



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

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

Consensus formalisé

RECOMMANDATIONS

Décembre 2008

L'argumentaire scientifique de ces recommandations est téléchargeable 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

Sommaire

Recommandations	4
1 Introduction	4
1.1 Thème et objectifs des recommandations	4
1.2 Patients concernés	5
1.3 Professionnels concernés	6
1.4 Méthode de travail et gradation des recommandations	6
2 Douleur chronique : définition et épidémiologie.....	6
2.1 Définition de la douleur chronique	6
2.2 Épidémiologie	7
3 Identifier et évaluer en première intention une douleur chronique	7
3.1 Identifier une douleur chronique	7
3.2 Évaluer en première intention un patient qui présente une douleur chronique	8
4 Orienter le patient vers une structure spécialisée	8
4.1 Conditions préalables	8
4.2 Critères d'orientation	9
4.3 Éléments à transmettre à la structure spécialisée	9
5 Évaluer une douleur chronique en structure spécialisée.....	10
5.1 Conditions de réalisation de l'évaluation en structure spécialisée	10
5.2 Évaluer une douleur chronique en structure spécialisée	10
5.3 Transmettre les conclusions de l'évaluation	12
6 Orienter un patient à l'issue de l'évaluation en structure spécialisée.....	13
6.1 Réorienter le patient vers le médecin demandeur	13
6.2 Assurer la prise en charge au sein de la structure spécialisée	13
6.3 Orienter le patient vers une autre structure spécialisée	14
Annexe 1. Typologie des structures spécialisées	15
Annexe 2. Résultats de l'enquête de pratique HAS-SFETD (extraits).....	16
Annexe 3. Méthode : consensus formalisé	20
Annexe 4. Parcours du patient – Synthèse des recommandations	23
Participants.....	24
Fiche descriptive	27

Recommandations

1 Introduction

1.1 Thème et objectifs des recommandations

► Thème des recommandations

Ces recommandations ont été élaborées par la Haute Autorité de Santé (HAS) à la demande de la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD).

Les recommandations sont centrées sur le parcours de soins du patient en amont et en aval des structures spécialisées¹ d'évaluation et de traitement de la douleur chronique. Elles abordent :

- la définition de la douleur chronique, syndrome multidimensionnel ;
- son identification par les professionnels de santé, quel que soit leur mode d'exercice ;
- son évaluation initiale, en ou hors structure spécialisée ;
- les éléments en faveur d'une orientation ou d'un suivi du patient par une structure spécialisée.

► Contexte de la demande

La lutte contre la douleur chronique a fait l'objet en France de réglementations spécifiques de la part du ministère de la Santé dès 1991.

En 1998, un premier programme national de lutte contre la douleur a financé la mise en place, à l'échelle nationale, de structures multidisciplinaires pour l'évaluation et le traitement de la douleur chronique rebelle², au sein des établissements de santé. Sont distingués les consultations, unités et centres pluridisciplinaires de lutte contre la douleur chronique (annexe 1).

Le deuxième plan douleur (2002-2005) a constaté de nombreuses avancées, en particulier la création de 96 structures de lutte contre la douleur chronique, cependant encore mal connues du public et des médecins libéraux. Les délais d'attente pour une première consultation restaient, et sont encore, de l'ordre de 3 à 4 mois. De nouvelles mesures ont été préconisées en établissements de santé 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.

Le troisième plan douleur est en cours (2006-2010) ; il 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 proposés en 1998 ;
- faciliter l'accès aux structures de prise en charge de la douleur chronique ;
- 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 ;
- définir et intégrer des objectifs et indicateurs d'amélioration de la prise en charge de la douleur.

¹ Dans la suite de ce 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).

² L'expression « douleur chronique rebelle » est employée dans ces recommandations, telle qu'utilisée dans les textes réglementaires, uniquement lorsqu'il est fait référence à ces derniers.

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

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 de l'évaluation économique et santé publique de la HAS, et sont basées sur une enquête de pratique au sein de ces structures³.

► Objectifs des recommandations professionnelles

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.

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 ?

► 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.

1.2 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

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).

douleur de l'enfant en période néonatale est néanmoins essentielle, et doit se faire au sein même de l'unité de néonatalogie.

1.3 Professionnels concernés

Les recommandations sont destinées à tous les professionnels de santé amenés à suivre une personne exprimant une douleur chronique, en établissement 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.

1.4 Méthode de travail et gradation des recommandations

Ces recommandations ont été élaborées par la méthode de consensus formalisé, décrite par la HAS (annexe 3).

En l'absence d'études d'intervention dans ce domaine qui relève plutôt 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 (les résultats de cet accord formalisé sont consultables en annexes 9 et 10 de l'argumentaire).

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.

L'actualisation de ces recommandations pourra être envisagée si de nouvelles études cliniques ayant pour objet d'évaluer l'impact des interventions interdisciplinaires en structures spécialisées sont publiées.

2 Douleur chronique : définition et épidémiologie

2.1 Définition de la douleur chronique

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. Ce symptôme 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 syndrome⁴ 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 :

⁴ Ce syndrome est fréquemment nommé « syndrome douloureux chronique ».

- persistance ou récurrence, qui dure 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 administrative⁵ 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.

2.2 Épidémiologie

Sous réserve des difficultés à évaluer la prévalence en population générale du fait des définitions variables de la douleur chronique, des méthodes diverses de recueil des données, et d'une sous-déclaration possible de la part des patients, la prévalence de la douleur chronique varie de 10,1 % à 55,2 % selon les études françaises et internationales. Elle est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, en moyenne 39,6 % [13,4-55,5] *versus* 31 % [9,1-54,9], et augmente avec l'âge, surtout au-delà de 65 ans.

La prévalence de la douleur chronique sévère, c'est-à-dire très fréquente et intense, est évaluée à 11 % chez l'adulte et 8 % chez l'enfant.

3 Identifier et évaluer en première intention une douleur chronique

3.1 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 retrouvés⁶ (§ 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.

⁵ 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.

⁶ Le parcours du patient, de l'identification de la douleur chronique à l'orientation du patient à l'issue de la première évaluation en structure spécialisée d'évaluation et de traitement de la douleur, est synthétisé sous forme de schéma en annexe 4.

3.2 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, topographie, intensité, facteurs déclenchant ou soulageant la douleur, 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.

4 Orienter le patient vers une structure spécialisée

4.1 Conditions préalables

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), ont été réalisés. 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.

4.2 Critères d'orientation

Le recours à une structure spécialisée dans l'évaluation et le 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.

4.3 Éléments à transmettre à la structure spécialisée

Il est recommandé que la demande de consultation auprès d'une structure spécialisée 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 patient⁷, 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.

⁷ Ou ses représentants légaux, en particulier chez l'enfant.

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).

5 Évaluer une douleur chronique en structure spécialisée

5.1 Conditions de réalisation de l'évaluation en structure spécialisée

L'objectif pour la structure est de répondre dans les délais les plus brefs possible :

- en confirmant le bien-fondé de la demande, et notamment en donnant un avis argumenté sur l'évaluation antérieure, le traitement en cours et les modifications à envisager, le cas échéant ;
- en informant le médecin demandeur des résultats complets de l'évaluation de la douleur faite dans la structure selon les recommandations Anaes de 1999⁸ (annexe 4 de l'argumentaire) ;
- en proposant selon la situation la prise en charge la mieux adaptée et les interventions complémentaires nécessaires (par exemple psychologiques, sociales, ou professionnelles).

Avant la première consultation, en particulier lors de demande spontanée du patient ou lors de demande de rendez-vous non accompagnée d'une lettre du médecin traitant, il est souhaitable de proposer au patient un autoquestionnaire qui permet à la structure d'anticiper au mieux l'organisation de la première consultation.

Il est recommandé que l'évaluation initiale effectuée en structure spécialisée soit réalisée par plusieurs professionnels, simultanément ou non. Plusieurs consultations peuvent être nécessaires pour une évaluation initiale⁹, dans la mesure où la complexité de la situation clinique le justifie.

Il est recommandé que l'évaluation initiale effectuée en structure spécialisée soit suivie d'une réunion interdisciplinaire, comprenant au moins un somaticien et un psychiatre ou un psychologue.

5.2 Évaluer une douleur chronique en structure spécialisée

Les objectifs de l'évaluation initiale de la douleur chronique en structure spécialisée sont détaillés ci-dessous.

⁸ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_540915/evaluation-et-suivi-de-la-douleur-chronique-chez-l-adulte-en-medecine-ambulatoire

⁹ Dans la suite du texte, l'expression « évaluation initiale » réfère à l'ensemble des consultations nécessaires à cette évaluation, et non seulement à la première consultation.

► **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 de l'argumentaire). 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 activité professionnelle, le contexte scolaire ou professionnel de la douleur**

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

- les caractéristiques scolaires ou professionnelles avant l'épisode douloureux : diplôme, formation, métier et cursus, poste de travail actuel, type d'entreprise, satisfaction au travail ;
- les 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 ;
- les 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.

5.3 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.

6 Orienter un patient à l'issue de l'évaluation en structure spécialisée

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

6.1 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.

6.2 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 médicamenteux difficile à équilibrer ;
- syndrome douloureux chronique sévère et complexe, nécessitant un suivi spécialisé au sein de la structure ;
- lorsque le patient est demandeur d'une prise en charge mais ne perçoit pas initialement le caractère plurifactoriel de la douleur chronique ;
- 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.

► 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 (réunion de concertation : 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.

6.3 Orienter le patient vers une autre structure spécialisée

L'orientation du patient vers une autre structure¹⁰ susceptible de mettre en œuvre l'intervention préconisée 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.

¹⁰ 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. Typologie des structures spécialisées

La circulaire DGS/DH n°94-3 relative à l'organisation de la prise en charge de la douleur chronique a défini pour les structures spécialisées quatre types d'activités :

- 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 précisait 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.

La circulaire DGS/DH n°98-47 relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle¹¹

Elle distinguait trois types de structures :

- Les **consultations pluridisciplinaires** de prise en charge de la douleur chronique, 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** de prise en charge de la douleur chronique 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** de prise en charge de la douleur chronique, dans certains centres hospitalo-universitaires, ajoutent aux fonctions précédentes celles d'enseignement (formation médicale initiale dans les 3 cycles d'études, formation post-universitaire par exemple de type DU ou DIU, capacité d'évaluation et de traitement de la douleur) et de recherche portant sur des thématiques douleur.

Le plan triennal 2002-2005

Il recensait 32 consultations pluridisciplinaires de prise en charge de la douleur chronique, 41 unités et 23 centres, avec des disparités régionales (49 départements ne disposaient d'aucune consultation et 8 régions d'aucun centre). Il était 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 prévoyait 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).

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

La priorité 4 concerne plus directement les aspects organisationnels, en renforçant les capacités en personnels des structures (100 médecins attachés, 26 praticiens hospitaliers, 30 psychologues, 38 infirmières) et les conditions d'accueil des patients, notamment des personnes âgées (aménagement, rénovation et équipement des locaux).

L'objectif 10 prévoit le partage d'expériences sur les organisations et actions mises en place notamment dans les régions, le renforcement de la prise en charge de la douleur dans les réseaux de santé, et un suivi des mesures mises en place.

¹¹ La terminologie « douleur chronique rebelle » est conservée ici, telle qu'utilisée dans ces textes officiels.

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

Une enquête de pratique a été menée sur deux semaines en janvier 2008¹² 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, centre¹³) 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 régions, trois régions ont un taux de réponse inférieur à une structure sur deux (Auvergne : 43 %, Haute-Normandie et Limousin : 40 %), cinq régions ont un taux de réponse supérieur ou égal à trois structures sur quatre (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 structures (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	1 145
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

¹² 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 d'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.

¹³ 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. 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 %).

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

injustifié¹⁴ qu'un patient consultant pour un syndrome douloureux régional complexe (respectivement OR = 5,6 IC_{95 %} = [2,1 ;15,1] ; OR = 2,8 IC_{95 %} = [1,0 ;7,7] ; OR = 3,5 IC_{95 %} = [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 IC_{95 %} = [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 ; IC_{95 %} = [1,5 ; 3,0]) ; néanmoins la proportion de recours injustifiées 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.

¹⁴ 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. 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, notamment les recommandations, existants. Il propose des professionnels susceptibles de participer aux groupes de pilotage, de cotation et de lecture. Ultérieurement, il participe au groupe de lecture, le cas échéant.

► **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 structure spécialisée d'évaluation ou de traitement de la douleur chronique (consultation, unité ou centre). 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 1^{re} 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 cotation. 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 a été complété par des relecteurs de la commission spécialisée de la HAS en charge des recommandations professionnelles.

► 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 et du président du groupe de pilotage. 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 des recommandations. 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 des recommandations, 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 (cf. § 1.4).

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.

Annexe 4. Parcours du patient – Synthèse des recommandations

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

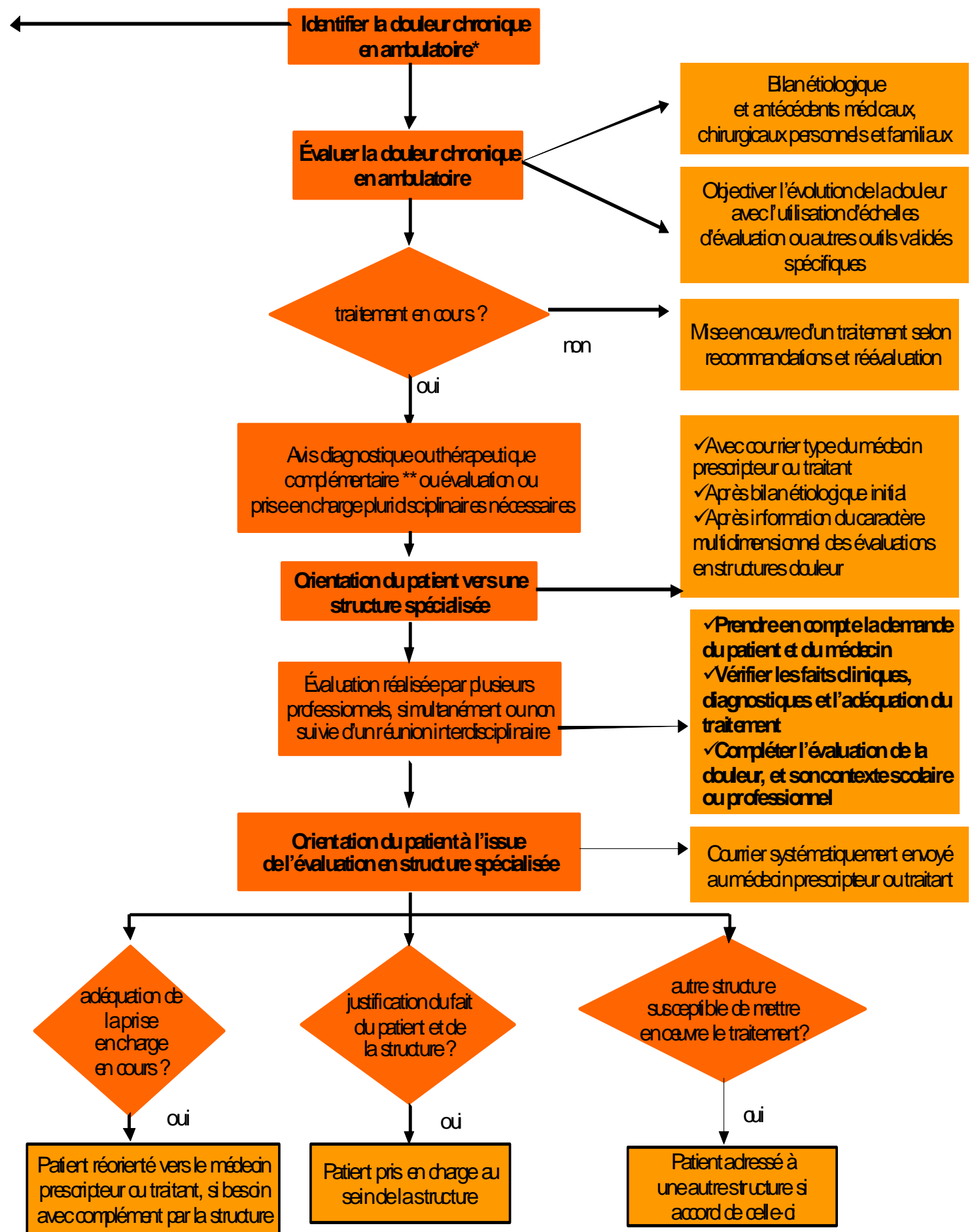
- ✓ douleur résistante à l'analyse clinique et au traitement *a priori* bien conduit et suivi, conformément aux recommandations en cours
- ✓ douleur accompagnée d'une composante anxieuse ou dépressive
- ✓ douleur accompagnée d'une interprétation et de croyances propres au patient, et différentes de celles 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 récurrente, 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



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*, 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

Fiche descriptive

TITRE	Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient
Méthode de travail	Consensus formalisé (CF)
Date de mise en ligne	Janvier 2009
Date d'édition	Uniquement disponible sous format électronique
Objectif(s)	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser la mise en œuvre de parcours de soins adaptés pour les patients exprimant une douleur chronique : <ul style="list-style-type: none"> ▸ identifier un patient présentant une douleur chronique ▸ définir les situations nécessitant une orientation vers une structure spécialisée d'évaluation et de traitement de la douleur chronique, à partir d'une évaluation par les professionnels hors structures spécialisées ▸ définir le contenu de la première évaluation en structure spécialisée ▸ définir les critères décisionnels permettant d'orienter le patient à l'issue de cette première évaluation • Favoriser les échanges entre les professionnels des structures spécialisées et ceux qui leur adressent des patients : <ul style="list-style-type: none"> ▸ définir les éléments à transmettre entre professionnels lors de l'orientation vers une structure spécialisée et à l'issue de la première évaluation dans cette structure
Professionnel(s) concerné(s)	<ul style="list-style-type: none"> • médecins généralistes ou spécialistes, exerçant en ambulatoire ou en établissements sanitaires ou médico-sociaux • médecins des structures spécialisées (anesthésistes, rhumatologues, neurologues, psychiatres, etc.) • tout professionnel de santé, psychologues
Demandeur	Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD)
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS), service des bonnes pratiques professionnelles
Financement	Fonds publics
Pilotage du projet	<p>Coordination : Mme Joëlle André-Vert, chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS (chef de service : Dr Patrice Dosquet)</p> <p>Secrétariat : Mme Laetitia Gourbail</p> <p>Recherche documentaire : Mme Gaëlle Fanelli, avec l'aide de Mmes Julie Mokbhi et Yasmine Lombry (chef du service de documentation : Mme Frédérique Pagès)</p>
Participants	<p>Sociétés savantes, comité d'organisation, groupe de pilotage, groupe de cotation, groupe de lecture : cf . liste des participants</p> <p>Les participants au comité d'organisation et aux groupes de pilotage et de cotation ont communiqué leur déclaration d'intérêts à la HAS</p>
Recherche documentaire	De janvier 1985 à décembre 2007 (cf. stratégie de recherche documentaire dans l'argumentaire)
Auteurs de l'argumentaire	Dr Jean-Pierre Vallée, médecin généraliste, Colleville-Montgomery
Validation	Avis du comité de validation en charge des recommandations Validation par le Collège de la HAS en décembre 2008
Autres formats	Synthèse des recommandations et argumentaire scientifique, téléchargeables sur www.has-sante.fr