



Les Pain Management Programs

Par Dr Michel Morel Fatio - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur au Centre de Médecine Physique et Réadaptation de Coubert 77170 UGECAMIdf

Les Pain Management Programs : Programmes de réadaptation construits sur le modèle biopsychosocial et multidisciplinaire de traitement de la douleur.

Un cadre de pratiques validées reposant sur des éléments de preuves par la British Pain Society, l'American Pain Society, l'Agency for Healthcare Research and Quality Department of Health and Human Services et par "l'Agency for Clinical Innovation".

En 1997 la Pain Society (1) (actuelle British Pain Society) décrit pour la première fois les éléments constitutifs d'un Programme de réadaptation destiné aux personnes présentant des douleurs chronique non évolutives de l'appareil locomoteur : « les Pain Management Programs » (PMP). L'objectif de ces rapports a été de fournir aux financeurs et aux professionnels du soin les grandes lignes d'un cadre de prestations basées sur la définition de normes de soins permettant d'assurer l'efficacité thérapeutique de ces programmes. Depuis cette date la British Pain Society publie une mise à jour tous les quatre ans lors de conférences de consensus « Recommended guidelines for *Pain Management Programs* for adults » (2) (3).

En 2006 l'American Pain Society (4) publie à son tour des recommandations pour définir le cadre de réalisation des Pain Management Programs « Task Force on Compréhensive Pain Réhabilitation » et valide l'intérêt thérapeutique de ces programmes pour l'ensemble des pathologies douloureuses chroniques non évolutive de l'appareil locomoteur.

En 2009 et 2011, l'agence américaine l'AHRQ (5), (Agency for Healthcare Research and Quality Department of Health and Human Services) publie à la demande des spécialistes de la douleur et de groupes de patients douloureux chroniques, un rapport destiné à établir un cahier des charges précis en 3 points :

- 1 - *Comment garantir l'efficacité des « Multidisciplinary Pain Programs for Chronic for Non cancer Pain » ?*
- 2 - *Comment garantir une bonne couverture territoriale des programmes labellisés ?*
- 3 - *Préciser le mode d'orientation de ces patients vers un parcours PMP labellisés.*

Cette requête faisait suite au refus de certaines assurances d'assurer le remboursement de ces programmes par manque de référence coût-efficacité.

En Décembre 2013, « L'Agency for Clinical Innovation » (6) publie un rapport intitulé Pain Management Programs - Which patient for which Program ? Comment déterminer l'orientation du bon patient vers le bon programme ?

Les critères d'efficacité d'un PMP

Aux USA, pour compléter cette démarche garantissant la qualité et la conformité de ces programmes, un processus de labélisation institutionnel a été mis en place : la CARF « Commission d'Accréditation des établissements de réadaptation et de Réhabilitation interdisciplinaire de la douleur chronique » et « l'American Academy of Accreditation Program Pain Gestion » valident le contenu des programmes P.M.P. selon des critères définis en application des recommandations issues des conférences de consensus, parmi lesquelles, les critères suivants :

- - **Un PMP doit obligatoirement associer les quatre composants suivants :**
 - 1- Diagnostic et Traitement médical partagé.
 - 2 - Un cadre thérapeutique issu des Thérapies Cognitives et Comportementales pratiqué par l'ensemble de l'équipe.
 - 3 - Un Reconditionnement physique gradué basé (exposition graduée à l'activité évitée...)
 - 4 - Programme d'Éducation thérapeutique (autonomisation du patient)...

- **Une équipe multidisciplinaire spécialisée travaillant en étroite collaboration.**
 - Spécifiquement formée à la prise en charge des maladies douloureuses chroniques (modèle de soins différent de la douleur aiguë) : « traiter à la fois les séquelles physiques, comportementaux et émotionnelles de la douleur chronique qui se dressent sur le chemin de résultats positifs ». Ce critère a été identifié comme une évidence forte pour l'efficacité thérapeutique.

 - Un curriculum précis de l'équipe multidisciplinaire de réadaptation :
 - **Médecin**, pratiquant les TCC, et spécialisé dans la prise en charge des patients douloureux chroniques.
 - Sélection des bons patients au bon moment pour le bon programme
 - Eliminent les personnes susceptibles de bénéficier d'un traitement curatif.
 - Facilite l'adhésion du « patient candidat » à la logique du programme, en lui fournissant des informations documentées.
 - Coordonne l'équipe de réadaptation.
 - Participe au Programme d'éducation
 - thérapeutique
 - neurophysiologie de la douleur
 - maniement raisonné des antalgiques
 - moyens non médicamenteux de la douleur...

 - **Psychologue clinicien**, enregistré comme thérapeute cognitivo-comportementale.
 - Cette composante est fondamentale dans les PMP :
 - pour évaluer les mécanismes d'incapacité,

- impulser sur le terrain la mise en pratique des principes psychologiques issus des TCC, éducation du personnel, formation supervision.
 - **Kinésithérapeute,**
 - Les pratiques sont réalisées en application des principes issues des TCC.
 - Rôle d'éducation du patient, conception et mise en œuvre d'exercices, analyse des difficultés et contraintes physiques des patients, et évaluation.
 - **Ergothérapeute,**
 - Evaluation des incapacités et analyse de leurs mécanismes.
 - Stimulation vers retour aux activités, retour au travail.
 - **Infirmière,**
 - Education sur le rôle des médicaments, sa rationalisation et la mise en œuvre d'un programme de réduction en cas d'accord,
 - les conseils de santé et l'information en lien avec la famille du patient...
- **Durée :** Plus le programme est intensif, plus il est efficace.
- Minimum 25/30 heures ont produit des preuves d'efficacité, mais des programmes plus intensifs permettent d'atteindre une plus grande amélioration (Williams et al, 1996, 1999; Guzmán et al, 2001). Cet avantage est maintenu à un an de suivi.
 - Il est mis en évidence un risque de diminution d'efficacité du programme en réduisant sa durée.
- **Format des groupes :** 8 à 12 participants.
- **Critères d'inclusion**
- Initialement ces programmes étaient réservés aux patients douloureux chroniques en échec des autres traitements. Actuellement, il y a un haut niveau de preuves de leur efficacité à une phase plus précoce de la douleur. D'autant plus que le fait de combiner les moyens actuels de dépistages précoces des personnes à risque de chronicisation à un programme de réadaptation précoce, est jugé rentable.
 - Patients dont la douleur persistante de l'appareil locomoteur non évolutive, est responsable d'une incapacité significative et /ou de détresse émotionnelle.
 - Patient capable de communiquer dans la langue du PMP.
 - Patient prêt à participer à un groupe : Entretien motivationnel préalable.

➤ **Critères d'exclusion commune :**

- Patient avec espérance de vie limitée
- Porteur d'une maladie qui se détériore rapidement
- Troubles interférant sur les capacités d'apprentissage : altération des capacités de communication et de compréhension .Troubles cognitifs sévères et psychose.
- Absence d'appropriation des buts et modalités du programme.
- Litiges en cours.

Résultats thérapeutiques attendus (2) (3) (4) (5).

Le volume des connaissances accumulées sur les Pain Management Programs a contribué à faire reconnaître ce traitement aussi bien par les professionnels que par les organismes payeurs. Il ressort de l'analyse des données probantes sur les effets thérapeutiques des PMP réalisée par les deux sociétés savantes et l'A.H.R.Q. les évidences concernant les domaines suivants : amélioration des indicateurs de la fonction physique, du statut fonctionnel général, du niveau d'activités de la vie quotidienne, de la perception de la douleur, de l'humeur. Réduction significative des scores de détresse émotionnelle. Progression des scores d'évaluation de l'efficacité personnelle face au syndrome douloureux chronique et des perspectives négatives liées à la douleur. Le retour au travail est significativement augmenté. Enfin, il existe une bonne efficacité des PMP pour le sevrage des antalgiques, et en particulier des opiacés et des hypnotiques. A la phase de douleurs résistantes aux antalgiques habituels, ils sont une alternative pertinente permettant d'éviter le recours aux morphiniques dans les douleurs chroniques bénignes de l'appareil locomoteur. Enfin, ils sont associés à une réduction du recours aux soins (nombre de consultations). Les données coût-efficacité sont rares, mais les effets positifs ont été démontrés.

Conclusion

Parce que la douleur chronique non cancéreuse est considérée aux Etats Unis et en Angleterre comme un problème de santé public majeur. Sous la pression des patients et des spécialistes de la douleur, des audits scientifiques et techniques ont été menés pour évaluer la pertinence et l'efficacité de ces programmes, leur positionnement dans la palette des thérapeutiques disponibles pour soulager les douleurs chroniques de l'appareil locomoteur.

Le résultat de ces données conjuguant analyses scientifiques et technologiques permet de valider l'apport thérapeutique de ces programmes pour ces patients. Cette validation

s'inscrivant dans le respect d'un cadre thérapeutique technique soumis à labélisation. Leur nouveauté tient au fait que les incapacités sont abordées en termes de conséquences de la douleur sur le bien-être physique, fonctionnel et psychologique de l'individu, et non en termes biomédicaux. Que les Thérapie comportementales et cognitives structurent les pratiques de l'équipe des rééducateurs en traitant à la fois les séquelles comportementales et émotionnelles de la douleur.

Les Pain Mangement Programs ont acquis une reconnaissance des milieux scientifiques et de santé publique anglo-saxonne. L'important travail de validation et de définition de ces programmes par la British Pain Society, donne un véritable mode d'emploi opérationnel pour guider la mise en place de ce type de programme en France. Nous en faisons l'expérience pratique depuis une dizaine d'année au sein d'un Centre de Médecine Physique Réadaptation handicap liée à la douleur chronique.

Bibliographie.

- 1- Seers KJ, Richardson W, Collet PH, Desirable criteria for pain management programs : report of a working party of the Pain Society of Great Britain and Ireland . Pain Society London BJ (1997.)
- 2- Amanda C de C Williams, J. Adams, G Cavill, B.Collett, C. Eccleston, et al.. *Pain Management Programs for adults a consensus statement* prepared on behalf of the British Pain Society April 2007
- 3- Wilkinson P, J. Wiles, F.Cole, Main C., McCracken L., Williams A., et al. Guidelines for Pain Management Programs for adults. An evidence-based review prepared on behalf of the British Pain Society November 2013 to be reviewed October 2018
- 4- Gatchel Robert J. and Akiko Okifuji Evidence-Based Scientific Data Documenting the Treatment and Cost-Effectiveness of Comprehensive Pain Programmes for Chronic Nonmalignant Pain. *The Journal of Pain*, Vol 7, No 11, 2006: pp 779-793
- 5- Moore J, Butler M, Stark A, Kane. R Agency for Healthcare Research and Quality Department of Health and Human « Multidisciplinary Pain Programs for Chronic Non

cancer Pain ». Minnesota Evidence-based Practice Center Minneapolis, MN AHRQ No. 11-EHC064-EF September 2011

- 6- Johnson J, *Pain Management Network*, Pain Management Programs – Which Patient for Which Program? A guide for NSW Tier 3 and Tier 2 public health facilities providing pain programs Agency for Clinical Innovation 2013 Published: December 2013