique en structure spécialisée précise (Q63 à Q66) :												
Q63 les caractéristiques scolaires ou professionnelles avant l'épisode douloureux : diplôme, formation, métier et cursus, poste de travail actuel, type d'entreprise, satisfaction au travail ;	0	0	0	0	1	1	1	8	34	5	9	9
Q64 les conséquences de la douleur sur les activités scolaires ou professionnelles ;	0	0	0	0	0	1	0	8	37	6	9	9
Q65 le cas échéant, l'origine scolaire ou professionnelle de la douleur : accident du travail ou maladie professionnelle, rythme de la douleur en rapport avec les activités professionnelles ;	0	0	0	0	0	1	1	8	36	6	9	9
Q66 les conséquences sociales et financières selon la situation du patient (arrêt de travail, invalidité, chômage, reprise du travail, etc.).	0	0	0	0	0	0	0	7	38	8	9	9
Il est recommandé qu'à l'issue de la première évaluation de la douleur chronique, la structure spécialisée de la douleur fasse un compte rendu détaillé qui (Q67 à Q70) :												

Libellé de la proposition	Nombre de votes par cotation									Minimum	Médiane	Maximum
	1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Q67 valide ou modifie la prise en charge en cours, le cas échéant avec proposition d'examens complémentaires ;	0	0	0	0	1	1	3	6	35	5	9	9
Q68 explicite la stratégie thérapeutique proposée : objectifs, traitements proposés, intervenants probables, suivi et révision, orientation ultérieure ;	0	0	0	0	1	1	2	8	33	5	9	9
Q69 propose si nécessaire un programme de prise en charge multidisciplinaire et planifie le suivi de cette prise en charge (coordination des soins avec le médecin traitant, avec d'autres spécialistes, etc.) ;	0	0	0	0	2	1	1	8	34	5	9	9
Q70 propose les démarches sociales à entreprendre (ex. demande de reconnaissance de situation de handicap ; demande d'aide au reclassement).	0	1	1	0	1	2	2	8	21	2	9	9
Q71 À l'issue de la première évaluation, afin d'améliorer la cohérence des informations entre les différents intervenants auprès du patient, il est recommandé à la structure spécialisée de la douleur d'adresser systématiquement un courrier au médecin qui a adressé le patient et au médecin traitant si ce dernier n'est pas le demandeur.	0	1	1	0	0	1	4	3	34	2	9	9
Q72 Il est recommandé que ce courrier réponde au motif de recours, et notamment donne un avis argumenté sur le traitement en cours et/ou les modifications à envisager.	0	0	0	0	0	0	3	6	37	7	9	9
Q73 Il est recommandé que ce courrier informe le médecin demandeur des résultats complets de l'évaluation de la douleur faite dans la structure ;	0	0	0	0	4	2	3	4	32	5	9	9
Q74 en particulier précise les conclusions de l'évaluation, dont les éléments nouveaux concernant la douleur chronique (mécanismes, causes identifiées ou suspectées) et son retentissement sur la vie quotidienne du patient (retentissement fonctionnel, psychique, social et scolaire ou professionnel) ;	0	0	0	0	0	1	4	8	32	6	9	9
Q75 en particulier précise hypothèses diagnostiques et propositions thérapeutiques ;	0	0	0	0	0	2	1	4	37	6	9	9
Q76 en particulier précise les points qui nécessitent des compléments d'informations auprès du médecin demandeur sur les traitements entrepris et leurs effets ;	0	0	0	0	1	1	2	6	34	5	9	9
Q77 en particulier précise les avis et examens complémentaires demandés.	0	0	0	0	1	1	3	5	35	6	9	9
Q78 Il est recommandé que ce courrier propose la prise en charge la plus adaptée :	1	0	2	0	1	1	2	4	35	1	9	9

Libellé de la proposition	Nombre de votes par cotation									Minimum	Médiane	Maximum
	1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Q79 en particulier précise les objectifs de prise en charge sur lesquels il y a accord explicite entre l'équipe de la structure spécialisée et le patient (ex. améliorer ses capacités fonctionnelles, reprendre le travail, réduire sa consommation médicamenteuse, etc.) ;	0	1	0	1	1	2	2	4	32	2	9	9
Q80 en particulier précise les échéances et critères sur lesquels l'atteinte des objectifs peut être mesurée par les différents intervenants (ex. : avoir augmenté son périmètre de marche d'ici 15 jours) ;	3	1	0	1	6	1	3	4	34	1	9	9
Q81 en particulier précise le projet thérapeutique envisagé (liste non limitative) : - approche psychologique, - intervention sociale, - intervention en milieu professionnel ou scolaire, - intervention auprès de l'entourage, - approche physique spécialisée, - modifications souhaitables de l'hygiène ou du mode de vie du patient, - éducation thérapeutique ciblée (exemples : opioïdes, antidépresseurs, anticonvulsivants, etc.), - prise en charge antalgique médicamenteuse, - prise en charge antalgique spécialisée ;	0	0	0	1	1	1	1	4	37	4	9	9
Q82 en particulier précise les modalités proposées de mise en œuvre de la prise en charge : - poursuite d'une prise en charge en ambulatoire coordonnée par le médecin traitant, avec ou sans suivi ponctuel par la structure spécialisée, - poursuite d'une prise en charge en ambulatoire coordonnée par la structure spécialisée ou un réseau de santé identifié, - mise en œuvre d'une prise en charge technique spécifique ou pluridisciplinaire par la structure, - mise en œuvre d'une prise en charge par une autre structure spécialisée.	0	0	0	1	0	3	1	5	34	4	9	9
Q83 Au terme de cette évaluation, le patient peut être : - réadressé au médecin traitant ou prescripteur, si besoin en complément de suivi par la structure ; - pris en charge au sein de la structure ; - adressé à une autre structure.	0	0	1	0	1	2	1	3	36	3	9	9
À l'issue de la première évaluation en structure spécialisée, il est recommandé de réorienter le patient vers le médecin demandeur dans les situations suivantes :												
Q84 adéquation de la prise en charge en cours, la structure ne pouvant apporter mieux au plan de la prise en charge et du suivi ;	0	1	1	0	1	2	3	6	30	2	9	9

Libellé de la proposition	Nombre de votes par cotation									Minimum	Médiane	Maximum
	1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Q85 orientation inappropriée (erreur d'orientation par le prescripteur, pathologie nécessitant une prise en charge spécifique, etc.) ;	1	1	0	1	3	4	3	8	24	1	9	9
Q86 prise en charge adaptée possible en ambulatoire : hypothèse diagnostique ou thérapeutique facile à vérifier par le médecin traitant après résultats des examens ou tests thérapeutiques réalisés en externe, après prescription faite ou proposée par la structure ;	1	0	0	0	2	5	2	8	26	1	9	9
Q87 prise en charge coordonnée possible en ambulatoire et avec appui de la structure spécialisée : le médecin traitant peut poursuivre la prise en charge du patient et la structure peut apporter un avis complémentaire ponctuel si besoin (par exemple : rendez-vous alternés, évaluation de la dimension psychologique de la douleur au sein de la structure si elle ne peut être faite aisément ailleurs que dans celle-ci, etc.).	0	0	1	0	2	1	0	9	31	3	9	9
Q88 Il est recommandé d'orienter le patient vers une autre structure susceptible de mettre en œuvre l'intervention préconisée si elle est disponible et accepte de prendre en charge le patient (ex. réseau, autres structures interdisciplinaires plus spécifiques, etc.).	0	0	1	1	2	1	2	7	31	3	9	9
Il est recommandé de proposer au patient une prise en charge au sein de la structure spécialisée dans les situations suivantes (Q89 à Q94) :												
Q89 nécessité d'évaluations répétées avant finalisation du diagnostic ou équilibrage du traitement ;	1	0	0	0	2	2	4	4	33	1	9	9
Q90 syndrome douloureux chronique sévère et complexe, nécessitant un suivi spécialisé au sein de la structure ;	0	0	0	0	1	1	1	5	38	5	9	9
Q91 retentissement scolaire ou conséquences socioprofessionnelles prévisibles : un suivi peut être assuré par la structure en vue de coordonner au plus vite un suivi avec les médecins scolaires ou médecins de santé au travail, une prise en charge médico-sociale en accord avec le médecin traitant ;	0	0	1	1	3	0	6	5	29	3	9	9
Q92 au cas par cas, en cas de demande expresse du patient et en cas de refus d'un autre type de prise en charge organisée avec le médecin traitant ;	2	0	1	1	5	1	5	2	29	1	9	9
Q93 motifs particuliers : éloignement géographique, isolement social, problèmes de couverture sociale, motifs professionnels, etc. ;	1	0	1	0	2	3	3	4	31	1	9	9
Q94 difficultés d'acceptation ou échec de mise en œuvre du projet thérapeutique ambulatoire envisagé au préalable.	1	0	1	1	1	2	4	7	29	1	9	9

Libellé de la proposition	Nombre de votes par cotation									Minimum	Médiane	Maximum
	1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Q95 Le refus <i>a priori</i> par le patient de la dimension multidimensionnelle de la douleur chronique ressentie peut être une indication à une prise en charge en structure spécialisée de la douleur.	3	1	1	1	3	2	3	5	27	1	9	9
Il est recommandé de proposer au patient une prise en charge au sein de la structure spécialisée dans les situations suivantes (Q96 à Q99) :												
Q96 modes de prise en charge qui ne peuvent être assurés ailleurs (ex. nécessité d'avis multiples ou de gestes spécifiques à réaliser dans la structure) ;	0	0	0	0	0	0	2	4	39	7	9	9
Q97 Non-remboursement de certains actes indispensables au projet thérapeutique dans un contexte autre que celui de la structure ;	0	0	0	0	1	0	2	4	38	5	9	9
Q98 dossiers complexes nécessitant une discussion interdisciplinaire (staff : psychologue, psychiatre, assistante sociale, spécialiste d'organe, si possible, médecin demandeur) ;	1	0	0	0	0	0	0	4	40	1	9	9
Q99 programme de recherche en cours.	2	0	0	0	7	3	4	4	25	1	9	9

Références bibliographiques

1. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Douleurs chroniques. In: L'état de santé de la population en France - Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique. Rapport 2007. Paris: DRESS; 2008. p. 142-3.
2. Ministère des Affaires sociales et de la Solidarité. La douleur chronique. Les structures spécialisées dans son traitement. Bulletin officiel 1991;9113 Bis.
3. Circulaire DGS/DH n° 94-3 du 7 janvier 1994 relative à l'organisation des soins et la prise en charge des douleurs chroniques. Bulletin Officiel Santé Protection sociale Solidarités 1994;(5).
4. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Ministère délégué à la Santé. Le programme de lutte contre la douleur 2002-2005. Paris: Ministère de l'Emploi et de la Solidarité; 2002.
5. Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées. Guide pour la mise en place d'un programme de lutte contre la douleur dans les établissements de santé. Paris: DHOS; 2002.
6. Kerns RD, Rosenberg R, Jamison RN, Caudill MA, Haythornthwaite J. Readiness to adopt a self-management approach to chronic pain: the Pain Stages of Change Questionnaire (PSOCQ). *Pain* 1997;72(1-2):227-34.
7. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. *Journal Officiel* 2002;5 mars 2002:4118-59.
8. Ministère de la Santé et des Solidarités. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010. Paris: Ministère de la Santé et des Solidarités; 2006.
9. Direction générale de la Santé,. Circulaire du 4 février 1998 relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle. Bulletin Officiel 1998;98/9.
10. Ministère de la Santé et des Solidarités. Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. 2007-2011. Paris: Ministère de la Santé et des Solidarités; 2007.
11. Serrie A, Queneau P. Livre blanc de la douleur. Paris: Comité d'Organisation des États Généraux de la Douleur; 2005.
12. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique. Paris: ANAES; 1999.
13. Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. Prise en charge de la douleur chronique (non cancéreuse). Organisation des services de santé. Montréal: AETMIS; 2006.
14. Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Force on taxonomy of the international association for the study of pain. Seattle: IASP; 1994.
15. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Control of pain in patients with cancer. Edinburgh: SIGN; 2000.
16. Bruchon-Schweitzer M. La prédiction de la santé : les modèles explicatifs. In: Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes. Paris: Dunod; 2005. p. 84-93.
17. Organisation mondiale de la Santé. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. Genève: OMS; 2000.
18. Waddell G, Newton M, Henderson I, Somerville D, Main CJ. A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain* 1993;52(2):157-68.
19. Société scientifique de médecine générale, Vanhalewyn M, Cerexhe F. La douleur chronique. Recommandations de bonne pratique. Bruxelles: SSMG; 2004.
20. Carr D, Goudas L, Lawrence D, Pirl W, Lau J, DeVine D, et al. Management of Cancer Symptoms: Pain, Depression, and Fatigue. Evidence Report/Technology Assessment No. 61. AHRQ: 2002.
21. Sanders SH, Harden RN, Vicente PJ. Evidence-based clinical practice guidelines for

- interdisciplinary rehabilitation of chronic nonmalignant pain syndrome patients. *Pain Pract* 2005;5(4):303-15.
22. Ospina M, Harstall C. Prevalence of chronic pain: an overview. HTA 29. Edmonton: Alberta Heritage Foundation for Medical Research; 2002.
23. Harstall C, Ospina M. How prevalent is chronic pain? *Pain Clinical Updates* 2003;11(2):1-4.
24. Langé JL. L'état de santé en France en 2003. Santé perçue, morbidité déclarée et recours aux soins à travers l'enquête décennale santé. *Études et Resultats* 2005;(436).
25. Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain* 2008;136(3):380-7.
26. Rainfray M, Brochet B, de Sarasqueta AM, Michel P. Evaluation de la douleur des personnes âgées hospitalisées. Enquête descriptive transversale. *Presse Med* 2003;32(20):924-9.
27. Wary B, Serbouti S. Doloplus 2 : validation d'une échelle d'évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée. *Douleurs* 2001;2(1):35-8.
28. Krakowski I, Falcoff H, Gestin Y, Goldberg J, Guillain H, Jaulmes F, *et al.* Recommandations pour une bonne pratique dans la prise en charge de la douleur du cancer chez l'adulte et l'enfant. *Bull Cancer* 1995;83(suppl 4):245s-315s.
29. Urcam Île-de-France. Prise en charge de la douleur chronique chez l'adulte en Île-de-France. Principaux résultats de l'étude. Paris: UrcamIDF; 2003.
30. McCracken LM. Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain* 1998;74(1):21-7.
31. McCracken LM, Klock PA, Mingay DJ, Asbury JK, Sinclair DM. Assessment of satisfaction with treatment for chronic pain. *J Pain Symptom Manage* 1997;14(5):292-9.
32. McCracken LM, Vowles KE, Eccleston C. Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. *Pain* 2004;107(1-2):159-66.
33. Vlaeyen JW, Morley S. Active despite pain: the putative role of stop-rules and current mood. *Pain* 2004;110(3):512-6.
34. Kerns RD, Wagner J, Rosenberg R, Haythornthwaite J, Caudill-Slosberg M. Identification of subgroups of persons with chronic pain based on profiles on the pain stages of change questionnaire. *Pain* 2005;116(3):302-10.
35. Ospina M, Harstall C, Alberta Heritage Foundation for Medical Research. Multidisciplinary Pain Programs for Chronic Pain: Evidence from Systematic Reviews. HTA 30: Series A Health Technology Assessment. Edmonton: AHFMR; 2003.
36. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Évaluation et la prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale. Recommandations pour la pratique clinique. Paris: ANAES; 2000.
37. Jean A, Raïs M. Repérer et analyser une douleur chronique ou itérative. *Gerontol Prat* 2005;(172):1-3.
38. Hadjistavropoulos T, Herr K, Turk DC, Fine PG, Dworkin RH, Helme R, *et al.* An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons. *Clin J Pain* 2007;23(1 Suppl):S1-43.
39. Pautex S, Michon A, Guedira M, Emond H, Le Lous P, Samaras D, *et al.* Pain in severe dementia: self-assessment or observational scales? *J Am Geriatr Soc* 2006;54(7):1040-5.
40. Zwakhalen SM, Hamers JP, Abu-Saad HH, Berger MP. Pain in elderly people with severe dementia: a systematic review of behavioural pain assessment tools. *BMC Geriatr* 2006;6(3).
41. Vidal-Jalton K. Les recommandations pour la pratique clinique à propos de l'évaluation et du suivi de la douleur chronique en médecine ambulatoire sont-elles adaptées à la pratique de la médecine générale ? [thèse de médecine]. Toulouse: Université Paul Sabatier Toulouse III; 2001.
42. Pouchain D, Huas D, Gay B, Vouac B, Bouvenot G. Échelles d'évaluation de la douleur : leur utilisation en ambulatoire a-t-elle un impact

sur le soulagement de la douleur chronique ? Rev Prat Med Gen 2002;16(585):1299-303.

43. Huas D, Pouchain D, Gay B, Avouac B, Bouvenot G, French College Of Teachers In General Practice. Assessing chronic pain in general practice: are guidelines relevant? A cluster randomized controlled trial. Eur J Gen Pract 2006;12(2):52-7.

44. Tajfel P, Gerche S, Huas D. La douleur en médecine générale. Point de vue du médecin de la douleur. Doul et Analg 2002;15(1):71-9.

45. Allaria-Lapierre V, Blanc V, Jacquème B, Horte C, Chanut C. Prise en charge ambulatoire de la douleur chronique. Prat Orga Soins 2007;38(1):21-9.

46. Dias PL. Évaluation de la douleur chronique en médecine générale : enquête réalisée auprès des médecins de Longwy, Briey et Hayange [thèse de médecine]. Nancy: Université Henri Poincaré Nancy 1; 2006.

47. Schmidt S. 14♦évaluation de la douleur chronique cancéreuse et de son traitement, chez l'adulte en médecine générale. Etude menée auprès de 257 médecins généralistes en Aveyron [thèse de médecine]. Toulouse: Université Paul Sabatier Toulouse III; 2000.

48. Liard F, Chassany O, Keddad K, Jolivet-Landreau I. Enquête sur la prise en charge de la douleur et les besoins en formation en médecine générale. Douleurs 2002;3(2):69-73.

49. Institute For Clinical Systems Improvement. Assessment and management of chronic pain. Bloomington: ICSI; 2008.

50. British Pain Society, Royal College of General Practitioners. A practical guide to the provision of chronic pain services for adults in primary care. London: BPA; 2004.

51. National Health Services, Quality Improvement Scotland. Management of chronic pain in adults. Edinburgh: NHS; 2006.

52. Stanos S, Houle TT. Multidisciplinary and interdisciplinary management of chronic pain. Phys Med Rehabil Clin N Am 2006;17(2):435-50, vii.

53. Australian Pain Society. Pain Management Programmes for Chronic, Persistent, or Long lasting Pain 2002

<<http://www.apsoc.org.au/owner/files/dpnftp.pdf>> .

54. Craine M, Kerns RD. Pain management improvement strategies in the veteran's health administration. APS Bulletin 2003;13(5).

55. Airaksinen O, Brox J, I, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klaber-Moffett J, Kovacs F, *et al.* Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. Eur Spine J 2006;15(Suppl 2):S192-S300.

56. Guzmán J, Esmail R, Karjalainen K, Malmivaara A, Irvin E, Bombardier C. Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review. BMJ 2001;322(7301):1511-6.

57. Schonstein E, Kenny D, Keating J, Koes B, Herbert RD. Physical conditioning programs for workers with back and neck pain: a Cochrane systematic review. Spine 2003;28(19):E391-E395.

58. Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M., Roine R, Jauhiainen M, Hurri H, *et al.* Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for neck and shoulder pain among working age adults. Cochrane Database Syst Rev 2003;(2):CD002194.

59. Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M, Roine R, Jauhiainen M, Hurri H, *et al.* Biopsychosocial rehabilitation for upper limb repetitive strain injuries in working age adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2000;(3):CD002269.

60. Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M, Roine R, Jauhiainen M, Hurri H, *et al.* Multidisciplinary rehabilitation for fibromyalgia and musculoskeletal pain in working age adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 1999;(Issue 3):CD001984.

61. Dick M-L. Chronic pelvic pain in women: assessment and management. Australian family physician 2004;33(12):971-6.

62. Stones W, Cheong YC, Howard FM. Interventions for treating chronic pelvic pain in women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005;(Issue 2):CD000387.

63. Lemstra M, Stewart B, Olszynski WP. Effectiveness of multidisciplinary intervention in the treatment of migraine: a randomized clinical trial. *Headache* 2002;42(9):845-54.
64. Junod Perron N, Piguet V, Bovier PA. Long-term effectiveness of a multifaceted intervention on pain management in a walk-in clinic. *Q J Med* 2007;100(4):225-32.
65. Moss-Morris R, Humphrey K, Johnson MH, Petrie KJ. Patients' perceptions of their pain condition across a multidisciplinary pain management program: do they change and if so does it matter? *Clin J Pain* 2007;23(7):558-64.
66. American Geriatrics Society. The management of chronic pain in older persons. AGS Panel on Chronic Pain in Older Persons. *J Am Geriatr Soc* 1998;46(5):635-51.
67. College of Physicians and Surgeons of Ontario. Evidence-based recommendations for medical management of chronic non-malignant pain. Ontario: CPSO; 2000.
68. Wisconsin Medical Society Task Force on Pain Management. Guidelines for the assessment and management of chronic pain. *WMJ* 2004;103(3):13-42.
69. Institute For Clinical Systems Improvement. Assessment and management of chronic pain. Bloomington: ICSI; 2005.
70. Gordon DB, Dahl JL, Miaskowski C, McCarberg B, Todd KH, Paice JA, *et al.* American Pain Society recommendations for improving the quality of acute and cancer pain management. *Arch Intern Med* 2005;165(14):1574-80.
71. British Pain Society. Recommended guidelines for pain management programmes for adults. London: BPS; 2006.
72. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique. Paris: ANAES; 2000.
73. Veterans Health Administration. VA/DoD Clinical practice guideline for the management of medically unexplained symptoms (mus): chronic pain and fatigue. VHA; 2001.
74. Health Care Association of New Jersey. Pain Management Guideline. Hamilton: HCAJN; 2006.
75. Nicholas MK. When to refer to a pain clinic. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2004;18(4):613-29.
76. Fieschi M. Les données du patient partagées : la culture du partage et la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins. Rapport au ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées. Paris : Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées; 2003.
77. Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale. La tenue du dossier médical en médecine générale : états des lieux et recommandations. Guide pratique. Paris: ANDEM; 1996.
78. Chaory K, Fayad F, Rannou F, Lefèvre-Colau MM, Fermanian J, Revel M, *et al.* Validation of the French version of the fear avoidance belief questionnaire. *Spine* 2004;29(8):908-13.
79. Chaory K, Fayad F, Rannou F. Évaluation individuelle face à la douleur. Fear avoidance belief questionnaires 2004. <http://mediatheque.parisdescartes.fr/doc/racine/flflandinf/134942FABQ.PDF> .
80. Turk DC, Dworkin RH, Allen RR, Bellamy N, Brandenburg N, Carr DB, *et al.* Core outcome domains for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain* 2003;106(3):337-45.
81. Bouhassira D, Attal N, Fermanian J, Alchaar H, Gautron M, Masquelier E, *et al.* Development and validation of the Neuropathic Pain Symptom Inventory. *Pain* 2004;108(3):248-57.
82. Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur. Annuaire 2006. Paris: SFETD; 2006.
83. Cemka-Eval. Étude sur la situation des structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle en 2004. Étude pour la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos). Paris: CEMKA-EVAL; 2004.
84. Constantin-Kuntz M. Enquête nationale Soma-Psy. « Psys » et somaticiens sur les structures douloureuses : une collaboration à l'épreuve des moyens. Paris: SFETD; 2008.

85. Courault C, Postel-Vinay N. Lutte contre la douleur : le plan des pouvoirs publics. Rev Prat Méd Gén 1998;12(442):9-12.

86. Krakowski I. Organisation de la prise en charge de la douleur en France. Bulletin d'éducation du patient à sa maladie 2001;20(2-3):75-8.

87. Société française de santé publique. Évaluation du plan triennal de lutte contre la douleur. Résultats principaux du rapport réalisé à la demande de la Direction générale de la santé, ministère délégué à la Santé, ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Vandœuvre les Nancy : SFSP; 2001.

88. Dang-Vu BH. Structures d'évaluation et de traitement de la douleur chronique en France, état des lieux et expérience d'un échange de pratiques [thèse de médecine]. Bobigny: Université de Paris 13; 2005.

89. Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées. Organisation de la prise

en charge de la douleur : Repères pour les décideurs. Mardi 8 octobre 2002. Résumé des interventions 2002.

<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/prog_douleur/doc_pdf/interv021008.pdf> .

90. Kouby-Soyeux E. Contribution à la mise en place d'un réseau ville-hôpital pour la prise en charge des patients douloureux chroniques [thèse de médecine]. Paris: Faculté de médecine de Créteil; 2002.

91. Chaillet S, Perignon F. La prise en charge de la douleur dans les établissements de santé en France. Paris : Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville; 1995.

92. Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées. Guide d'orientation : organiser la lutte contre la douleur dans les établissements de santé. Paris: Dhos; 2002.

Participants

Sociétés savantes, associations professionnelles et institutions

Les sociétés savantes, associations professionnelles et institutions suivantes ont été sollicitées pour l'élaboration de ces recommandations :

- Association française de promotion de la santé scolaire et universitaire (AFPSSU)
- Association francophone pour vaincre les douleurs (AFVD)
- Caisses nationales d'assurance maladie (phase de lecture)
- Collectif inter-associatif sur la santé (Ciss)
- Collège national des médecins de la douleur (CNMD)
- Collège national des psychologues de la douleur (CNPD)
- Direction de l'hospitalisation et l'organisation des soins (Dhos)
- Fédération française de neurologie (FFN)
- Fédération française de psychiatrie (FFP)
- Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (Sfap)
- Société française d'anesthésie et réanimation (Sfar)
- Société française d'étude des migraines et des céphalées (SFEMC)
- Société française de gériatrie et gérontologie (SFGG)
- Société française d'évaluation et de traitement de la douleur (SFETD)
- Sociétés françaises de médecine générale (CNGE, SFDRMG, SFMG, SFTG)
- Société Française de médecine physique et réadaptation (Sofmer)
- Société française de médecine du travail (SFMT)
- Société française de pédiatrie (SFP)
- Société française de radiologie et d'imagerie médicale (SFR)
- Société française de rhumatologie (SFR)

Comité d'organisation

Les noms suivis d'un ou de deux astérisques signifient respectivement que le professionnel exerce à temps plein ou à temps partiel en structure spécialisée d'évaluation et de traitement de la douleur.

Dr Véronique BLANCHET**, médecin généraliste, soins palliatifs, Paris

Dr Jean BRUXELLE*, anesthésiste, Paris

Pr Max BUDOWSKI, médecin généraliste, Paris

Mme Danièle CULLET, représentante Dhos, Paris

Mme Martine DERZELLE**, psychanalyste, Reims

Dr Michel DORÉ, médecin généraliste, Chelles

Dr Olivier GALL**, anesthésiste-réanimateur, Paris

Dr Marc GENTY**, médecine physique et réadaptation, Glion

Dr Jacques GLOWINSKI**, rhumatologue, Gonesse

Dr Marc GROHENS, psychiatre, Poissy

Dr Michel LANTÉRI-MINET*, neurologue, Nice

M. René MAZARS, représentant des patients, Luc-la-Primaude

Dr Micheline MICHEL, gériatre, Rennes

Dr Gérard MORVAN, radiologue, Paris

Dr Alain SERRIE*, anesthésiste-réanimateur, Paris

Pr Agnès SUC**, pédiatre, Toulouse

Dr Frédéric URBAIN**, médecin généraliste, Le Chesnay

Groupe de pilotage

Les noms suivis d'un ou de deux astérisques signifient respectivement que le professionnel exerce à temps plein ou à temps partiel en structure spécialisée d'évaluation et de traitement de la douleur.

Dr Jean-Pierre VALLÉE, chargé de projet, médecin généraliste, Colleville-Montgomery

Mme Joëlle ANDRÉ-VERT, chef de projet, HAS, Saint-Denis

Mlle Nicole BILLAST, représentante des patients, Paris

Dr Louis BRASSEUR*, anesthésiste, Boulogne-Billancourt

Dr Frédérique BRUDON, neurologue, Villeurbanne

Dr Odile COCHETEL, médecin de santé publique, Clermont-Ferrand

Dr Pierre DEGIEUX**, rhumatologue, Paris

Dr Alexis D'ESCATHA, médecin de pathologie professionnelle, Garches

Dr Michel DORÉ, médecin généraliste, Chelles

Dr Serge JOLY, médecin généraliste, Survilliers

Dr Antoine NEUVE- EGLISE**, médecine générale soins palliatifs, Reims

Dr Serge PERROT**, rhumatologue, Paris

Dr Isabelle SECRET-BOBOLAKIS**, psychiatre, Lagny-sur-Marne

Dr Michel VIGNES, pédopsychiatre**, Toulouse

Groupe de cotation

Les noms suivis d'un ou de deux astérisques signifient respectivement que le professionnel exerce à temps plein ou à temps partiel en structure spécialisée d'évaluation et de traitement de la douleur.

Dr Anne COUTAUX**, rhumatologue, Paris

Dr Arnaud DECAMPS, gériatre, Pessac

Dr Claire DELORME**, médecin généraliste, algologue, Bayeux

Pr Alain EDDI, médecin généraliste, Paris

Dr Jean-Pierre ESTEBE**, anesthésiste-réanimateur, Rennes

Dr Eliane FERRAGUT, psychiatre anesthésiste, Montpellier

Dr Pierric GIRAUD**, neurologue, Annecy

Dr Claude GRANGE*, médecin généraliste, douleur et soins palliatifs, Dreux

Dr Françoise LAROCHE*, rhumatologue, Paris

Dr Christiane MARANDEL BUISSON*, anesthésiste-réanimateur en pédiatrie, Paris

Dr Brigitte PLANCHET-BARRAUD*, médecin généraliste, douleur et soins palliatifs, Marseille

Dr Christine RICARD*, anesthésiste-réanimateur pédiatrique, Montpellier

Dr Raymond WAKIM, médecin généraliste, Paris

Groupe de lecture

Les noms suivis d'un ou de deux astérisques signifient respectivement que le professionnel exerce à temps plein ou à temps partiel en structure spécialisée d'évaluation et de traitement de la douleur.

Mme Sylvie ABA PAMBE**, assistante sociale, Gonesse

Dr Haiel ALCHAAR**, neurologue, Nice

Dr Marie-Françoise AMIEL*, médecin, Caen

Dr Karine ANSELME, médecin de l'Éducation nationale, Colombes

Pr Alain AUTRET, neurologue, Tours

Dr Sophie BARTIER, oncologue, Briis-sous-Forges

Dr Lynda BENSEFA-COLAS, médecin du travail, Paris

Mme Marie-France BERDAT-DELLIER, représentante des patients, Paris

Pr Françoise BEURET-BLANQUART**, médecine physique et réadaptation, Bois-Guillaume

Dr Antoine BIOY**, psychologue, Dijon

Dr Emmanuel BON**, rhumatologue, Montauban

Dr Olivier BREDEAU*, médecin, Nîmes

Dr Claire CHAUFFOUR-ADER**, médecin généraliste, douleur soins palliatifs, Toulouse

Mme Martine CHAUVIN, représentante des patients, Pompaire

Dr Philippe CODINE, médecine physique et réadaptation, Saint-Estève

Dr Michel DELCEY, représentant des patients, Paris

Dr Frederick DÉTRÉE, rhumatologue, Reims

Dr Véronique DIXNEUF*, rhumatologue, Nantes

Dr Stéphane DONNADIEU*, anesthésiste, Paris

Dr Mathieu DOUSSE, psychiatre, Paris

Pr Dominique FLETCHER**, anesthésiste, Garches

Dr Alain FRANÇON, rhumatologue, Aix-les-Bains

Dr Gilles GAILLARD, médecin de l'Éducation nationale, Crèvecœur-le-Grand

Dr Philippe GRUNBERG, médecin généraliste, Gagny

M. Pierre-Henri HALLER, masseur-kinésithérapeute, Marseille

Dr Francine HIRSZOWSKI**, médecin généraliste soins palliatifs, Paris

Dr Marie-Françoise HUEZ-ROBERT, médecin généraliste, Chambray-les-Tours

Pr Catherine JOUSSELME, pédopsychiatre, Gentilly

Dr Jean-Pascal LEFAUCHEUR**, neurophysiologiste, Créteil

Mme Evelyne MALAQUIN-PAVAN, infirmière, Issy-les-Moulineaux

Mme Martine MALLET, infirmière de l'Éducation nationale, Tours

Dr Isabelle MARIN**, pneumologue, soins palliatifs, Sarcelles

Dr Badri MATTA**, médecine interne, douleur soins palliatifs, Soissons

Dr Michel MOREL-FATIO**, médecine physique et réadaptation, Coubert

Pr André MULLER**, anesthésiste-réanimateur, Strasbourg

Dr Marie-Louise NAVEZ*, anesthésiste-réanimateur, Saint-Étienne

Dr Philippe NICOT, médecin généraliste, Panazol

Mme Jocelyne PADERI, représentante des patients, Bruxelles

Dr Yannick PERIER**, médecin généraliste, Avranches

Mme Geneviève POIRIER-COUTANSAIS, infirmière, Les Essarts

Dr Françoise RADAT*, psychiatre, Bordeaux

Mme Samia Carole ROBERT, représentante des patients, Paris

Mme Alexandra ROREN, masseur-kinésithérapeute, Paris

Dr Guy SEPTAVAUUX, médecin généraliste, Saint-Witz

Dr Denise STRUBEL, gériatre, Nîmes

Dr Erik VASSORT*, anesthésiste-réanimateur, Grenoble

Dr Francis VUILLEMET, neurologue, Colmar

Dr Bernard WARY**, gériatre, soins palliatifs, Thionville

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des membres cités ci-dessus pour leur participation aux différents groupes de travail ainsi que les personnes suivantes :

Mlle Anne-Line COUILLEROT, chef de projet, HAS, Saint-Denis

Mlle Gaëlle FANELLI, documentaliste, HAS, Saint-Denis

Mlle Gersende GEORG, chef de projet, HAS, Saint-Denis

Dr Guillermo JASSO-MOSQUEDA, chef de projet, HAS, Saint-Denis

Mlle Yasmine LOMBRY, assistante documentaliste, HAS, Saint-Denis

Mme Julie MOKHBI, assistante documentaliste, HAS, Saint-Denis