

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

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

Consensus formalisé

Décembre 2008

OBJECTIF

- identifier les patients exprimant une douleur chronique
- définir le contenu de l'évaluation clinique (initiale et en structure d'évaluation et de traitement de la douleur chronique)
- définir le parcours du patient

En l'absence d'études d'intervention dans ce domaine qui relève de l'organisation des soins, ces recommandations ne sont pas gradées selon leurs niveaux de preuve, mais fondées sur un accord professionnel formalisé au sein du groupe de cotation réuni par la HAS, après consultation du groupe de lecture.

DÉFINITION

La douleur est définie comme une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion » (*International Association for the Study of Pain*). Elle est donc ce que la personne qui en est atteinte dit qu'elle est. La douleur chronique¹ ou syndrome douloureux chronique est un syndrome multidimensionnel, lorsque la douleur exprimée, quelles que soient sa topographie et son intensité, persiste ou est récurrente au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, répond insuffisamment au traitement, ou entraîne une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient.

IDENTIFIER ET ÉVALUER UNE DOULEUR CHRONIQUE EN PREMIÈRE INTENTION

Certains signes cliniques doivent alerter :

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

L'évaluation de première intention, parfois sur plusieurs consultations, implique :

- la connaissance des antécédents médicaux/chirurgicaux personnels et familiaux du patient ;
- un bilan à la recherche des causes de la douleur (entretien, examen clinique, examens complémentaires nécessaires) ;
- une auto-évaluation de son intensité, ou à défaut de participation possible du patient, une hétéro-évaluation adaptée, avec un suivi régulier de l'évolution ;
- une recherche de son retentissement social, scolaire ou professionnel, et économique ;
- une analyse des résultats des traitements antérieurs, médicamenteux ou non ;
- la recherche de troubles anxieux, dépressifs ou de manifestations psychopathologiques induits ou associés, mais aussi des interprétations et croyances du patient éloignées de celles du médecin.

¹ Le terme « rebelle » utilisé dans le cadre de la définition administrative relative à l'identification des structures spécialisées de lutte contre la douleur chronique n'a pas été retenu dans cette recommandation.

ORIENTER LE PATIENT VERS UNE STRUCTURE SPÉCIALISÉE

La demande de prise en charge spécialisée n'est jamais un abandon de la prise en charge ambulatoire. Elle répond à des objectifs discutés entre le patient (et ses parents s'il s'agit d'un enfant) et le médecin prescripteur. Elle ne peut être envisagée, sauf demande argumentée du médecin traitant, qu'une fois le bilan initial réalisé, avec pour indications prioritaires :

- un avis diagnostique complémentaire ;
- un avis thérapeutique complémentaire ;
- une mise en œuvre de l'évaluation ou de la prise en charge du patient facilitée par la structure spécialisée de la douleur chronique.

Le courrier d'accompagnement transmet les données de l'évaluation de première intention.

ÉVALUER UNE DOULEUR CHRONIQUE EN STRUCTURE SPÉCIALISÉE

Avant la première consultation, il est souhaitable de proposer au patient un autoquestionnaire permettant d'anticiper au mieux l'organisation de la première consultation.

Il est recommandé que l'évaluation faite au cours de cette consultation, ou des consultations nécessaires si la complexité du dossier l'exige, soit réalisée par plusieurs professionnels, simultanément ou non, et soit suivie d'une réunion interdisciplinaire, comprenant au moins un médecin somaticien et un psychiatre ou un psychologue, afin de :

- faire la synthèse des données antérieures transmises en s'assurant 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 notamment à partir d'échelles, scores ou outils validés adaptés à la situation clinique du patient, pour en préciser les mécanismes, les dimensions, les éventuelles résistances ou incohérences, les bénéfices secondaires le cas échéant, les conséquences sur la qualité de vie et les activités quotidiennes pouvant conduire à une demande de reconnaissance de situation de handicap, les éléments susceptibles d'aider le patient à faire face ;
- préciser, pour tout patient d'âge scolaire ou en activité professionnelle, le contexte scolaire ou professionnel de la douleur ;
- formuler des propositions ou assurer les compléments nécessaires : valider ou modifier la prise en charge en cours, le cas échéant proposer d'autres examens, expliciter la stratégie thérapeutique proposée et si nécessaire un programme de prise en charge multidisciplinaire, proposer les démarches sociales à entreprendre.

Les conclusions de cette évaluation sont 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. Elles 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 et les propositions thérapeutiques sur lesquelles il y a accord explicite de l'équipe de la structure spécialisée et du patient ;
- proposer les critères sur lesquels les différents intervenants pourront évaluer l'atteinte de ces objectifs.

À L'ISSUE DE CETTE ÉVALUATION, TROIS POSSIBILITÉS :

Réorienter le patient vers le médecin demandeur quand :

- la prise en charge en cours est adéquate ;
- la demande faite à la structure était inappropriée, en informant le patient et le médecin demandeur sur les structures existantes adaptées ;
- la prise en charge est possible en ambulatoire après simple vérification d'une hypothèse diagnostique ou thérapeutique en externe ;
- la prise en charge coordonnée médecin demandeur/structure est possible.

Assurer la prise en charge au sein de la structure spécialisée quand :

La situation clinique du patient l'exige :

- 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 nécessitant une coordination au plus vite avec les médecins scolaires, 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.

La structure spécialisée offre des possibilités spécifiques

- traitements ou modes de prise en charge qui ne peuvent être assurés ailleurs ;
- non-remboursement de certains actes indispensables au projet thérapeutique dans un contexte autre que celui de la structure ;
- dossiers complexes nécessitant une discussion interdisciplinaire ;
- souhait du patient de participer à un programme de recherche ayant reçu les autorisations réglementaires.

Orienter le patient vers une autre structure spécialisée quand :

- l'intervention préconisée peut être assurée par une autre structure disponible acceptant de prendre en charge le patient, en concertation avec le médecin traitant ou demandeur et le patient (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).

* Évoquer l'existence d'un syndrome de douleur chronique devant l'un des signes suivants :

- ✓ douleur résistante à l'analyse clinique et au traitement *a priori* bien conduit et suivi, conformément aux recommandations en cours
- ✓ douleur accompagnée d'une composante anxieuse ou dépressive
- ✓ douleur accompagnée d'une interprétation et de croyances propres au patient, et différentes de celles du médecin concernant la douleur, ses causes, son retentissement ou ses traitements

La douleur chronique est définie comme un syndrome multidimensionnel avec :

- ✓ douleur persistante ou récidivante, évoluant au-delà du délai habituel d'évolution de la pathologie causale diagnostiquée, notamment au-delà de 3 mois
- ✓ 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

**Exemples :

- ✓ intensité, durée et répercussions majeures de la douleur sur la vie professionnelle, sociale et familiale du patient ou son équilibre psychique
- ✓ traitement fréquemment modifié ou avis sur pertinence, efficacité ou effets secondaires de la prise en charge médicamenteuse ou non
- ✓ traitement antalgique de palier 3 au long cours, hors cancer
- ✓ sevrage du traitement difficile
- ✓ approche interdisciplinaire facilitée
- ✓ geste thérapeutique spécifique

